

La Escuela (0-3) en el Marco de Atención Temprana:

UN AGENTE IMPRESCINDIBLE EN LA PROMOCIÓN Y VIGILANCIA DEL DESARROLLO INFANTIL

(EDICIÓN REVISADA)

VANESSA CASALS HIERRO



DEPARTAMENTO DE PSICOLOGÍA Y SOCIOLOGÍA

DOCTORADO EN FORMACIÓN DEL PROFESORADO

Las Palmas de Gran Canaria, 10 de noviembre de 2015

ANEXO I

Dr. D. José Manuel Izquierdo Ramírez, director, actuando como **Secretario Accidental** del Departamento de Psicología y Sociología de la Universidad de Las Palmas de Gran Canaria, por excedencia de la Secretaria de dicho Departamento

CERTIFICA,

Que el Consejo de Doctores del Departamento de Psicología y Sociología de la ULPGC en su sesión celebrada el día 9 de noviembre de 2015 tomó el acuerdo de dar el consentimiento para su tramitación, a la tesis doctoral titulada "*La Escuela (0-3) en el marco de la Atención Temprana: un agente imprescindible en la promoción y vigilancia del desarrollo infantil*" presentada por **D^a Vanessa Casals Hierro** y dirigida por los doctores D. Gabriel Díaz Jiménez y D^a María Pilar Etopa Bitata.

Y para que así conste, y a efectos de lo previsto en el Artº 6 del Reglamento para la elaboración, defensa, tribunal y evaluación de tesis doctorales de la Universidad de Las Palmas de Gran Canaria, firmo la presente en

Las Palmas de Gran Canaria, a 10 de noviembre de dos mil quince

Secretario Accidental



Dr. D. José Manuel Izquierdo Ramírez



UNIVERSIDAD DE LAS PALMAS
DE GRAN CANARIA

*Departamento de Psicología y Sociología
Doctorado en Formación del Profesorado*

La Escuela (0-3) en el Marco de Atención Temprana:

UN AGENTE IMPRESCINDIBLE EN LA PROMOCIÓN
Y VIGILANCIA DEL DESARROLLO INFANTIL



Tesis doctoral presentada por Dña. Vanessa Casals Hierro

Dirigida por

Dr. D. Gabriel Díaz Jiménez

Dra. D. Pilar Etopa Bitata

Los Directores

El Doctorando

Las Palmas de Gran Canaria, 10 de noviembre de 2015

La Escuela (0-3) en el Marco de Atención Temprana:

UN AGENTE IMPRESCINDIBLE EN LA PROMOCIÓN
Y VIGILANCIA DEL DESARROLLO INFANTIL

VANESSA CASALS HIERRO



UNIVERSIDAD DE LAS PALMAS
DE GRAN CANARIA

Este trabajo está especialmente dedicado a mi madre quien, antes de morir, me llenó de amor y energía para retomar y terminar este importante proyecto.

Agradecimientos

Agradecer inmensamente a Jose por su amor, paciencia y apoyo. A mi familia y amigos por respaldarme en todo momento.

A los Doctores Pilar Etopa Bitata y Gabriel Díaz Jiménez por su acompañamiento amable, guía generosa y por hacer del esfuerzo y del aprendizaje algo divertido. A Pilar, en especial, por orientarme hacia la Atención Temprana, allá por el año 2001, y por ser una referencia y apoyo constante.

Así mismo, extender mi gratitud a la Dirección General de Protección a la Infancia y la Familia, concretamente a todo el personal de las escuelas Del Gobierno de Canarias en Gran Canaria y a las familias de los alumnos matriculados por participar en la investigación.

También destacar mi satisfacción por haber tenido el privilegio de contar con los consejos y orientaciones de grandes maestras como Mili Cordero, Cecilia Breinbauer, Carmen Pascual, Judith Abelenda, Diane Parham, Lorreaire Ehlers-Flint y M^a Paz García Sola.

De igual modo, quiero reconocer la contribución en este trabajo de todas las personas que han formado parte de toda mi trayectoria profesional, a los niños y familias que han confiado en mí y que tanto me enseñan cada día. Sin cada una de las experiencias vividas no sería quien soy ahora. Quiero mencionar expresamente mi gratitud a Concha Pérez quien me dio la oportunidad de trabajar en escuelas infantiles.

Extiendo mi correspondencia a quienes me han ayudado a cuidar de mi cuerpo para poder tener la mente disponible.

Además, reconocer el gran aporte de otros profesionales en cuestiones estadísticas, de diseño y maquetación.

Por último, pero no menos importante, dar las gracias a mis gatos por ser tan buenos compañeros de escritorio y de noches en vela.

Gracias. Gracias. Gracias

NOTAS SOBRE EL FORMATO Y ESTILO DE REDACCIÓN DEL DOCUMENTO

- Para facilitar la lectura se han utilizado términos genéricos tales como niño y niños.
- Además, se incluyen algunos términos en inglés cuando no existe traducción conocida y/o que represente la idea original.
- La normativa seguida para las referencias es APA, en su 6ª edición.
- El manejo de las referencias se ha hecho utilizando el software Endnote X7. Este programa está disponible únicamente en inglés y por ello las referencias incluyen términos como “retrieved from”, “and”, “&”, “et al.”

Índice

INTRODUCCIÓN	23
MARCO TEÓRICO	27
CAPÍTULO 1. DESARROLLO INFANTIL Y ATENCIÓN TEMPRANA	29
Introducción	31
1. Desarrollo infantil	31
1.1. Definición	31
1.2. Características del desarrollo.....	32
1.3. Teorías del desarrollo	33
1.4. Retraso del desarrollo	35
1.5. Trastornos del desarrollo	35
1.5.1. Clasificación de los trastornos del desarrollo	38
2. Atención Temprana	43
Introducción	43
2.1. Concepto de Atención Temprana	44
2.2. Objetivos de la Atención Temprana	48
2.3. Aspectos legislativos y organizativos	50
2.3.1. Ámbito internacional	50
2.3.2. Ámbito nacional	52
2.3.3. Ámbito regional (Canarias)	54
2.4. Bases de la intervención en Atención Temprana	55
2.4.1. Base neurológica	55
2.4.2. Base social y ecológica	56
2.5. Niveles de intervención.....	59
2.6. Agentes, contextos y procesos.....	59
2.6.1. Servicios sanitarios.....	60

2.6.1.1. Servicio de Obstetricia	60
2.6.1.2. Servicio de Neonatología	60
2.6.1.3. Pediatría en Atención Primaria	61
2.6.2. Servicios educativos	62
2.6.2.1. Los Equipos de Atención Temprana	63
2.6.3. Servicios Sociales	64
2.6.3.1. Los Centros Base.....	65
2.6.3.2. Los Centros de Atención Temprana (CAT)	65
2.6.2.3. Centros de Desarrollo Infantil y Atención Temprana (CDIAT)	65
2.7. La escuela infantil dentro de los niveles de Atención Temprana	66
2.8. Atención Temprana en Canarias.....	68
2.9. Conclusiones	70

CAPITULO 2. VIGILANCIA DEL DESARROLLO A TRAVÉS DE LOS SISTEMAS DE CRIBADO.....

INTRODUCCIÓN	73
1. Origen	75
2. Definición de cribado	77
3. Características de los sistemas de cribado	79
4. Cribado del desarrollo infantil	80
4.1. Origen y definición	80
4.2. Objetivo de los test de cribado del desarrollo infantil	81
4.3. Clasificación de los cribados del desarrollo.....	81
4.4. Calidad de los test de cribado del desarrollo	82
5. Cribados del desarrollo y Atención Temprana	83
5.1. Conexión entre los test de cribado y la atención temprana.....	83
5.2. Sistemas de cribado del desarrollo en los servicios relacionados con Atención Temprana	86
5.2.1. Servicio de Pediatría	86
5.2.2. Servicios Educativos	91
5.2.3. Entorno Familiar	93
6. Pruebas del cribado del desarrollo infantil	96
6.1. Cribado general	96
6.1.1. Ages and Stages Questionnaire	96

6.2. Cribado específico	99
6.2.1. Greenspan's Social Emotional Growth Chart	99
6.2.2. Communication and Symbolic Behavior Scales Developmental Profile™	101
6.2.3. Modified Checklist for Autism in Toddler	104
6.2.4. Perfil Sensorial para bebés y niños pequeños	106
6.2.5. Ages and Stages Questionnaire Social- Emotional- 2	106
7. Conclusiones	107

CAPÍTULO 3. DESARROLLO SOCIOEMOCIONAL

DESDE EL MODELO DIR®	109
1. Introducción y origen	111
2. Bases.....	114
2.1. Perfil único	114
2.2. Actuación del afecto en el desarrollo infantil	114
2.3. Capacidades emocionales funcionales del desarrollo.....	115
2.4. Equipo interdisciplinar	115
2.5. Protagonismo familiar	115
3. Elementos DIR®	115
3.1. Desarrollo socioemocional funcional desde el Modelo DIR®	118
3.1.1. Introducción	118
3.1.2. Capacidades o etapas emocionales funcionales del desarrollo.....	120
3.1.3. La Individualidad	131
3.1.4. Las Relaciones: estilos de interacción de adultos y niños	134

MARCO EMPÍRICO

CAPÍTULO 4. PERCEPCIÓN DEL DESARROLLO SOCIOEMOCIONAL

POR PARTE DE LAS FAMILIAS Y DE LAS EDUCADORAS	141
Introducción	143
1. Objetivo.....	144
1.1. Objetivo principal	144
1.2. Objetivos específicos	145
2. Método.....	146

2.1. Población y muestra	146
2.2. Instrumento	150
2.3. Procedimiento.....	151
2.4. Resultados.....	153
2.4.1. Análisis descriptivo de resultados y coincidencias de cada uno de los cuestionarios aplicados y de la valoración general	153
2.4.1.1. Greenspan's Social Emotional Growth Chart	153
2.4.1.1.1. Resultados muestra completa	153
2.4.1.1.2. Resultados muestra menores de 24 meses	154
2.4.1.1.3. Resultados muestra mayores de 24 meses	155
2.4.1.1.4. Coincidencias entre las respuestas de las educadoras y las familias	155
2.4.1.2. Communication and Symbolic Behavior Scales Developmental Profile™	156
2.4.1.2.1. Resultados de la prueba: muestra completa.....	156
2.4.1.2.2. Resultados de la prueba: muestra de niños menores de 24 meses.....	157
2.4.1.2.3. Resultados de la prueba: muestra de niños de 24 meses y mayores	158
2.4.1.2.4. Coincidencias entre las respuestas de las educadoras y las familias	159
2.4.1.3. Modified Checklist for Autism in Toddler	160
2.4.1.3.1. Resultados de la prueba	160
2.4.1.3.2. Coincidencias entre las respuestas de las educadoras y las familias	161
2.4.1.4. Valoración general de presencia de riesgo	161
2.4.1.4.1. Resultados	161
2.4.1.4.2. Coincidencias entre las respuestas de las educadoras y las familias	163
2.4.2. Análisis de los factores sociodemográficos familiares recurrentes en la valoración general de riesgo de las familias	163
2.4.2.1. Número de hijos vs valoración general de riesgo de las familias	163

2.4.2.2. Otros factores sociodemográficos vs valoración general de riesgo de las familias	164
2.4.3. Análisis de los factores sociodemográficos familiares recurrentes en las coincidencias	166
2.4.3.1. Número de hijos versus coincidencia en la valoración general de riesgo	166
2.4.3.2. Orden del hijo evaluado vs coincidencia en la valoración general de riesgo	167
2.4.3.3. Análisis de otros factores sociodemográficos vs coincidencia en la valoración general de riesgo	168
2.4.4. Factores sociodemográficos de las educadoras coincidentes en las coincidencias	170
3. Discusión	170
3.1. Greenspan’s Social Emotional Growth Chart	170
3.2. Communication and Symbolic Behavior Scales Developmental Profile™	171
3.3. Modified Checklist for Autism in Toddler	172
3.4. Valoración general de existencia de riesgo	173
3.5. Factores sociodemográficos versus valoración general de riesgo de las familias.....	174
3.6. Los factores sociodemográficos y las coincidencias en la valoración general de riesgo	175
4. Conclusiones	175

PROYECTO	181
-----------------------	-----

CAPÍTULO 5. VIGILANCIA DEL DESARROLLO GLOBAL DESDE LOS 0 A 3 AÑOS DESDE LA ESCUELA INFANTIL	183
--	-----

Introducción	185
1. La Educación Infantil	187
1.1. Historia de la Educación Infantil	187
1.2. Legislación actual de la Educación Infantil en España	190
1.3. Primer ciclo de Educación Infantil en Canarias	190

2. Plan integral de vigilancia del desarrollo global en la escuela infantil (0-3 años)	193
2.1. Justificación.....	193
2.2. Fundamentación	196
2.2.1. Legislación sobre Educación Infantil y la vigilancia del desarrollo	196
2.2.1.1. Orden ECI/3960/2007, de 19 de diciembre, por la que se establece el currículo y se regula la ordenación de la Educación Infantil	196
2.2.1.2. Orden ECI/734/2008 del 5 marzo. Evaluación en Educación Infantil.....	200
2.2.1.3. Decreto 201/2008, de 30 de septiembre	203
2.2.2. Consideraciones previas para su diseño	203
2.2.2.1. Información procedente de las educadoras infantiles y directoras participantes en la investigación	204
2.2.2.2. Directrices procedentes de distintas organizaciones	205
2.3. Objetivos	207
2.3.1. Objetivo principal.....	207
2.3.2. Objetivos específicos	207
2.4. Elementos del proyecto	208
2.4.1. Departamento de orientación	208
2.4.2. Formación del equipo educativo	209
2.4.3. Familias: información y participación	212
2.4.4. Vigilancia y cribado del desarrollo	214
2.4.4.1. Vigilancia a través de la observación.....	214
2.4.4.2. Vigilancia a través de sistemas de cribado	216
2.6. Temporalización del proyecto	220
2.6.1. Creación del Departamento de Orientación	220
2.6.2. Formación a educadoras.....	221
2.6.3. Información a familias.....	221
2.6.4. Vigilancia del desarrollo.....	222
2.6.4.1. Recogida de información a través de la observación y cribado.....	223
2.6.4.2. Análisis de resultados y conclusiones	223
2.6.4.3. Información a las familias y toma conjunta de decisiones	223

2.6.4.4. Apoyo a familias.....	224
2.6.4.5. Atención en la escuela	225
2.6.4.6. Seguimiento de los casos derivados y coordinación con otros servicios	225
2.6.4.7. Coordinación con el Segundo Ciclo de Infantil	225
2.7. Evaluación	226
CONCLUSIONES Y PERSPECTIVAS FUTURAS	229
BIBLIOGRAFÍA	235
ANEXOS	249
ÍNDICES	277

Introducción

Tal y como se recoge en la Convención de los Derechos del Niño (ONU, 2006), los niños son personas con derechos propios y con unas necesidades especiales de cuidados físicos, de atención emocional, orientación cuidadosa, de tiempos y espacios para el juego, la exploración y el aprendizaje social.

En comparación con otros lugares del mundo, los niños españoles gozan en su mayoría de una situación muy ventajosa. Aun así, puede considerarse como insuficiente si atendemos a los conocimientos y recursos de este mal llamado “primer mundo” y a sabiendas que no todos los menores tienen igual opción de acceder, por diversos motivos, a los servicios que precisan y a los que tienen derecho (Art. 1-ONU, 2006). Garantizar los derechos de los niños es prevenir dificultades personales, sociales y educativas posteriores. Es responsabilidad de los adultos, especialmente de los padres, ajustar los niveles de apoyo y orientación; y la de los profesionales es ayudar a los padres a cumplir con las mismas.

El valor económico de un país radica en su capital humano, las competencias y habilidades de su población repercuten directamente en su posibilidad de ser competitivo. La inversión en la promoción del desarrollo infantil resulta un gasto altamente rentable en términos de sus retornos (Paxson & Schady, 2007 citado en Observatorio Social de Universidad Alberto Hurtado, 2009) pero la situación (recursos económicos y humanos) en que estamos actualmente nos muestra que este conocimiento no está estimado, tal y como debiera, por parte de las instituciones y los agentes implicados.

La consideración de la importancia de los primeros años de vida está en proceso de apreciación en nuestra sociedad. El trabajo hecho hasta ahora ha obtenido resultados y cada vez existen más servicios y más información pero aún nos queda labor que hacer para mejorar la calidad de atención a la infancia. Los avances en las distintas ciencias cada vez nos aportan mayor cantidad de conocimientos que necesitamos trasladar a la práctica pues parece que muchos se están quedando estancados en el nivel teórico.

La búsqueda de mecanismos para cuidar de la infancia y velar por el desarrollo infantil y concretamente cómo mejorar la detección de dificultades en el desarrollo han sido los objetivos de este trabajo. Nuestra intención va dirigida a: ampliar el conocimiento acerca del desarrollo infantil, a mejorar el abordaje con las familias ante situaciones de riesgo, entender y reflexionar acerca de la influencia del entorno en los comportamientos de los niños y a la aplicación de todos los conocimientos adquiridos a la Escuela Infantil (0-3). Inicialmente, este tema puede entenderse de aplicación delimitada pero no cabe duda de la envergadura del mismo, al tratarse de una materia de Salud Pública. Así, organismos públicos de relevancia internacional como el Centro de Control y la Prevención de Enfermedades del departamento de Salud y Servicios Sociales del Gobierno de Estados Unidos (www.cdc.gov) incluye la vigilancia del desarrollo entre sus funciones y competencias.

Este trabajo incluye cinco capítulos, tres teóricos, uno empírico y el último es un proyecto diseñado para la vigilancia del desarrollo infantil desde la escuela (0-3). Además, incorpora las conclusiones finales, las perspectivas de futuro, las referencias bibliográficas y los anexos.

El primer capítulo de este trabajo introduce el concepto de desarrollo infantil, alude a las distintas teorías que han tratado de entender la evolutiva, y el concepto y tipos de trastornos del desarrollo. A continuación, por su estrecha relación, se presenta el marco teórico de la Atención Temprana en España como referencia clave en el cuidado de la infancia, desde la prevención hasta la intervención en situaciones de riesgo confirmado. Además, se detallan todos los niveles de actuación y los agentes implicados entre los que se incluye la Escuela Infantil.

En el segundo se abordan los sistemas de cribado del desarrollo, como instrumento indispensable de detección de dificultades y/o trastornos del desarrollo infantil. Para ello, se muestran los elementos históricos de estos sistemas, su desarrollo hasta nuestros días y sus características definitorias. Cerrando este capítulo se concretan las distintas herramientas de cribado, de carácter general y específico, dirigidas a la población infantil que se han utilizado en la investigación llevada a cabo y las sugeridas para el Proyecto de Vigilancia del Desarrollo desde la Escuela Infantil (0-3).

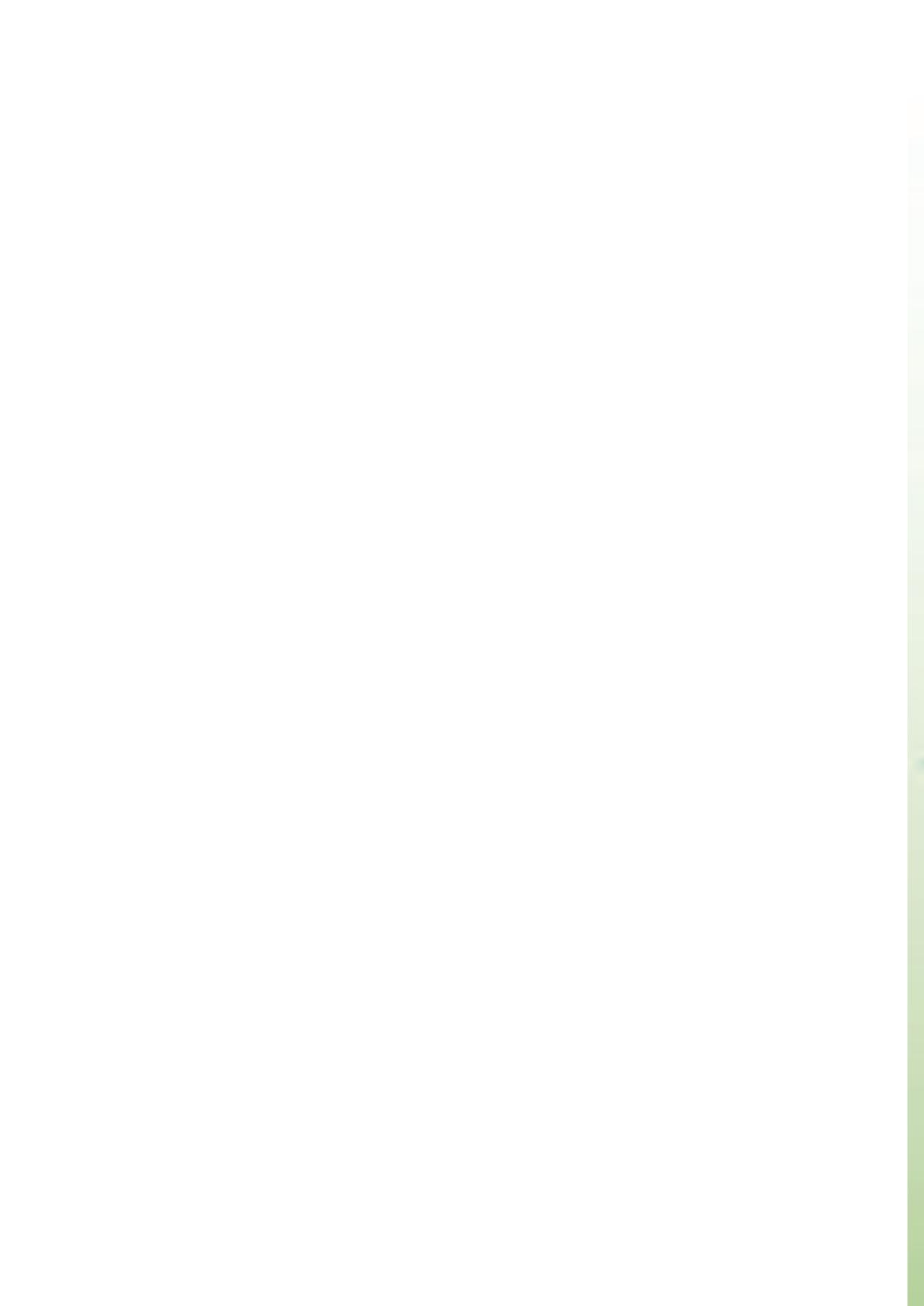
El capítulo tres se centra en exponer el marco teórico del Modelo DIR®. Se ha elegido este modelo por la visión revolucionaria que aporta sobre el desarrollo infantil y por el énfasis que hace en el área socioemocional funcional. Además, la investigación llevada a cabo, recogida en el capítulo siguiente, se ha basado en esta área por considerarla fundamental para el desarrollo humano, de vital consideración en los primeros años de vida y desde la escuela infantil (0-3). Se exponen los principios del Modelo, los elementos que lo conforman y se describen las etapas del desarrollo socio-emocional funcional propias de este abordaje.

En el cuarto capítulo se expone el estudio empírico llevado a cabo en las cuatro Escuelas Infantiles del Gobierno de Canarias en Gran Canaria, y cuyo objetivo ha sido conocer el grado de coincidencia en la percepción del desarrollo socioemocional de los niños entre familias y educadoras. Para ello, primero se presentan todos los resultados de los cuestionarios cumplimentados por unos y por otros y posteriormente los grados de coincidencia existentes en la muestra obtenida. Este capítulo se cierra con la discusión y las conclusiones respecto a la investigación.

En el transcurso de este trabajo y ante el conocimiento obtenido acerca de la situación existente sobre la detección precoz fue surgiendo la necesidad y la responsabilidad de aportar un Proyecto de Vigilancia del Desarrollo desde la Escuela infantil (0-3) y así surge el quinto capítulo. En esta sección se expone un programa, de carácter teórico-práctico, que incluye todos los elementos que entendemos necesarios para su correcto desarrollo, tratando de reflejar todas las aportaciones procedentes del marco teórico, las conclusiones y aprendizajes derivados de la investigación empírica.

MARCO TEÓRICO





CAPÍTULO 1

Desarrollo infantil y Atención Temprana



INTRODUCCIÓN

Este capítulo está dedicado a dos de los temas centrales de este trabajo. El desarrollo infantil y el marco teórico de Atención Temprana. Van a ser explicados de manera independiente si bien, en la práctica, están totalmente interconectados.

1. DESARROLLO INFANTIL

Para llegar a entender la vigilancia del desarrollo Infantil es preciso sentar las bases conceptuales sobre el tema en cuestión. Por tanto, a continuación se incluye la definición y las teorías explicativas y se introduce los conceptos de retraso y trastorno del desarrollo.

1.1. DEFINICIÓN

“El desarrollo infantil se refiere a los cambios físicos, mentales, emocionales y sociales que tienen lugar a medida que el niño crece” (Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia, 2010) y que se construyen sobre bases biosociales, cognitivas y psicosociales previas.

El desarrollo infantil temprano alude a los niños y niñas de 0 a 8 años y comprende aspectos relacionados con la salud, el aprendizaje, la educación, el apoyo familiar, así como la atención y el bienestar social. Más concretamente, los primeros cinco años son decisivos y representan la

base de toda su vida, cimentando su felicidad, crecimiento, desarrollo y capacidad de aprendizaje en la escuela, la familia y la comunidad (Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia, 2010).

“La vida de una persona recibe la influencia de todos los factores que intervienen en su desarrollo pero no está determinada por ninguno de ellos”(Berger, 2007, 26). Así, se puede entender el desarrollo infantil como la sucesión de etapas o fases en las que se dan dichos cambios y que van a implicar el crecimiento del niño. Esta evolución va a tener una serie de pautas en función de la cultura en la que está inmersa el niño y su familia y el momento socio histórico y, según la sociedad en la que se sitúa el niño, habrá cierto desarrollo esperado para un niño de una determinada edad (Berger, 2007).

Durante los tres primeros años de vida, se puede ver cómo la conducta de los niños se enriquece a través del proceso de maduración neurológica que permite alcanzar, en cada etapa del desarrollo, el máximo nivel funcional a través del aprendizaje, sentando las bases sobre las que se va a construir el comportamiento humano. El desarrollo infantil tiene gran relevancia pues la niñez es considerada como el momento del desarrollo más significativo en la formación de los individuos, donde se constituyen las bases fisiológicas de las funciones cerebrales que configuran las condiciones y predisposiciones del aprendizaje (Campos-Castelló, 2013).

1.2. CARACTERÍSTICAS DEL DESARROLLO

La ciencia del desarrollo humano busca comprender cómo las personas cambiamos a lo largo de la vida, entendiendo que estas transformaciones tienen 5 características (Baltes et al., 1998; Smith y Blates, 1999; Staudinger y Liedenberger, 2003 citado en Berger, 2007):

- **Multidireccional:** el cambio se produce en todas las direcciones, no siempre es lineal. Ganancias y pérdidas, crecimiento predecible y transformaciones inesperadas son parte de la experiencia humana que se manifiestan a cualquier edad y en todas las formas del desarrollo.

- Multicontextual: la vida humana está incluida en numerosos contextos, entre los que se incluyen las condiciones históricas, las limitaciones económicas y las tradiciones culturales.
- Multicultural: la ciencia del desarrollo reconoce diferentes culturas, no solo a nivel internacional, sino también dentro de cada nación, cada una con un conjunto distintivo de valores, tradiciones y herramientas para subsistir.
- Multidisciplinario: numerosas disciplinas académicas especialmente la psicología, la biología, la educación, la sociología, la neurociencia, la economía, la religión, la antropología, la historia, la medicina, la genética y otras aportan datos y hallazgos a la ciencia del desarrollo.
- Plasticidad: cada persona y cada rasgo individual se pueden alterar en cualquier momento de la existencia. El cambio es continuo, aunque no se produce al azar ni es fácil.

1.3. TEORÍAS DEL DESARROLLO

A lo largo de la historia podemos encontrar diversas teorías que han tratado de establecer, a partir de las observaciones llevadas a cabo, principios y generalizaciones que proporcionen un marco coherente para la comprensión de cómo y por qué las personas cambian a medida que envejecen. Existen cinco abordajes principales (Tabla 1): psicoanalítica, conductista, cognitiva, sociocultural y epigenética que han hecho grandes contribuciones a la interpretación del desarrollo humano y también han recibido muchas críticas. Actualmente, la mayoría de los desarrollistas se inclinan por una perspectiva ecléctica, también denominada, según Dixon y Lerner (Dixon & Lerner, 1988 citado en Berger, 2007, p. 58) “pluralismo teórico”, haciendo un uso selectivo de todos los enfoques existentes ya que no existe un único marco que pueda dar respuesta a la totalidad de los comportamientos de los seres humanos a lo largo de la vida.

**Tabla 1. Teorías del desarrollo y sus contribuciones
(adaptación de la tabla original)**

TEORÍA	AUTORES PRINCIPALES	TEMAS CENTRALES	DESCRIPCIÓN FUNDAMENTAL DE LA ACTIVIDAD DE LAS PERSONAS
Tª psicoanalítica	Freud, Erikson	Etapas psicosexuales (Freud) y psicосо- ciales (Erikson)	Luchar contra los impulsos inconscientes y superar las grandes crisis
	Nos ha hecho conscientes del impacto que tienen las experiencias vividas en la niñez temprana en el desarrollo posterior, ya sea que se recuerden o no		
Conductismo	Watson, Paulov, Skinner	Condicionamiento a través del estímulo y la respuesta	Responder a los estímulos, el reforzamiento y los modelos
	Nos ha mostrado los efectos que tienen las respuestas inmediatas, las asociaciones y los ejemplos del aprendizaje cotidiano		
Tª cognitiva	Piaget	Pensamiento, recuerdo, análisis	Tratar de comprender las experiencias mientras se elaboran conceptos y estrategias cognitivas
	Trajo consigo la comprensión de los procesos intelectuales y de cómo nuestros pensamientos y creencias afectan cada uno de los aspectos de nuestro desarrollo		
Tª sociocultural	Vygostky	Contexto social expresado a través de la gente, el lenguaje, las costumbres	Aprender las herramientas, las habilidades y los valores de la sociedad
	Nos ha recordado que el desarrollo está enraizado en un contexto cultural, rico y multifacético, el cual es evidente en cada interacción social.		
Tª epigenética	Gottlieb	Los genes y los factores que reprimen o alientan la expresión génica	Expresar impulsos, intereses y patrones heredados de los antepasados
	Enfatiza la interacción de las fuerzas heredadas y el entorno		

Fuente: Elaboración propia a partir de Berger (2007, 58)

1.4. RETRASO DEL DESARROLLO

La presencia de retraso en el desarrollo supone una demora o lentitud en la secuencia normal de adquisición de los hitos evolutivos, de manera que el niño se comporta como si tuviera menor edad.

Puede afectar a una sola área del desempeño o a varias, en cuyo caso se denomina retraso global del desarrollo (Shevell, Ashwall, Donley, Flint, Gingold et al., 2003 citado en Álvarez, Soria, & Galbe, 2009). Se trata de un diagnóstico temporal que, según Accardo y Whitman (2001, citado en Álvarez et al., 2009) puede confirmarse, con pruebas formales, y derivar en discapacidad intelectual u otras patologías o bien desaparecer al presentar una evolución positiva y hacia un patrón típico.

1.5. TRASTORNOS DEL DESARROLLO

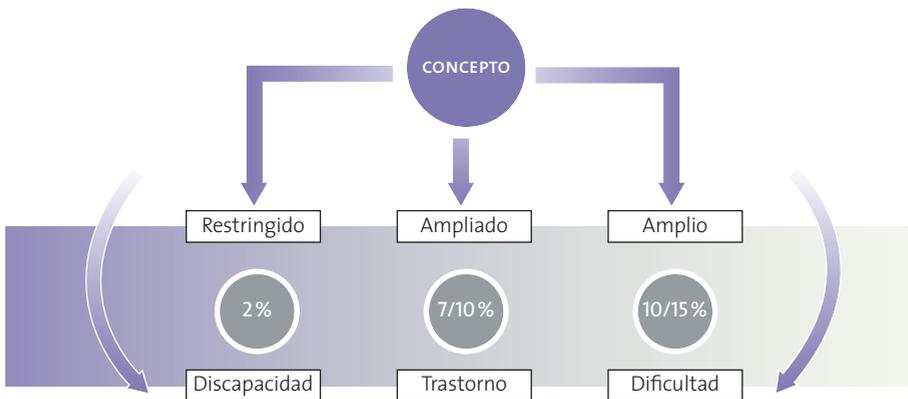
“El trastorno del desarrollo debe considerarse como la desviación significativa del curso del desarrollo, como consecuencia de acontecimientos de salud o de relación que comprometen la evolución biológica, psicológica y social” (Grupo de Atención Temprana, 2001, 15). A esta definición Álvarez, Soria & Galbe (2009, 67) añaden que se trata de una “perturbación, cambio de esencia o patrón anormal del desarrollo”.

Para Campos-Castelló (2013), uno de los aspectos esenciales en salud infantil es la valoración de la maduración (crecimiento y desarrollo natural completos) del niño, lo que implica conocer su esquema natural para conocer sus variaciones y poder diagnosticarlas precozmente, pues se estima que entre un 5-10% de los niños tienen dificultades de desarrollo (Hayghe, 1976 citado en Rydz, Shevell, Majnemer, & Oskoui, 2005). En España, los datos de los que disponemos provienen de la encuesta sobre discapacidades, deficiencias y estado de salud realizada por el Instituto Nacional de Estadística en 1999 que concluye que el 7% de niños de entre 0 y 6 años precisan seguimiento y/o tratamiento, por lo que “puede deducirse la presencia de un problema de salud infantil con verdadera prevalencia” (Alonso, 2014, 59). A estas cifras habría que añadir el porcentaje de niños que padece problemas de conducta durante la infancia y adoles-

encia. No disponemos de datos en nuestro país, pero en Estados Unidos la prevalencia sube hasta el 16,8% de la población en estas edades (King-Thomas, Hacker, 1991 citado en Álvarez et al., 2009).

Desde una enfoque más amplio nos encontramos las tasas de prevalencia propuestas por Bugié, quien hace énfasis en la dificultad para establecer dichas cantidades “al encontrarnos ante un continuo desde la normalidad a la patología, sin una línea que las separe” (Figura 1). De esta manera incluye porcentajes que van desde el 2% en casos de discapacidad, a un 7% de trastornos y un 10-15% de dificultades según se entienda el concepto del desarrollo como restringido, ampliado y amplio respectivamente (Bugié, C., 2001; Narbona, J., 2001; Bugié, C., Pérez, P, 1993; Tomás-Villa, M. Paricio-Talayero, J.M., Colomer. Revuelta, C; André-Celma, M., Moratal, A., 1991, citado en Bugié, 2002, S145).

Figura 1. Prevalencia aproximada de los trastornos del desarrollo



*“No es posible establecer una línea que separe
la normalidad de la patología... porque esta línea no existe”
(Illingworth, 1983)*

Fuente: Bugié (2002, S145)

A la hora de llevar a cabo un diagnóstico podemos encontrarnos con dos grandes grupos. Por un lado, se agruparían a todos aquellos trastornos con marcador biológico conocido; y por otro, aquellos que no lo tienen, y por tanto es preciso la observación del denominado “fenotipo conductual” que se define como “patrón de características de alteraciones motoras, cognitivas, lingüísticas y/o sociales que consistentemente se asocia con un trastorno biológico” (Flint & Yule, 1994 citado en Alonso, 2014, 58). La valoración del desarrollo es un proceso durante el cual distintos profesionales cualificados, junto a las familias, y a través de pruebas estandarizadas y la observación, estudian las diferentes áreas e identifican aquellas que requieren apoyo e intervención (Zero to Three, 1997 citado en Allen, 2007) a sabiendas que distintos síndromes comparten síntomas, especialmente en los primeros años. Para que la valoración se lleve a cabo lo antes posible, es preciso detectar las señales de alarma a través de la observación de los hitos evolutivos y de los sistemas de cribado generales y/o específicos. Estos serán ampliados en el capítulo 2.

A partir de la publicación, por la Asociación Americana de Psiquiatría, de la quinta versión Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales DSM-5 (APA, 2013) contamos con la categoría de “trastornos del neurodesarrollo” la cual alude a aquellos que tienen su origen en el proceso de desarrollo neurológico y que van a mostrar síntomas observables entre los 0-3 años. Así, la vigilancia del desarrollo en este período de tiempo, coincidente con el primer ciclo de Educación Infantil, es crucial y determinante para una detección temprana que permita que los trastornos no se manifiesten de forma completa gracias a la intervención temprana. Por otro lado, es muy importante reparar en los aspectos emocionales y de la personalidad que también pudieran observarse durante la primera infancia y que también precisan de intervención temprana especializada.

Uno de los trastornos del neurodesarrollo en el que más se está centrando la investigación es el Trastorno de Espectro Autista (TEA en adelante). Lo devastadores que pueden ser sus efectos en el niño, en su familia y en los sistemas sanitario y educativo lo han convertido en un problema de salud pública a nivel mundial (Klin, Klaiman, & Jones, 2015).

1.5.1. CLASIFICACIÓN DE LOS TRASTORNOS DEL DESARROLLO

Actualmente se cuenta con dos clasificadores para que los especialistas lleven a cabo el diagnóstico de los distintos trastornos. Es preciso contemplar y familiarizarnos con ambos pues el uso de uno u otro depende del ámbito de actuación.

Por un lado, tenemos la CIE-10 (World Health Organization, s.f), que es el acrónimo de la Clasificación Internacional de Enfermedades, en su décima actualización, correspondiente a la versión en español de la International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems y determina la clasificación y codificación de las enfermedades y una amplia variedad de signos, síntomas, hallazgos anormales, denuncias, circunstancias sociales y causas externas de daños y/o enfermedad.

La CIE-10 se utiliza a nivel internacional para fines estadísticos relacionados con morbilidad y mortalidad, los sistemas de reintegro y soportes de decisión automática en medicina. Este sistema está diseñado para promover la comparación internacional de la recolección, procesamiento, clasificación y presentación de estas estadísticas. La CIE es la ordenación central de la WHO Family of International Classifications (WHO-FIC) (en español, la Familia de Clasificaciones Internacionales de la OMS).

Por otro lado, está el DSM en su 5ª edición, publicado por la Academia Americana de Psiquiatría (APA, 2013). Este manual contiene únicamente la clasificación de los trastornos mentales y proporciona descripciones claras de las categorías diagnósticas, con el fin de que los clínicos y los investigadores de las ciencias de la salud puedan definir, estudiar e intercambiar información y tratar los distintos trastornos mentales.

Haciendo referencia a estos dos instrumentos internacionales podemos encontrar las siguientes categorías en relación a los trastornos del desarrollo en la infancia:

CLASIFICACIÓN DSM-5

Trastornos del desarrollo neurológico.

Discapacidades intelectuales.

Discapacidad intelectual (trastorno del desarrollo intelectual).

317	(F70).	Leve.
318.0	(F71).	Moderado.
318.1	(F72).	Grave.
318.2	(F73).	Profundo.
315.8	(F88).	Retraso general del desarrollo.
319	(F79).	Discapacidad intelectual (trastorno del desarrollo intelectual) no especificada.

Trastornos de la comunicación.

315.32	(F80.2).	Trastorno del lenguaje.
315.39	(F80.0).	Trastorno fonológico.
315.35	(F80.81).	Trastorno de fluidez (tartamudeo) de inicio en la infancia.
315.39	(F80.89).	Trastorno de la comunicación social (pragmático).
307.9	(F80.9).	Trastorno de la comunicación no especificado.

Trastorno del espectro del autismo.

299.00	(F84.0).	Trastorno del espectro del autismo.
--------	----------	-------------------------------------

Trastorno por déficit de atención con hiperactividad.

Especificar si:

314.01	(F90.2).	Presentación combinada.
314.00	(F90.0).	Presentación predominante con falta de atención.
314.01	(F90.1).	Presentación predominante hiperactiva/ impulsiva.
314.01	(F90.8).	Otro trastorno por déficit de atención con hiperactividad especificado.
314.01	(F90.9).	Trastorno por déficit de atención con hiperactividad no especificado.

Trastorno específico del aprendizaje.

- 315.00 (F81.0). Con dificultad en la lectura.
- 315.2 (F81.81). Con dificultad en la expresión escrita.
- 315.1 (F81.2). Con dificultad matemática.

Trastornos motores.

- 315.4 (F82). Trastorno del desarrollo de la coordinación.
- 307.3 (F98.4). Trastorno de movimientos estereotipados.

Trastornos de tics.

- 307.23 (F95.2). Trastorno de la Tourette.
- 307.22 (F95.1). Trastorno de tics motores o vocales persistente (crónico).
- 307.21 (F95.0). Trastorno de tics transitorio.
- 307.20 (F95.8). Otro trastorno de tics especificado.
- 307.20 (F95.9). Trastorno de tics no especificado.

Otros trastornos del desarrollo neurológico.

- 315.8 (F88). Otro trastorno del desarrollo neurológico especificado.
- 315.9 (F89). Trastorno del desarrollo neurológico.

CLASIFICACIÓN CIE-10

F70-79 Retraso mental.

- F70 Retraso mental leve.
- F71 Retraso mental moderado.
- F72 Retraso mental grave.
- F73 Retraso mental profundo.
- F78 Otros retrasos mentales.
- F79 Retraso mental sin especificación.

F80-89 Trastornos del desarrollo psicológico.

- F80 Trastornos específicos del desarrollo del habla y del lenguaje.
- F80.0 Trastorno específico de la pronunciación.
- F80.1 Trastorno de la expresión del lenguaje.

- F80.2 Trastorno de la comprensión del lenguaje.
- F80.3 Afasia adquirida con epilepsia (síndrome de Landau-Kleffner).
- F80.8 Otros trastornos del desarrollo del habla y del lenguaje.
- F80.9 Trastorno del desarrollo del habla y del lenguaje sin especificación.
- F81 Trastornos específicos del desarrollo del aprendizaje escolar.**
- F81.0 Trastorno específico de la lectura.
- F81.1 Trastorno específico de la ortografía.
- F81.2 Trastorno específico del cálculo.
- F81.3 Trastorno mixto del desarrollo del aprendizaje escolar.
- F81.8 Otros trastornos del desarrollo del aprendizaje escolar.
- F81.9 Trastorno del desarrollo del aprendizaje escolar sin especificación.
- F82 Trastorno específico del desarrollo psicomotor.**
- F83 Trastorno específico del desarrollo mixto.**
- F84 Trastornos generalizados del desarrollo.**
- F84.0 Autismo infantil.
- F84.1 Autismo atípico.
- F84.2 Síndrome de Rett.
- F84.3 Otro trastorno desintegrativo de la infancia.
- F84.4 Trastorno hiperkinético con retraso mental y movimientos estereotipados.
- F84.5 Síndrome de Asperger.
- F84.8 Otros trastornos generalizados del desarrollo.
- F84.9 Trastorno generalizado del desarrollo sin especificación.
- F88 Otros trastornos del desarrollo psicológico.**
- F89 Trastorno del desarrollo psicológico sin especificación.**
- F90-98 Trastornos del comportamiento y de las emociones de comienzo habitual en la infancia y adolescencia.**
- F90 Trastornos hiperkinéticos.

- F90.0 Trastorno de la actividad y de la atención.
- F90.1 Trastorno hiperkinético disocial.
- F90.8 Otros trastornos hiperkinéticos.
- F90.9 Trastorno hiperkinético sin especificación.

F91 Trastornos disociales.

- F91.0 Trastorno disocial limitado al contexto familiar.
- F91.1 Trastorno disocial en niños no socializados.
- F91.2 Trastorno disocial en niños socializados.
- F91.3 Trastorno disocial desafiante y oposicionista.
- F91.8 Otros trastornos disociales.
- F91.9 Trastorno disocial sin especificación.

F92 Trastornos disociales y de las emociones mixtos.

- F92.0 Trastorno disocial depresivo.
- F92.8 Otros trastornos disociales y de las emociones mixtos.
- F92.9 Trastorno disocial y de las emociones mixto sin especificación.

F93 Trastornos de las emociones de comienzo habitual en la infancia.

- F93.0 Trastorno de ansiedad de separación de la infancia.
- F93.1 Trastorno de ansiedad fóbica de la infancia.
- F93.2 Trastorno de hipersensibilidad social de la infancia.
- F93.3 Trastorno de rivalidad entre hermanos.
- F93.8 Otros trastornos de las emociones en la infancia.
- F93.9 Trastorno de las emociones en la infancia sin especificación.

F94 Trastornos del comportamiento social de comienzo habitual en la infancia y adolescencia.

- F94.0 Mutismo selectivo.
- F94.1 Trastorno de vinculación de la infancia reactivo.
- F94.2 Trastorno de vinculación de la infancia desinhibido.
- F94.8 Otros trastornos del comportamiento social en la infancia y adolescencia.
- F94.9 Trastorno del comportamiento social en la infancia y adolescencia sin especificación.

F95 Trastornos de tics.

- F95.0 Trastorno de tics transitorios.
- F95.1 Trastorno de tics crónicos motores o fonatorios.
- F95.2 Trastorno de tics múltiples motores y fonatorios combinados (síndrome de Gilles de la Tourette).
- F95.8 Otros trastornos de tics.
- F95.9 Trastorno de tics sin especificación.

F98 Otros trastornos de las emociones y del comportamiento de comienzo habitual en la infancia y adolescencia.

- F98.0 Enuresis no orgánica.
- F98.1 Encopresis no orgánica.
- F98.2 Trastorno de la conducta alimentaria en la infancia.
- F98.3 Pica en la infancia.
- F98.4 Trastorno de estereotipias motrices.
- F98.5 Tartamudeo (espasmofemia).
- F98.6 Farfulleo.
- F98.8 Otros trastornos de las emociones y del comportamiento en la infancia y adolescencia especificados.
- F98.9 Trastorno de las emociones y del comportamiento de comienzo habitual en la infancia o la adolescencia sin especificación.

F99 Trastorno mental sin especificación.**2. ATENCIÓN TEMPRANA****INTRODUCCIÓN**

Al hablar de desarrollo infantil es imprescindible hacer la conexión con la Atención Temprana (en adelante A.T.), pues nos ofrece un completo marco teórico y legislativo a través de los distintos niveles de intervención que incluye prevención, detección y tratamiento de las dificultades en el desarrollo. Actualmente no queda ninguna duda sobre la relevancia de los primeros años de vida en el desarrollo (físico, psicológico y emocional) pos-

terior, entendido como el proceso derivado de la interacción entre factores biológicos, psicológicos y sociales. Así, tomar como referencia el marco de A.T. se hace indispensable para dar la mejor respuesta que debe recibir cada niño que presente alteraciones en su desarrollo, deficiencias o riesgo de tenerlas a lo largo de su proceso evolutivo (Pérez del Villar, 2005 citado en Gutiez & Ruiz 2012).

2.1. CONCEPTO DE ATENCIÓN TEMPRANA

La definición de lo que hoy entendemos como A.T. ha tenido una evolución conceptual desde el momento de su aparición, en los años setenta, hasta la actualidad. En este transcurso, recogido en la Tabla 2, la concepción ha tenido que superar la idea vigente en aquel momento, de la no relevancia de los primeros años de vida en el desarrollo del ser humano (Sameroff y Chandler, 1975 citado en Gutiez & Ruiz 2012). En este recorrido nos podemos encontrar con diversas denominaciones: estimulación precoz, atención infantil precoz, estimulación temprana e intervención temprana que han ido evolucionando de acuerdo al propio desarrollo de la disciplina. En este transcurso de tiempo, se ha pasado de contemplarla como un acto con función médico-rehabilitadora, asistencial y compensatoria (Casado, 2005 citado en Gutiez & Ruiz 2012) centrada en el niño hasta incorporar un enfoque más sistémico e integrador, nutriéndose de los nuevos conocimientos de las disciplinas que estudian al ser humano (medicina, pedagogía, psicología, antropología, etc.).

Tabla 2. Evolución del Concepto

ESTIMULACIÓN PRECOZ

- Acciones de prevención terciarias
- Objetivo: mejorar las alteraciones en el desarrollo del niño
- Alteraciones del desarrollo psicomotor
- Aceleración del proceso normal del desarrollo
- Estímulo-respuesta
- González Mas (1978), Moya (1978) y Gómez (1979)

ESTIMULACIÓN TEMPRANA

- Modelos psicopedagógicos
- No forzar el curso de la maduración del SNC
- Potenciar las habilidades físicas e intelectuales del niño
- Valoración del niño en su conjunto y de la familia
- Carácter sistemático y de seguimiento en todas las áreas del desarrollo
- Coriat (1978), García Etchegoyen, Sánchez y Cabrera (1980)

ATENCIÓN TEMPRANA

- Modelos integradores (psicopedagógico, ecológico transaccional)
- Actuación en los tres niveles de prevención
- Intervención sobre el niño, familia y entorno
- Aspecto preventivo y educativo
- Vidal (1990); Esparllaqués y Rueda (1991), Gutiez, Valle y Saéñz-Rico (1993); Andreu y Candel (1997), Soriano (1999), PADI, GAT (2000)

Fuente: Gutiez (2005, p. 13)

Todos estos cambios se perciben a través de la evolución de la definición enunciada por cada autor. En la Tabla 3 podemos observar los cambios del concepto a lo largo del tiempo y según diversos autores:

Tabla 3. Evolución de la definición de AT según distintos autores

1976	Villa Elízaga	Estimulación Precoz: 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 (citado en Genaró, 2013).
1978	Moya	La Estimulación Precoz supone el promocionar unos determinados estímulos que van a facilitar el desarrollo global del niño y por tanto a conseguir que su organismo llegue al máximo de sus potencialidades (citado en Genaró, 2013).

-
- 1978 González La Estimulación Precoz: técnica consistente en suministrar una información adecuada a las peculiaridades perceptivas y de elaboración de la información de un sujeto con disturbio en las capacidades. Para el conocimiento y utilización del mundo a través del lenguaje y comunicaciones sensoriales para lograr adiestramientos y maduraciones mentales rentables (citado en Genaró, 2013).
-
- 1978 Corial L. Estimulación temprana: es una técnica que tiene por objetivo apoyar al niño en el desarrollo de sus aspectos instrumentales, destinada a brindar impulso a funciones ya existentes en el sujeto, y susceptibles de avivarse por medio del estímulo, actuando dicha estimulación a través de la actividad que produce en el sujeto estimulado, dirigiéndose al niño en su conjunto, siendo la acción el eje de datos en el desarrollo del niño, consistente en crear las mejores condiciones posibles para que la misma familia del niño lo rodee y lo incluya como uno más (citado en Gutiez, 2005, p. 10).
-
- 1980 IMSERSO Atención Precoz: los tratamientos específicos que se dan a los niños que desde su nacimiento, durante los primeros años de su vida están afectados de una deficiencia o tengan alto riesgo de sufrirla, para que reciban de manera efectiva y continuada todo aquello que pueda facilitar la capacidad de desarrollo (citado en Gutiez, 2005, p. 10).
-
- 1985 Dunst Intervención Temprana es término general que se ha usado para describir programas dirigidos a niños que presentan algún problema en su desarrollo, y hace referencia a tratamientos educati-

		vos o terapéuticos diseñados para prevenir o para mejorar posibles alteraciones o una deficiencia ya existente ente una población determinada de niños (citado en Genaró, 2013).
1987	Sansalvador Garrido	Estimulación Precoz: está pensada para mejorar prevenir probables déficits en el desarrollo de los niños, ocasionados tanto por causas genéticas, mecánicas, así como ambientales o sociales y que afectan psíquica, física o sensorialmente poniéndose en marcha los primeros días de vida, y abarcando los primeros años (citado en Gutiez & Ruiz 2012).
1993	Gutiez, Sáenz Rico y Valle	La Atención Temprana es el conjunto de técnicas educativas que tienen por objeto al 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 los 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 tareas del desarrollo sin forzar el curso lógico de la maduración del sistema nervioso central, aplicándose dicha técnica a toda la población comprendida entre los 0 a los 3 años de edad (citado en Gutiez, 2005, p. 12).

Fuente: Elaboración propia

Pina (2008) señala que “el vocablo de Atención Temprana es fruto de una evolución conceptual, que lleva implícito una evolución metodológica”, entendiendo que “el concepto de A.T. supera los modelos de estimulación precoz (con énfasis en la aceleración del proceso normal del desarrollo y de estimulación temprana) donde se comienza a valorar el contexto del niño”; a lo que Gutiez (2005) añade que supone el paso de

medidas asistenciales de carácter clínico-rehabilitador, a la adopción de medidas preventivas y acciones que completan los aspectos psico-sociales del desarrollo del niño.

Actualmente, siguiendo el trabajo realizado por el Grupo Estatal de Atención Temprana (2001, p. 13), se define como:

el conjunto de intervenciones dirigidas a la población infantil de 0 a 6 años, a la familia y al entorno, que tienen por objetivo dar respuesta lo más pronto posible a las necesidades transitorias o permanentes que presentan los niños con trastornos en su desarrollo o que tienen riesgo de padecerlos. Estas intervenciones, que deben considerar la globalidad del niño, han de ser planificadas por un equipo de atención temprana de orientación interdisciplinar o transdisciplinar.

Según Andréu (1997, citado en Gutiez & Ruiz 2012, p. 108) “supone un abordaje interdisciplinar y un procedimiento de actuación basado en la complementariedad, globalidad y unificación del proceso de detección, diagnóstico e intervención a los menores de 0-6 años con deficiencia o alteración del desarrollo”.

Este modelo vigente tiene unas características claramente definidas (Gutiez & Ruiz 2012, pp. 108-109):

- Niño como principal agente de su desarrollo.
- Cambio al modelo educativo.
- Atención unida a la primera evaluación diagnóstica.
- Protagonismo de la familia.
- Entornos naturales con actividades significativas.
- Importancia del apoyo de un equipo de profesionales.

2.2. OBJETIVOS DE LA ATENCIÓN TEMPRANA

El período neonatal es uno de los momentos más críticos de la vida, pues de lo que suceda en esa época dependerán, en gran parte, el desarrollo y evolución posterior. La detección de muchas de las deficiencias o limitaciones se realiza desde el periodo perinatal, lo que nos permite iniciar una

intervención o el tratamiento desde edades muy tempranas. Resulta fundamental estimular adecuadamente al niño durante su periodo de crecimiento, con el fin de potenciar la maduración personal y social y limitar o impedir las alteraciones en su desarrollo.

Los objetivos generales de la A.T. son (Gutierrez & Ruiz 2012, p. 109):

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

Por lo tanto, tal y como expone Rico (2013, pp. 21-22) a partir de la definición y de los objetivos se puede concluir que:

- a. El objetivo y la planificación de la A.T. deben centrarse tanto en el niño y su familia, en sus necesidades y en el contexto en el que se desenvuelven.
- b. Se enfatiza el carácter preventivo en el sentido de que el objetivo de la A.T. no es exclusivamente para niños que padecen algún tipo de trastorno, sino que incluye en la definición a los niños que puedan estar en riesgo.
- c. Se remarca la necesidad de actuar con la mayor celeridad posible. El diagnóstico precoz permite iniciar un trabajo de forma temprana en niños, y por tanto más eficaz, puesto que la capacidad de asimilar e integrar nuevas experiencias es mucho mayor en etapas precoces del desarrollo, gracias a la posibilidad de aumentar las interconexiones neuronales, en respuesta a ambientes enriquecidos con estímulos debidamente programados (Hernández & Mulas, 2005).

- d. La edad de intervención se amplía hasta los 6 años para hacerla coincidir con la educación obligatoria.
- e. Los equipos son multidisciplinares con un enfoque interdisciplinar o transdisciplinar.
- f. La intervención debe estar planificada reuniendo los diferentes elementos para poder constatar que está siendo eficaz.
- g. Se torna muy importante la coordinación entre todos los agentes que están influyendo en la intervención, desde obviamente los padres o tutores legales hasta todos los profesionales y/o organismos que tengan relación con el niño.

2.3. ASPECTOS LEGISLATIVOS Y ORGANIZATIVOS

En todo este proceso histórico que incluye la aparición, desarrollo y generalización del sistema de atención a la infancia ha sido necesario un marco jurídico que regule su funcionamiento y desarrollo. Dentro de este marco encontramos diferentes normas internacionales suscritas por España, pautas nacionales y regionales. Todas ellas, pese a su condición reciente y escasa (Alonso, 2014) han permitido este nuevo modelo de Atención a la Infancia.

2.3.1. ÁMBITO INTERNACIONAL

Las normas internacionales son especialmente importantes pues proceden de organismos referentes para todos los países y marcan las pautas a seguir a nivel nacional. Las más relevantes y relacionadas con el marco de A.T. son:

- La Declaración de Ginebra sobre los Derechos del Niño de la Sociedad de Naciones Unidas (1924) desde el enunciado “la humanidad debe darle al niño lo mejor que esta pueda darle”, puso el énfasis en los deberes de los adultos hacia los niños más que en los Derechos de la Niñez.
- De la Declaración Universal de los Derechos Humanos de Naciones Unidas (1948) es destacable el artículo 25.2: “la infancia tiene derecho a cuidados y asistencias especiales”.

- La Declaración de los Derechos del Niño de 1959 (Organización de Naciones Unidas) establece que “el niño física o mentalmente impedido debe recibir el tratamiento, la educación y el cuidado especial que requiere su caso particular”, lo que da soporte claro al enfoque de Atención Temprana.
- En 1976, la Resolución 29/35 de la XXIX Asamblea Mundial de la Salud (OMS) desarrolla la Clasificación Internacional de la Organización Mundial de la Salud donde se establecen las definiciones de deficiencia, discapacidad y minusvalía.
- La Resolución 37/52 de la Asamblea General de Naciones Unidas (1982) en la que se aprueba el “Programa de Atención Mundial para Personas con Discapacidades” dirigido a promover las medidas eficaces para la prevención de la discapacidad y para la rehabilitación y realización de los objetivos de igualdad y plena participación de las personas con discapacidad en la vida social y en el desarrollo.
- La Convención de las Naciones Unidas sobre los Derechos de la Infancia de 1989 recoge los derechos de los niños, a los que denomina “mental o físicamente impedidos”, de una vida plena y decente, a recibir los cuidados especiales que precise, siendo gratuitos siempre que se pueda, y a la educación.
- La Carta Europea de los Derechos del Niño (DOCE nº C241 del 21 de septiembre de 1992) alude a los Derechos de la Infancia, como uno de los grupos más sensibles dentro de la población y destaca el papel primordial de la familia. Solicita a los Estados Miembros que se adhirieran sin reservas al Convenio de Naciones Unidas de 1989 sobre Derechos del Niño y que designen, cada uno de ellos, un defensor del menor.
- En 1994, la Resolución 48/96 de la Asamblea General de las Naciones Unidas (A/RES/48/96) establece unas “Normas Uniformes sobre la Igualdad de Oportunidades para las Personas con Discapacidad” para regular la igualdad de oportunidades para las personas con discapacidad. Este documento trata de impulsar la toma de conciencia acerca de las personas con discapacidad, sus derechos, necesidades, posibilidades y contribuciones. Además, deja constancia del

- derecho a recibir prestaciones médicas, apoyos para la autonomía y a la igualdad de oportunidades en educación, en entornos integrados.
- Durante la “Conferencia Mundial sobre Necesidades Educativas Especiales: acceso y calidad” celebrada en 1994 se concretó la Declaración de Salamanca. Bajo el lema “Educación para Todos”, los 92 gobiernos y 25 organizaciones, reafirmaron el compromiso de construir sistemas educativos inclusivos y que atiendan a la individualidad de la persona; con servicios pedagógicos especializados que respondan a las necesidades a través de programas de formación orientados al desarrollo de la actividad profesional en escuelas integradoras.
 - Guía Europea de la Buena práctica (1995-1996), hacia la igualdad de oportunidades (Helios II). En ella se establecen los principios de buena práctica en materia de integración educativa, recomendando no centrarse en la discapacidad/dificultad sino en sus capacidades y deseos. Indica que los sistemas nacionales de educación deben ocuparse de la educación de personas discapacitadas a través de planes de estudios y la organización escolar.

2.3.2. ÁMBITO NACIONAL

Dentro del territorio nacional, las distintas leyes, en sintonía con las directrices europeas, han contribuido a la creación y desarrollo del marco de la A.T. Caben destacarse:

- La Constitución Española de 1978 (BOE-A-1978-31229). Establece que todos los españoles somos iguales ante la ley, independientemente del género, raza, religión, opinión o cualquier circunstancia personal o social (art. 14). Aboga por la protección a la familia y a la infancia (art. 39) y a la atención a los disminuidos físicos, sensoriales y psíquicos (art. 49).
- La Ley 13/1982 de Integración Social de los Minusválidos (LISMI) (BOE-A-1982-9983) “establece los principios de normalización y sectorización de los servicios, integración y atención individualizada que han de presidir las actuaciones de las Administraciones Públi-

cas, en todos sus niveles y áreas, en relación con las personas con alguna minusvalía”

- La Ley Orgánica Reguladora del Derecho a la Educación Especial (BOE-A-1985-12978) establece, en 1985, el conjunto de medidas dirigidas a la transformación del sistema educativo para dar respuesta a los alumnos con necesidades especiales y que puedan desarrollar su potencial y conseguir una mejor calidad de vida en los ámbitos personal, social y laboral.
- La Ley 14/1986 General de Sanidad (BOE-A-1986-10499) publicada en 1986 y aun vigente, marca las directrices a la promoción de la salud y a la prevención de enfermedades (art. 6.3); al desarrollo de programas de atención a grupos de población de mayor riesgo, de protección frente a factores de peligro así como programas de prevención de las deficiencias (cap. II art. 18.5) y la plena integración de la Salud Mental en el sistema sanitario general (cap. III).
- La Ley Orgánica de Ordenación del Sistema Educativo de 1990 (LOGSE) (BOE-A-1990-24172). Esta ley puso en marcha un sistema educativo basado en los principios de la Constitución Española de 1978 e incorporó los nuevos postulados europeos. Incorporó el denominado currículo abierto y flexible y reguló la Educación Especial reconociendo el término “necesidades educativas especiales” (artículos 36 y 37). Además, recoge los principios de normalización y de integración ya presentes en la LISMI y en el Real Decreto 334/1985 de la Ordenación de la Educación Especial.

En 2006 fue publicada la Ley Orgánica de Educación (LOE) (BOE-A-2006-7899). En ésta evoluciona el término Necesidades Educativas Especiales y pasa a denominarlas Necesidades Específicas de Apoyo Educativo (en adelante NEAE), definiendo a este grupo de alumnos como aquellos que requieren, por un período de su escolarización o a lo largo de toda ella, determinados apoyos y atenciones educativas específicas derivadas de discapacidad o trastornos graves de conducta. En el artículo 71 se encuentran los principios relacionados con este alumnado: disponer de medios necesarios, identificar tempranamente las NEAE, asegurar la participación de

padres y tutores en la toma de decisiones; y en el artículo 72: disponer de profesionales cualificados, promover la formación del profesorado, la realización de adaptaciones y diversificaciones curriculares.

Por último, desde 2013, encontramos la Ley Orgánica de Mejora de la Calidad Educativa (BOE-a-2013-12886). No incluye modificaciones respecto a la etapa de Educación Infantil (Ed.I. en adelante), manteniéndose los principios generales, objetivos, currículum, ordenación, principios pedagógicos tal y como están descritos en la LOE. La única novedad es la incorporación de algunos principios generales (art. 1) que también afectan al resto de etapas educativas.

2.3.3. ÁMBITO REGIONAL (CANARIAS)

En Canarias no existen leyes específicas de A.T., su regulación se reduce a las directrices marcadas por las leyes de Servicios Sociales, Sanidad y Educación:

- Ley 9/1987, del 28 de abril, de Servicios Sociales (BOC 4-5-87). Cabe destacar el artículo 4 que menciona: “la promoción y atención a las personas con disminuciones físicas, psíquicas o sensoriales, así como la promoción de su integración social, a fin de conseguir su desarrollo personal y la mejora de su calidad de vida”.
- Ley 11/1994 del 26 de julio, de Ordenación Sanitaria de Canarias (BOE A-1994-19583). Impulsa la atención hospitalaria de los embarazos de riesgo (art. 136), los cuidados intensivos neonatales para los recién nacidos de alto riesgo (art. 153), la asistencia pediátrica hasta los 14 años y la evaluación y tratamiento de los posibles casos de abuso, maltrato y abandono (art. 155).
- Ley 1/1997, del 7 de febrero, de Atención Integral a los Menores (BOC 17-2-97). Regula programas de apoyo a las familias para garantizar su desarrollo integral, cubriendo sus necesidades básicas y mejorando los entornos familiares.

2.4. BASES DE LA INTERVENCIÓN EN ATENCIÓN TEMPRANA

La A.T. se apoya en la constatación de la importancia que tienen los primeros años para el desarrollo del niño y el papel del entorno en este desarrollo.

2.4.1. BASE NEUROLÓGICA

Desde el ámbito de la neurología y los conocimientos que aporta sobre el desarrollo del cerebro, cabe destacar uno de los principios que rigen el funcionamiento cerebral, la plasticidad, el cual sienta las bases de la A.T. Hernández & Mulas (2005, citado en Rico, 2013, p. 25) afirman que “la plasticidad de las estructuras nerviosas es un hecho evidente y es la base teórica que respalda la intervención con programas de atención temprana”.

“La neuroplasticidad es un proceso que representa la capacidad del sistema nervioso de cambiar su reactividad como resultado de activaciones sucesivas” (Lee, tsang, Birch, 2008 citado en Garcés-Vieira & Suárez-Escudero, 2014, 121) permitiendo su adaptación y reorganización. Otros autores la definen de manera global, como “toda respuesta cerebral que se origina frente a cambios internos o externos y obedece a modificaciones reorganizacionales en percepción y cognición” (Frackowiak, Frston, frith, Dolan, Mazziota, 1997 citado en Garcés-Vieira & Suárez-Escudero, 2014, 121).

La neuroplasticidad es la base y fundamento de los procesos experimentales y clínicos de neurorehabilitación. Así, Duffau (2006, citado en Garcés-Vieira & Suárez-Escudero, 122) definió la neuroplasticidad como un “proceso continuo a corto, medio y largo plazo de remodelación de mapas neurosinápticos, que optimiza el funcionamiento de las redes cerebrales durante la filogenia, ontogenia y posterior a daños del sistema nervioso”.

Para Kolb & Whishaw (2006), el sistema nervioso cambia con el tiempo, no es estático. Esta capacidad es una de las características más importantes del sistema que llega a observarse en organismos más simples. El potencial recuperador de la plasticidad aún está por determinar, pero “si se está de acuerdo en que las técnicas de estimulación precoz más claras son las que siguen el camino de la naturaleza, facilitando los procesos

normales del desarrollo a partir de intervención con el niño, familia y entorno” (Artigas-Pallarés, 2007 citado en Rico, 2013, p. 26). Así, entrarán en juego diversos factores como edad, áreas comprometidas, factores ambientales, programas de AT, etc. en el grado de recuperación, a los que Aguilar (2003) añade la naturaleza de la enfermedad y los sistemas afectados.

La plasticidad cerebral está presente toda la vida pero el proceso de maduración del sistema nervioso central (diferenciación de vías neurológicas, proceso de mielinización) es mayor en niños que en adultos antes de la finalización de la mielinización (Artigas-Pallarés, 2007 citado en Rico, 2013). “La evolución que experimentan los niños desde el nacimiento hasta los primeros años de vida no se puede comparar con ningún otro estadio de la vida” (Aguilar, 2003, citado en Gennaró, 2013, 17). En esta misma línea, Johnson (2001, citado en Klin et al., 2015, p. 56) concreta que “los dos primeros años de vida constituyen el período más importante y más rápido del crecimiento neural y del comportamiento en todo el desarrollo posnatal humano”.

Los fenómenos de maleabilidad también afectan a los sistemas sensoriales o motores, a conductas complejas, denominándose “plasticidad comportamental” y está determinada por factores como el entrenamiento, el aprendizaje y/o el entorno enriquecido.

De esta manera, queda manifiesta la relevancia de la plasticidad cerebral y el rol que juega en el desarrollo infantil siendo estos elementos piezas clave para la creación de lo que ahora conocemos por A.T.

2.4.2. BASE SOCIAL Y ECOLÓGICA

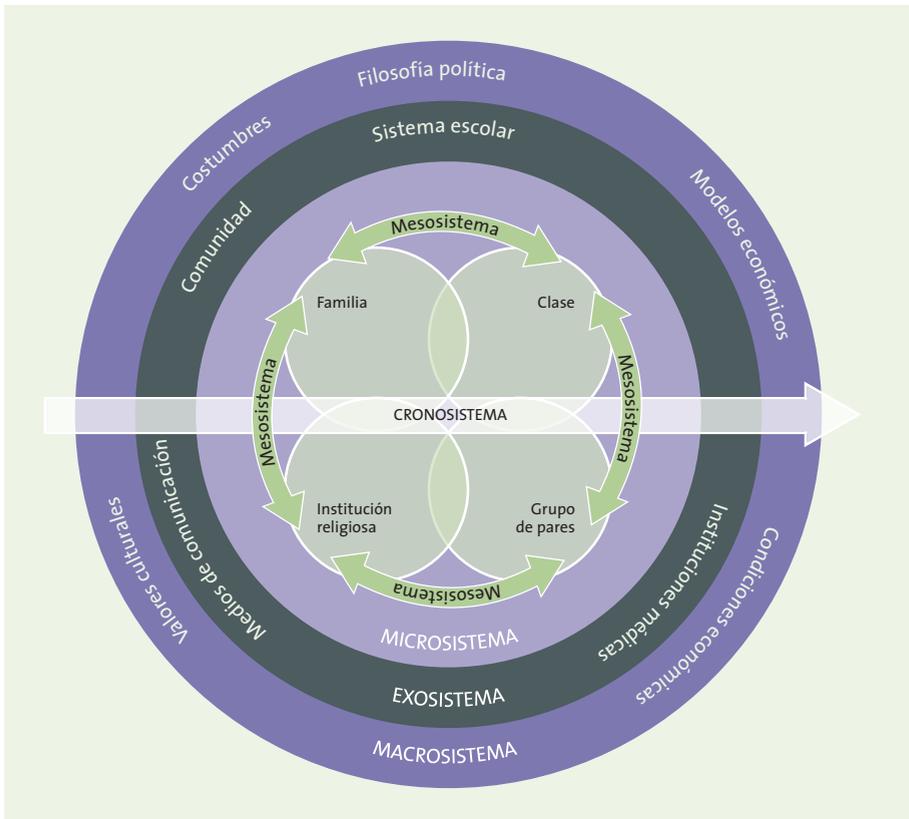
Desde que la A.T. comenzó a gestarse, en los años 70, el paradigma ha ido nutriéndose de nuevos saberes y aportaciones, que han modificado la forma de entender al niño, incluyendo su entorno y la forma de intervenir por parte de los profesionales.

Estas teorías han pasado de ser una mera visión médica y rehabilitadora, a un modelo que reconoce la naturaleza social y cultural del ser humano.

“Ninguna persona puede comprenderse de manera aislada y en un momento preciso” fue un hecho advertido por Urie Bronfenbrenner quien en 1977(citado en Berger, 2007, 26) criticó el tipo de investigación, de labo-

ratorio, que se estaba llevando a cabo sobre la relación madre-hijo: “gran parte de la psicología del desarrollo contemporánea es la ciencia de la conductas extrañas de los niños en situaciones extrañas con adultos extraños, durante breves períodos” (Berger, 2007, 26). Este autor recomendó la teoría de los sistemas ecológicos para el estudio del desarrollo y que está recogida en la Figura 2. Así, cada persona es afectada de un modo significativo por las interacciones de una serie de sistemas que se superponen y que conforman el contexto del desarrollo.

Figura 2. El Modelo Ecológico según Urie Bronfenbrenner



Fuente: Berger (2007, 27).

Los sistemas descritos por Bronfenbrenner son (Berger, 2007):

- **Microsistemas:** familia, grupo de pares, el aula, el vecindario y el templo.
- **Exosistemas:** incluyen todas las redes externas como la estructura del barrio y los sistemas locales de educación, atención médica, empleo, comunicaciones que influyen en los microsistemas.
- **Macrosistemas:** influye sobre los microsistemas, exosistemas y mesosistemas e incluye valores culturales, ideologías políticas, modelos económicos y condiciones sociales.
- **Mesosistemas:** interacción entre microsistemas, como cuando los padres coordinan sus esfuerzos con los docentes para educar a los niños.
- **Cronosistemas:** condiciones históricas.

Lo fundamental de este aporte es la posibilidad que nos ofrece de detectar factores de riesgo, los denominados “ambientes sociales tóxicos” (dificultades económicas, tensiones de la familia, en el trabajo, escaso tiempo de dedicación familiar, desconexión entre la escuela y la familia, sentimientos de los padres de incompetencia en la crianza y educación de sus hijos, etc.) que afectan a cada uno de los sistemas que rodean al niño (Robles, Pilar, & Poch, 2008) y que se necesitan contrarrestar, pero también los factores de protección y amortiguación de tensiones (red de apoyo, afecto y apego entre los miembros) sobre los que apoyar la intervención familiar).

Por lo tanto, y a partir de esta contribución, la intervención de A.T. se ha focalizado en el individuo pero también en su ambiente (familia, escuela, sociedad) para tratar y analizar los problemas y las explicaciones sobre la conducta individual y el desarrollo.

Este paradigma está en total sintonía con el Modelo DIR® descrito por el Dr. Greenspan y la Dra. Wieder (Greenspan & Wieder, 2006a, 2006b, 2008), expuesto en el capítulo tres y con otras influencias relativamente recientes como el Modelo Transaccional de Sameroff y Fiese. Sameroff (1993) “entiende que no se debe perder de vista el papel que juegan las diferencias individuales del niño en cuanto a la influencia en el ambiente y viceversa” (citado en Rico, 2013, p. 29).

2.5. NIVELES DE INTERVENCIÓN

El Marco de A.T., un modelo biopsicosocial, proviene de la necesidad de conectar los programas y servicios que actúan en el contexto del niño y su familia para que todas las actuaciones y esfuerzos vayan en la misma dirección. Así, encontramos 3 niveles de prevención en salud (La OMS define la salud como el estado completo de bienestar físico, mental y social, y no solo la mera ausencia de enfermedad o dolencia) y la actuación de los servicios educativos descritos en el Libro Blanco de A.T. (2001):

1. Prevención primaria: corresponde a la actuación y protección de la salud, siendo de carácter Universal con vocación de llegar a toda la población.
2. Prevención secundaria: se basa en la detección precoz de las enfermedades, trastornos o situaciones de riesgo. Se instrumenta a través de programas especiales dirigidos a colectivos identificados en situación de riesgo: prematuros de menos de 32 semanas o menos de 1500 kg, embarazadas adolescentes en riesgo de disfunción relacional, embarazos a partir de los 35 años con riesgo de cromosopatías, niños con tetraplejias espásticas y riesgo de luxación de cadera.
3. Prevención terciaria: corresponde a las actuaciones dirigidas a remediar las situaciones que se identifican como de crisis biopsicosocial.

2.6. AGENTES, CONTEXTOS Y PROCESOS

La A.T. es en la práctica un proceso, en el que se requiere la participación activa de cada uno de los servicios implicados (sanitario, social y educativo) para atender a la globalidad del niño.

En nuestro país, administrativamente, encontramos tres tipos de servicios relacionados con la A.T.: Sanidad, Servicios Sociales y Educación. Todos ellos están ampliamente descritos en el Libro Blanco de Atención Temprana (2001), en Gutiez (2005) y Gutiez & Ruiz (2012).

2.6.1. SERVICIOS SANITARIOS

Bajo el amparo de La ley General de Sanidad (1986), concretamente en el artículo 18.5, se establece la creación de varios tipos de programas: de atención a colectivos de mayor riesgo, de protección frente a factores de riesgo y de prevención de deficiencias, sea cual sea su origen. Además, El Real Decreto 63/1995, de 20 de enero, sobre ordenación de prestaciones sanitarias de Sistema Nacional de Salud (BOE 10 febrero) contempla: el programa del niño sano, el examen neonatal y la aplicación de tratamientos o procedimientos terapéuticos que necesite el niño, así como la rehabilitación (Gutiez, 2005).

2.6.1.1. Servicio de Obstetricia

Este servicio, en el marco de la A.T., forma parte de la prevención primaria, es decir, el primer nivel de intervención. Teniendo unas funciones específicas: detección y diagnóstico de factores de peligro previos al embarazo, la atención a embarazos de riesgo, la preparación al parto y la detección y atención de situación de alarma que puedan sucederse durante el parto.

2.6.1.2. Servicio de Neonatología

Los servicios de neonatología hacen una gran contribución a la A.T. a través de la prevención primaria y secundaria. La delicadeza del momento perinatal puede hacer que los niños estén en peligro de presentar deficiencias (Gutiez & Ruiz 2012), así estos servicios se convierten en privilegiados observatorios de factores de riesgo y de señales de alarma ante posibles situaciones de riesgo (inmadurez, bajo peso, elementos hereditarios, condición genética, hipoxia, infecciones intrauterinas, elementos pre-perinatales, etc.). En estos casos, deberán activarse las derivaciones pertinentes lo que supondrá el paso a la prevención secundaria (detección y diagnóstico).

Las actuaciones de los servicios de neonatología son, en palabras de Arizcun & Valle (1999, citado en Gutiez & Ruiz 2012): atención a la familia, atención al recién nacido, alta de servicio y derivación.

2.6.1.3. Pediatría en Atención Primaria

En esta categoría encontramos distintos servicios relacionados con la infancia: pediatría, neuropediatría, rehabilitación infantil y salud mental infanto-juvenil.

Los *Servicios de Pediatría* controlan el proceso de maduración con el objetivo de promover la salud mental y física, realizar un diagnóstico temprano, un tratamiento efectivo y estudiar las causas que provocan los trastornos en el desarrollo. El pediatra hace en este caso labores de prevención primaria, mediante la detección y coordinación con los demás servicios donde el niño tenga que ser atendido.

El *Programa del niño sano* realiza una importante labor de prevención y detección de signos de alarma y de las alteraciones del desarrollo y es el pediatra quien forma y asesora a la familia (trastornos del sueño o de la alimentación, etc.).

Dentro de la Atención Primaria, el *Servicio de Neuropediatría* supone un elemento importante. Estos profesionales se ocupan de la detección, el diagnóstico (funcional, sindrómico y etiológico), atención y seguimiento de los niños con alteraciones o alto riesgo. Sus acciones se encuadran dentro de la prevención secundaria y terciaria.

Es otro de los servicios que tradicionalmente han desarrollado los programas de A.T. Trabajan en coordinación con el servicio de neonatología en la detección, diagnóstico, atención y seguimiento de los niños con alteraciones o con los de alto riesgo. Efectúan actividades de prevención secundaria y terciaria. El neuropediatra realiza el diagnóstico funcional, sindrómico y etiológico de los niños con trastornos en su desarrollo especialmente en aquellos procesos de base orgánica. Tienen gran facilidad para acceder a los exámenes complementarios en el medio hospitalario.

Servicios de rehabilitación infantil. Su relación con la A.T. comienza en 1980 en los equipos creados por el IMSERSO con el objetivo de atender a personas con deficiencias. Estos servicios se han vinculado en España a tres tipos de experiencias (Gutiez & Ruiz 2012):

- 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.

Los Servicios de Salud Mental Infanto-Juvenil han sido los últimos en incorporarse a los agentes de A.T. Su participación se enfoca en la prevención de salud mental infantil, realizando las intervenciones individuales o grupales y con toda la unidad familiar.

2.6.2. SERVICIOS EDUCATIVOS

A partir del desarrollo de la LISMI y del Real Decreto de Ordenación de la Educación Especial la, entonces denominada Estimulación Temprana, pasó a considerarse un “un servicio propio o a subvencionar” (GAT, 2000 citado en Gutiez & Ruiz 2012, p. 57). Así, cualquier alumno, independientemente de su edad, comenzó a recibir atención educativa especial si lo necesitaba o si se encontraba en una situación de riesgo de aparición de deficiencias.

Además, las distintas leyes educativas que se han desarrollado en el país desde 1990, LOGSE, LOE y LOMCE han recogido el derecho de los niños a la atención escolar desde muy temprana edad. Entre otras, han marcado la directriz de integrar a los niños con minusvalía certificada para potenciar su desarrollo y capacidades (Gutiez & Ruiz 2012).

Durante toda la etapa de la Ed.I., los servicios educativos se ocupan de apoyar a los niños y sus familias. Su labor en relación a la A.T. se divide en dos vertientes. Por un lado, la prevención de los trastornos del desarrollo gracias a los entornos estables, estimulantes e incluso compensatorios que ofrecen a los niños. Y de manera más específica, los educadores in-

fantiles y maestros llevan a cabo la importante acción de la detección precoz en relación a todas las áreas del desarrollo. Una vez efectuada la detección proceden a informar, lógicamente a la familia y a los servicios de apoyo de los que disponen (equipos de orientación, maestros de apoyo, equipos de atención temprana, etc.). El siguiente paso, si se valora necesario, consiste en la derivación a los servicios pertinentes (pediatría, neurología, centro de A.T., Centro Base, etc.).

De esta manera, la escuela infantil (E.I. en adelante), incluyendo el primer y segundo ciclo de la etapa educativa, es un importante contexto dentro del marco de A.T., pudiendo encuadrar sus acciones en los niveles de prevención primaria y secundaria.

Por último, mencionar otras dos modalidades de escolarización distintas a la Ed.I. que son los centros de integración preferente (centros de educación infantil en los cuales se integran niños con un tipo concreto de discapacidad (auditiva, motora, visual, etc.) pudiendo recibir atención específica y los centros de educación especial (“dirigidos a niños que con alteraciones establecidas, y con su escolaridad se trata de evitar o corregir las de la discapacidad favoreciendo su desarrollo en un contexto lo más normalizado posible”) (Gutiez & Ruiz 2012).

2.6.2.1. Los Equipos de Atención Temprana

Tal y como recogen Gutiez y Ruiz (2012, 115) “son los equipos encargados de evaluar, coordinar, supervisar y facilitar el proceso que permite que los niños con necesidades educativas especiales puedan acudir al centro educativo, al tiempo que apoyan el proceso de integración”. Evalúan al niño y elaboran el Dictamen de Escolarización. Ofrecen un servicio cualificado de una visión interdisciplinar de forma que se puede abordar el desarrollo integral del niño sin perder la especificidad del papel de cada uno de los profesionales que van a intervenir en él.

Sus funciones se concretan en (Gutiez & Ruiz 2012, p. 116):

- Determinar las necesidades educativas de los niños entre cero y seis años, localizando y derivando los que presenten desviaciones de la normalidad en estas edades. Y contribuyen a la elaboración del cu-

- rículo de esta etapa apoyando técnicamente el programa de integración para niños en la etapa 0-6.
- Colaborar con los profesionales de las escuelas infantiles en la elaboración de programas y en la delimitación de objetivos, materiales y procedimientos más adecuados en el proceso de enseñanza-aprendizaje en función de criterios compartidos, evitando así tratamientos paralelos de cada aspecto del desarrollo infantil.

Es necesario recoger que este servicio no está disponible en la Comunidad Autónoma de Canarias.

2.6.3. SERVICIOS SOCIALES

La presencia de los servicios sociales dentro de la A.T. se concreta en los Centros Base, los Centros de Atención Temprana (CAT) y los Centros de Desarrollo Infantil y Atención Temprana (CDIAT)

Las acciones de las que son responsables, recogidas por Ruiz (2011, citado en Gutiez & Ruiz 2012, p. 116) son:

- Programas de promoción y bienestar social de las familias: con el objetivo de velar por que los procesos de gestación, adopción, crianza y socialización se realicen en condiciones idóneas para el equilibrio emocional y la adaptación a esas tareas.
- Programas de prevención dirigidos a contextos con “dificultad o riesgo social”: son proyectos de prevención primaria y secundaria, dirigidos a colectivos sociales cuya situación se identifica como un factor de riesgo para el desarrollo infantil. Buscan dar respuesta a las necesidades de los niños de 0- 6 años que padezcan situaciones de crisis familiar.
- Programas de intervención en centros base: participan como un miembro más del grupo conforme a las funciones que le son propias (intervención social desde los equipos de A.T.).

2.6.3.1. Los Centros Base

El primer contacto de la A.T. con los servicios sociales sucede a través de los Centros Base, creados gracias al encargo del Ministerio de Trabajo al INSERSO (Instituto Nacional de Servicios Sociales) de la puesta en marcha de la Estimulación (Gutiez, 2005). De esta forma, supusieron un importante impulso para estos programas, incorporándolos a las redes de las distintas comunidades (Gutiez & Ruiz 2012).

Están compuestos por equipos multidisciplinares que tienen asignadas, tal y como recoge Gutiez & Ruiz (2012) las siguientes funciones: detección del niño, acogida del niño y su familia, valoración del caso, diagnóstico (etiológico, sindrómico y funcional), orientación y tratamiento. Además, se encargan de conceder el grado de minusvalía, siendo el 33% el mínimo necesario para acceder a los servicios de A.T.

2.6.3.2. Los Centros de Atención Temprana (CAT)

Son centros dirigidos a la atención a niños de 0-6 años que tengan al menos un 33% de minusvalía. Su origen data de los años 70 en los que se sucedieron influyentes movimientos asociativos de padres y profesionales (Gutiez, 2005).

Al formar parte de los servicios sociales, trabajan en coordinación con los Centros Base. Sus equipos están formados por diversos profesionales (psicólogo, pedagogo, trabajador social, fisioterapeuta, terapeuta ocupacional, estimulador y psicomotricista) y sus funciones son (Andrés, 2011 citado en Gutiez & Ruiz 2012): acogida a familias, entrevista inicial, valoración del desarrollo, elaboración del programa individual de A.T. e informar periódicamente a las familias. Así, sus actuaciones se localizan en la prevención terciaria y cabe señalar que no tienen competencia en diagnóstico.

2.6.2.3. Centros de Desarrollo Infantil y Atención Temprana (CDIAT)

Este tipo de centros nacen a propuesta del Grupo de A.T. del Estado (GAT) pero su expansión aun está iniciándose (Gutiez & Ruiz 2012). Son servicios

de carácter interdisciplinar que, al igual que los CAT, atienden a población comprendida entre los 0-6 años que presentan alguna alteración o disfunción en su desarrollo o riesgo a padecerla con el fin potenciar al máximo las capacidades del niño o la niña para así lograr una adaptación familiar, escolar y social.

El equipo profesional, procedente del ámbito médico, educativo, psicológico y social, de los CDIAT debe ser multiprofesional de carácter interdisciplinar y de orientación holística, incorporando los aspectos intrapersonales (biológicos, educativos, psíquicos y sociales) de cada niño y los interpersonales (entorno, familia, la escuela y la cultura). Todos los profesionales serán especialistas en Atención Temprana.

A diferencia de los CAT, no pertenecen a ningún ámbito concreto (salud, social o educación) sino que son centro sectorizados que atienden a la población de un territorio concreto.

2.7. LA ESCUELA INFANTIL DENTRO DE LOS NIVELES DE ATENCIÓN TEMPRANA

La Ed.I. tiene un rol importante en el desarrollo, sobre todo considerando la trascendencia de los primeros años de vida en el desarrollo físico, psicológico, emocional y en el desarrollo de la personalidad y por otro lado, la cantidad de niños que asisten a escuelas infantiles y el número de horas diarias que pasan en las instituciones. Dicha importancia aún no es del todo bien conocida por la sociedad, que sigue considerando a la etapa 0-3 como un momento evolutivo con relativa importancia, pero lo valoran como un servicio que permite la conciliación de la vida familiar y laboral, especialmente desde que la mujer ha tenido acceso al mercado laboral. Este hecho provocó que las guarderías, ahora llamadas escuelas infantiles, nacieran desde un enfoque asistencial y sin intención educativa. Desde la implantación de la LOGSE (Ley Orgánica General del Sistema Educativo) en 1990, la LOE (Ley Orgánica de Educación, 2006) y actualmente bajo la reciente LOMCE (Ley Orgánica de la Mejora de la Calidad Educativa, 2013) la escuela infantil está amparada por las leyes educativas y su valor está en alza, si bien, quizás el rumbo que está tomando no es el más acorde a

la edad, a las necesidades ni al desarrollo evolutivo. Desde nuestra experiencia, se viene observando una tendencia a la intelectualización y academización de este primer ciclo de la etapa, asumiendo objetivos y metodologías más propias del 2º ciclo de infantil (3-6 años).

Existe una relación directa entre Atención Temprana y la Educación Infantil dado que ambas abarcan las mismas edades (0-6 años) y que viene reflejada en los 3 niveles de intervención, siendo el único servicio que se encuentra en todos ellos.

En prevención primaria los servicios educativos serán los encargados de las actuaciones de apoyo al niño y a la familia desde los centros de Ed.I. utilizados de forma mayoritaria por la población a partir de los 3 años y por una parte de la misma, cada vez mayor, en edades anteriores. La labor en la prevención de los trastornos en el desarrollo puede ser fundamental para el colectivo de alto riesgo al ofrecer un entorno estable y estimulante a un sector del censo infantil que a menudo sufre condiciones adversas en el seno de la familia.

En prevención secundaria, cuyo fin es la detección y el diagnóstico precoz de los trastornos en el desarrollo y de situaciones de riesgo, los educadores infantiles constituyen un importante agente de detección pues en la escuela pueden apreciarse problemas en las habilidades que antes no habían sido detectadas. Las condiciones y las interacciones que se producen en el entorno escolar, diferentes a las del medio familiar, permiten poner de manifiesto las desviaciones en el proceso evolutivo, desajustes en el desarrollo psicoafectivo del niño y/o alteraciones en su comportamiento, que por su propio carácter o por la menor gravedad del trastorno, pueden pasar fácilmente inadvertidos a los padres y también al personal sanitario y no son detectadas hasta que el niño es escolarizado.

La prevención terciaria estaría enfocada en la escolarización de los alumnos con necesidades especiales, hoy en día llamadas necesidades específicas de apoyo educativo. La recomendación es que el acceso al sistema educativo se lleve a cabo en un contexto lo más normalizado posible con el fin de apoyar y favorecer el proceso de desarrollo y aprendizaje (Gutierrez & Ruiz 2012). Esto conlleva que la primera opción sea la inclusión en un centro ordinario y que se lleven a cabo las adaptaciones curriculares

necesarias y se disponga de los medios personales y materiales necesarios. De forma excepcional y cuando el equipo psicopedagógico lo aconseje, también se podrá escolarizar en un centro de educación especial o en un aula enclave (modalidad de escolarización propia de la Comunidad Autónoma de Canarias, donde tienen cabida aquellos alumnos con adaptaciones significativas del currículo, que pueden participar en algunas actividades socializadoras del centro. Orden 13 diciembre de 2010). Los alumnos con necesidades especiales que acuden a la escuela infantil 0-3 años lo hacen por recomendación de los equipos psicopedagógicos y los centros de Desarrollo y Atención Temprana, que valoran positivamente las posibilidades que ofrece la escuela para el desarrollo del niño que también continúa con los programas de intervención ya iniciados.

Los centros de educación infantil, por sus objetivos y por la especial atención que otorga (o debe otorgar) a los aspectos afectivos y sociales, son lugares idóneos para conseguir que los alumnos con necesidades educativas especiales desarrollen al máximo sus capacidades (GAT, 2000 citado en Gutiez & Ruiz 2012).

Por tanto, la relación entre la E.I. y los CDIAT es muy importante y debe estar dirigida a proporcionar una atención educativa global, sistematizada y ajustada a la población de 0-6 años.

2.8. ATENCIÓN TEMPRANA EN CANARIAS

La A.T. en Canarias comienza, como en otras comunidades autónomas, con el traspaso de competencias que permitió la Constitución Española. La Ley Orgánica 10/1982 del 10 de agosto formalizó este traspaso de competencias en asistencia social y servicios sociales (art. 29.7), en el desarrollo legislativo y la ejecución de la sanidad e higiene (art. 30.2) y en las competencias y el cumplimiento de la enseñanza (art. 34.A.6).

Sobre la situación actual de la A.T. en Canarias, dos han sido los documentos encontrados. Por un lado, un trabajo fin de Máster en Atención Temprana de la Universidad Complutense de Madrid, llevado a cabo por Bethencourt en 2008 y dirigido por el Dr. Arizcun Pineda. En esta investi-

gación se obtuvo la información a través del envío de cuestionarios a los distintos centros y sus conclusiones fueron (Bethencout, 2008):

- Existen 2 Centros Base, uno en cada capital de provincia. En el análisis de la distribución del personal en dichos centros refleja que su función primordial es la valoración y orientación, con la mitad del personal, mientras que el área de tratamiento está compuesto por la cuarta parte del total de trabajadores.
- No existe legislación específica que regule la A.T. por lo que se rige por lo establecido en las leyes de ámbito social, sanitario y educativo comentadas en este mismo capítulo.
- Los centros Base de Canarias no disponen de estadísticas acerca de la discapacidad de 0- 6 años.
- No se ha desarrollado normativa específica que regule los Centros Base por lo que se entiende que siguen rigiéndose por el modelo definido por el INSERSO en 1982 “organización y funciones de los Centros Base”. No existe legislación específica sobre estructura y dotación personal a los CAT de Canarias
- En 2008 se censaron 17 Centros de A.T.: 4 en Tenerife, 10 en Gran Canaria, 2 en Fuerteventura y 1 en Lanzarote. Estos centros se denominan centros de Estimulación Precoz o centros de Estimulación Temprana. No existen los denominados Centros de Desarrollo Infantil y Atención Temprana.

Por otro lado, disponemos de un documento denominado “la Realidad Actual de la A.T. en España” (GAT, 2011). Este es el primer estudio pormenorizado que se ha llevado a cabo sobre la situación de las distintas comunidades autónomas y los servicios con que se cuenta en cada una de ellas. Fue llevado a cabo por la Federación Estatal de Asociaciones de Profesionales de Atención Temprana (Grupo de A.T.) bajo el amparo del Real Patronato sobre Discapacidad. El procedimiento para la obtención de información fue realizar una entrevista con el representante institucional de cada comunidad autónoma y la recopilación de información a través de las encuestas enviadas a todos los centros censados.

Las conclusiones sobre Canarias que incluye este informe son:

- La participación en este estudio fue de 8 centros, un 42,10%, del total (19) de centros a los que se envió la documentación. En participación, ocupamos el puesto décimo cuarto en comparación con otras comunidades autónomas.
- No reflejaron los resultados de la entrevista con el representante institucional pues no pudieron mantener dicha cita.
- Canarias no dispone de normativa específica, mientras que nueve comunidades ya la han desarrollado y otras cinco que están en el proceso de tramitación. Así, somos una de las cuatro comunidades sin legislación propia.
- En cuanto a los datos de la población atendida, no dispusieron de esta información pues no fueron facilitados.
- De los 8 centros participantes se pudo analizar.
 - El 75% son de carácter público y el restante 25% de subvenciones, convenios y cuotas.
 - El total del personal es de 41 personas.
 - Sus funciones se dividen en atención al niño (57,25%), atención a la familia (11,25%) y atención al entorno (13,75%). El 17,75% restante corresponde a acciones preventivas, Formación y Evaluación Externa. EL Centro Base de Las Palmas no aporta porcentajes.
 - En dos de estos centros se precisa el certificado de minusvalía para acceder a los servicios y en los otros 6 disponen de autonomía para la recepción de los casos.

2.9. CONCLUSIONES

El marco teórico de la Atención Temprana nos ofrece una magnífica referencia para organizar el conjunto de acciones dirigidas a favorecer el desarrollo, desde el periodo prenatal hasta la finalización de la etapa infantil y desde situaciones preventivas a situaciones intervencionistas y/o terapéuticas.

Pese a la excelencia de este marco, lamentablemente contamos con un servicio de A.T. en Canarias que necesita evolucionar y ajustarse al impor-

tante desarrollo que se ha conseguido en otras comunidades autónomas, pudiendo ofrecer la misma calidad del servicio a los niños canarios que a los nacidos en otro lugar del país.

Dentro de este entramado de niveles, agentes y servicios, la Escuela (0-3 años), contexto en el que se centra este trabajo, se convierte en una institución con potencial para hacer una gran contribución al desarrollo infantil en los tres niveles de intervención descritos. Para que su labor, en relación a la A.T., sea realmente efectiva, es importante centrar esfuerzos en difundir, formar e informar acerca de la A.T. e incorporar a los centros educativos, públicos y privados, en su red de información y colaboración.

Conectando el contenido de este capítulo con el proyecto que cierra esta tesis, caben subrayar los siguientes aspectos:

- El valor de vigilancia del desarrollo, en los contextos sanitario y educativo, como acciones dentro del nivel prevención primaria.
- Los beneficios de la detección precoz y la necesaria implicación de la Escuela en esta tarea para adelantar los procesos posteriores (diagnóstico y tratamiento).
- La consideración de la familia como un elemento dentro de la A.T. y su decisiva participación en los procesos de vigilancia y de detección precoz.

CAPÍTULO 2

Vigilancia del desarrollo a través de los sistemas de cribado



INTRODUCCIÓN

Este segundo capítulo está dedicado en su totalidad al estudio de los sistemas de cribado como instrumentos para la vigilancia del desarrollo y su conexión con A.T. También incluye la explicación de algunas de estas herramientas diseñadas para la población infantil y que se han utilizado en la investigación llevada a cabo y/o son las sugeridas para el Proyecto de Vigilancia del Desarrollo desde la Escuela Infantil (0-3).

1. ORIGEN

Los sistemas de cribado (screening) comenzaron a utilizarse para identificar a los individuos potencialmente peligrosos para la salud comunitaria, llegando a utilizarse en EEUU para decidir si los inmigrantes eran aptos o no para entrar en el país.

En la aparición de los sistemas de cribado fueron determinantes las aportaciones de dos figuras del entorno médico. Por un lado, el Dr. Horace Dobell en Londres (1961) quien aconsejaba a todos los médicos realizar chequeos periódicos a toda la población, aunque no buscaran ayuda médica, a través de visitas rutinarias que podrían alterar las condiciones y los hábitos de vida y consecuentemente prevenir futuras enfermedades. Por otro lado, destacar la contribución del Dr. George M Gould, quien en los encuentros anuales de la Asociación Médica Americana expuso la necesidad de un examen médico anual con el fin de comprender las causas de

la enfermedad y cómo prevenirla para beneficiar a futuras generaciones. Ambas iniciativas no se consideraron y fueron otros factores (Riffle y Gray, 2007 citado en Rico, 2013) los que favorecieron la implantación de las revisiones periódicas:

1. Las compañías de seguros comenzaron a realizar revisiones médicas periódicas para sus asegurados, pues tenían la evidencia de que los índices de mortalidad eran significativamente más bajos en los asegurados que realizaban los exámenes regularmente. El verdadero objetivo de estas compañías era evitar riesgos financieros en sus pólizas.
2. El papel de los empleadores estadounidense, quienes rápidamente copiaron a las compañías de seguros e incluyeron exámenes médicos rutinarios para sus trabajadores. Los objetivos eran aumentar el bienestar de los trabajadores mejorando su eficiencia y productividad, proteger al empresario contra las reclamaciones y demandas de los propios trabajadores y descubrir cualquier condición persistente antes del comienzo del trabajo.
3. La influencia de la clase médica. Gran parte de la clase médica fue inicialmente reacia a implementar los chequeos rutinarios por considerarlos una práctica ineficaz pero en 1922 se marcó un cambio de rumbo decisivo, momento en que la Asociación Médica Americana aprueba oficialmente la práctica de los exámenes periódicos de salud y coopera con las campañas de información pública para promover su aceptación.

Por tanto, los sistemas de cribado tuvieron su nacimiento en EEUU y uno de los motivos que impulsaron su aparición fueron los beneficios económicos que les iban a suponer a las empresas y a las compañías de seguros médicos. Posteriormente se expandieron a otros países desarrollados. En los años 50 hubo un aumento considerable del interés acerca de la creación de test y la teoría del cribado y a finales de esa década, el énfasis del cribado pasa de centrarse en impedir el incremento de enfermedades a fomentar la salud y el bienestar del individuo. Así, estos programas tenían el objetivo de intentar diagnosticar precozmente para iniciar con los tra-

tamientos farmacológicos en etapas iniciales de la enfermedad donde la medicación era más efectiva y eficaz.

En Europa, encontramos dos hechos referentes que contribuyeron a la consolidación del cribado (Holland & Stewart, 2005). Primero, las aportaciones de Sir George Godber, jefe médico del Ministerio de Salud de Gran Bretaña de 1960 a 1973, quien reconoció la importancia de los test de cribado y fue responsable de enviar al DR. Wilson a EEUU a aprender al respecto. Además, años más tarde, publicó, junto a Junger, la monografía “Principles and Practice of Screening for Diseases” (1968) en la OMS. Y segundo, la realización de dos ensayos aleatorios controlados llevados a cabo: el primero de ellos, en 1964, por parte del Kaiser Permanente (EE.UU.) y el segundo en 1967, a cargo del South East Study Group (Londres, Inglaterra) cuyos objetivos fueron medir el impacto de los exámenes periódicos y rutinarios sobre la tasa de mortalidad. Si bien las conclusiones de estos estudios, no exentos de problemas metodológicos, no fueron determinantes para demostrar su eficacia, si aportaron nuevos elementos teóricos y prácticos para el desarrollo de los que ahora conocemos como “cribados modernos” permitiendo alcanzar el valor que tienen en la actualidad.

Hoy en día son utilizados en el sistema de intervención sociosanitaria, como por ejemplo, en las puertas de urgencias y en situaciones de catástrofes para dar una respuesta más rápida en función de la gravedad del enfermo atendido y también para la detección del cáncer de mama (Alonso, 2014).

2. DEFINICIÓN DE CRIBADO

Un sistema de cribado es un conjunto de acciones diagnósticas tendentes a identificar el estado de salud individual en grupos de población, con la finalidad de establecer los factores de riesgo existentes y descubrir tempranamente la morbilidad oculta, con el objetivo de ser incluidos en programas para garantizar el seguimiento y atención continuada (Fernández Sacasas & Díaz Novás, 2009). Otra definición simple de cribado es el “examen de personas asintomáticas para distinguir las que probablemente estén enfermas y las que probablemente no lo estén” (Moss et al, 2006

citado en Grupo de trabajo de la Ponencia de Cribado de la Comisión de Salud Pública, 2011).

La primera definición que se hizo de cribado data de 1951 (Conferencia sobre los aspectos preventivos de las enfermedades crónicas) y quedó descrito como “la supuesta identificación de una enfermedad o defecto no identificado a través de la aplicación de un test, examen u otro tipo de procedimientos que pueden ser aplicados de manera rápida (Genaró, 2013).

Los sistemas de cribado se refieren a instrumentos que diferencian aparentemente bien a personas que probablemente tienen una enfermedad de aquellas que no la padecen y posibilitan el proceso diagnóstico y tratamiento tan pronto como sea posible (Madrazo y Williams, 1985 citado en Rico, 2013).

La Organización Mundial de la Salud (OMS) lo define, de manera más detallada, como “la aplicación sistemática de una prueba para identificar a individuos con un riesgo suficientemente alto de sufrir un determinado problema de salud como para beneficiarse de una investigación más profunda o una acción preventiva directa, entre una población que no ha buscado atención médica por síntomas relacionados con esa enfermedad” (Wald, 2001 citado en Grupo de trabajo de la Ponencia de Cribado de la Comisión de Salud Pública, 2011).

La última definición del UK National Screening Committee (NSC) introduce el concepto clave de equilibrio entre beneficios y riesgos, entendiendo el primero como la reducción del segundo y no como garantía de curación o de no aparición futura de la enfermedad. Define el cribado como:

un servicio de salud pública en el que los miembros de una población definida, que no necesariamente perciben tener un mayor riesgo, o estar afectados por una enfermedad o sus complicaciones, son invitados a someterse a preguntas o pruebas para identificar a aquellos individuos con mayor probabilidad de obtener un beneficio que un perjuicio, causado por las sucesivas pruebas o el tratamiento, para reducir el riesgo de la enfermedad o sus complicaciones (NSC, 2009 citado en Grupo de trabajo de la Ponencia de Cribado de la Comisión de Salud Pública, 2011).

3. CARACTERÍSTICAS DE LOS SISTEMAS DE CRIBADO

Wilson y Junger definieron, en 1968, los criterios que debe incluir una enfermedad para ser incluida en un programa de cribado (citado en Fernández Sacasas & Díaz Novás, 2009, pp. 111-112):

- Debe ser potencialmente grave o constituir un importante problema de salud.
- La historia natural de la misma debe ser conocida, con una fase de preclínica o periodo de latencia lo suficientemente largo.
- Que pueda ser puesta en evidencia por una prueba relativamente sencilla, fácil de realizar y que no entrañe secuelas para el paciente. Dicha prueba debe ser aceptable para la población.
- Que sea una prueba con suficiente y probada validez (sensibilidad, especificidad y valor predictivo).
- La prueba debe tener un coste adecuado y que no sea desproporcionado.
- Debe definirse claramente a quien se considera enfermo y a quien se trata como pacientes, es decir, es preciso una confirmación diagnóstica.
- Debe existir un tratamiento oportuno y adecuado para la enfermedad cribada, que conlleve a minimizar el detrimento de la calidad de vida del informe.
- El tratamiento temprano en el período asintomático debe ser superior al iniciado una vez que se desarrollen los síntomas. La terapéutica debe alterar la evolución natural de la enfermedad.
- Hay que asegurar la continuidad en el tiempo de la aplicación de las pruebas de cribado, debe ser un proceso continuo y no puntual.
- El sistema de Salud debe asegurar el tratamiento y seguimiento de las personas diagnosticadas como enfermas.

Las características que deben cumplir los screenings han sido ampliadas con algunas de las siguientes matizaciones (Fernández Sacasas & Díaz Novás, 2009):

- Eficacia: capacidad de obtener el resultado previsto.

- Efectividad: cuando lo logrado satisface todas las partes (pacientes y profesionales).
- Eficiencia: relación entre resultados y costes.
- Aceptabilidad: grado de aceptación de la prueba.
- Validez: capacidad para medir lo que pretende medir. Incluye sensibilidad (capacidad para excluir falsos negativos) y especificidad (excluir falsos positivos).
- Valor predictivo: probabilidad de estar enfermo cuando el test es positivo y de no estarlo cuando es negativo.

4. CRIBADO DEL DESARROLLO INFANTIL

4.1. ORIGEN Y DEFINICIÓN

Se define como observación breve destinada a identificar niños en riesgo de presentar problemas de desarrollo (Meisels & Wasik, 1990 citado en Zero to Three, 2010).

El origen de los test de cribado del desarrollo tiene dos fechas referentes. Inicialmente, en 1966, Knobloch y colaboradores llevaron a cabo la adaptación del Calendario del Desarrollo de Gessell y en 1967, Frankenburg y Dodd construyeron el test de cribado del desarrollo Denver.

En sus comienzos, los cribados del desarrollo sufrieron gran cantidad de críticas debido a que algunos no cumplían con una serie de requisitos y no mostraron evidencia científica (Alonso, 2014) pero desde entonces hasta la actualidad han sido muchas las iniciativas para desarrollar instrumentos efectivos para identificar niños con retraso en su desarrollo, cuya necesidad queda reflejada desde los años 70 (Shonkoff, Dworkin, Leviton, & Levine, 1979 citado en Genaró, 2013).

Este auge se sostiene en dos piezas clave: por un lado, en el carácter preventivo de los test de cribado (Hix-Small, Marks, Squires, & Nickel, 2007) y por otro, el conocimiento de la rentabilidad económica de los programas de intervención y de los beneficios en la familia y en el niño en el futuro (Rydz et al., 2006).

De esta manera, distintos organismos internacionales como Naciones Unidas recomiendan, desde 1993, la implementación de programas específicos para la detección precoz. La Academia Americana de Pediatría (AAP), desde 2001, recomienda la vigilancia en el desarrollo a través de sistemas de cribado utilizados de forma sistemática en las revisiones rutinarias a los 9, 18, 24 y 30 meses.

4.2. OBJETIVO DE LOS TEST DE CRIBADO DEL DESARROLLO INFANTIL

Estos instrumentos están diseñados para identificar aquellos niños que precisen de una evaluación más exhaustiva en todas o algunas de las áreas del desarrollo (cognitiva, comunicación y lenguaje, adaptativa, socioemocional, motora). De hecho, las iniciativas de cribado sólo son efectivas si facilitan el acceso a los recursos para la evaluación y la intervención temprana (Zwaigenbaum et al., 2015). En su elaboración se debe tener en cuenta los denominados hitos del desarrollo que se definen como “las capacidades esperadas que deben ser observadas en un momento concreto en el desarrollo del niño, un fallo en la adquisición de algunos de estas señales puede indicar un trastorno o retraso en el desarrollo (Petermann & Macha, 2008 citado en Genaró, 2013, p. 27). Algunos autores han centrado su investigación en la importancia de los hitos evolutivos precursores, es decir, aquellas habilidades más sencillas que preceden a las complejas. La ventaja que presenta tomar como referencia la dificultad en dichos hitos es no tener que esperar a la aparición de los habilidades superiores para tomar las medidas necesarias (Canal Bedia et al., 2006; Guralnick, 1997 citado en Genaró, 2013).

4.3. CLASIFICACIÓN DE LOS CRIBADOS DEL DESARROLLO

El diseño de un sistema de evaluación y la selección de un test de cribado u otro que detecte a los niños con retraso, que evalúe los avances en el desarrollo y el aprendizaje y contribuya al programa de evaluación, puede ser un proceso complejo dados los múltiples dominios de la evolutiva infantil, la proliferación de herramientas de tamizado (Allen, 2007).

En cuanto a los tipos de cribado, podemos encontrar distintos criterios para su clasificación (Allen, 2007):

- **Psicométrico:** basado en normas (comparan al niño con otros de su edad) o en criterios (comparan las habilidades con un nivel de aprovechamiento, miden lo aprendido).
- **Forma de administración:** un examinador entrenado aplica distintas pruebas al niño y otros que son cumplimentados por la familia (hogar) o por educadores infantiles/maestros (entorno escolar).
- **Áreas estudiadas:** los generales abordan todas las áreas del desarrollo y los específicos tratan de cribar áreas concretas o buscan conductas prototípicas de un determinado trastorno.

4.4. CALIDAD DE LOS TEST DE CRIBADO DEL DESARROLLO

En todos los tipos de cribado, incluyendo los dirigidos a valorar el desarrollo infantil, los parámetros de calidad deben cumplir unos requisitos para que puedan ser utilizados con seguridad y garantía. Los elementos a tener en cuenta son la fiabilidad, validez, sensibilidad, especificidad (Camp, 2006) y la disponibilidad, facilidad de manejo, tiempo de administración, coste-efectividad, adecuación al entorno y al personal que lo administre (manejo por parte de profesionales no especializados) (R. Canal-Bedia, García-Primo, P., Santos-Borbujo, J., Bueno-Carrera, G., & Posada-De la Paz, M., 2014). A todo lo citado anteriormente, Meisels & Atkins-Burnett (2005, citado en Zero to Three, 2010) añadieron la facilidad de administración y corrección, la implicación de las familias, las edades cubiertas por el test, la validación para la población, y que sea cultural y lingüísticamente apropiado.

La calidad de las herramientas es, en palabras de Glascoe & Marks (2011), una de las mejores soluciones para conseguir una breve y exacta detección que debe incorporar, además, la información de los padres.

El objetivo clave en el cribado es la identificación de niños que necesitan una evaluación más exhaustiva para determinar si la intervención es necesaria (Zero to Three, 2010) por lo que no son, ni deben ser utilizados como herramientas diagnósticas ni como test de inteligencia. Además son

pruebas que se fundamentan en la observación de conductas por lo que son menos fiables que los marcadores biológicos.

5. CRIBADOS DEL DESARROLLO Y ATENCIÓN TEMPRANA

5.1. CONEXIÓN ENTRE LOS TEST DE CRIBADO Y LA ATENCIÓN TEMPRANA

Dentro del marco de Atención Temprana (Grupo de Atención Temprana, 2001), concretamente en el nivel de prevención secundaria, encontramos que el objetivo es la detección precoz de los trastornos en el desarrollo y de situaciones de riesgo.

La identificación de las posibles alteraciones en el desarrollo infantil es un aspecto fundamental en A.T., en la medida en que va a posibilitar la puesta en marcha de distintos mecanismos de actuación disponibles y es la mejor estrategia coste-efectividad para optimizar las oportunidades de vida de los niños y reducir la discapacidad (Hayden & McGuiness, 1977 citado en Palfrey, 1987). Cuanto antes se realice la detección, existirán mayores garantías de prevenir patologías añadidas, lograr mejoras funcionales y posibilitar un ajuste más adaptativo entre el niño y el entorno. El conjunto de procedimientos a llevar a cabo para tal fin están recogidos en la Tabla 4.

Así, los test de cribado del desarrollo serán la primera acción dentro de una evaluación y orientarán las siguientes actuaciones dentro de una evaluación exhaustiva cuyos objetivos deberían ser (Wyly, 1997 citado en Rico, 2013, 39):

1. Identificar a niños que pueden estar en riesgo de retraso en el desarrollo.
2. Diagnosticar la presencia y el grado de problemas en el desarrollo.
3. Identificación de habilidades y capacidades del niño.
4. Determinar la estrategia de intervención.

La detección temprana de un retraso es esencial para dar servicio al niño y su familia (Brown & Guralnick, 2012; National Research Council and Institute of Medicine, 2000 citado en Macy, Marks, & Towle, 2014), siendo

Tabla 4. Proceso de cribado de dificultades del Desarrollo Psicomotor

PROCEDIMIENTO	GRUPO BLANCO	OBJETIVOS	MÉTODO
Vigilancia clínica del desarrollo psicomotor	Todos los niños en los controles de supervisión de salud	Promoción de la salud y el desarrollo, del cuidado paterno, identificar factores de riesgo y elementos de sospecha de dificultades del desarrollo DSM	Pesquisa basada en el juicio clínico del profesional de salud y análisis del logro de los hitos del desarrollo, sin emplear pruebas diagnósticas
Screening o tamizaje (cribado)	Todos los niños a edades específicas o frente a sospecha de déficit	Identificar aquellos niños que deberían recibir una evaluación diagnóstica más especializada, verificar las preocupaciones de los padres	Empleo de pruebas estandarizadas para pesquisar aquellos niños en riesgo de déficit del desarrollo
Examen del desarrollo	Niños con sospecha clínica de déficit	Confirmar la sospecha y definir plan de estudio específico	Evaluación clínica especializada y examen físico completo
Pruebas diagnósticas	Niños con una tamizaje (cribado) alterado	Proveer una detallada descripción y categorización del desarrollo del niño para establecer plan de manejo y seguimiento	Herramientas estandarizadas de evaluación y diagnóstico de las dificultades del DSM, que varían en cada país y según la edad de los niños

Fuente: Sharma, 2011 y Squires et al, 1996 (citados en Schonhaut B & Armijo R, 2014, 14)

el uso de cribados del desarrollo una de las acciones realizadas en su sistema de detección precoz (Glascoe et al. 2013 citado en Macy et al., 2014).

El uso de los test de cribado suponen un elemento clave en la prevención, entendida como las medidas destinadas no solo a advertir la aparición de la enfermedad, tales como la reducción de los factores de riesgo, sino también a detener su avance y atenuar sus consecuencias una vez establecida (OMS, 1998).

Tal y como recoge el Libro Blanco de A.T. (2001) la detección temprana constituye la intervención imprescindible para el diagnóstico y la atención especializada, pudiendo incidir en una etapa en la que la plasticidad del sistema nervioso es mayor y las posibilidades de las acciones terapéuticas van a tener superiores resultados. “Es necesario detectar los trastornos del desarrollo infantil en el momento en que aparecen los primeros indicadores de los mismos, si es posible antes de que los distintos síndromes se estructuren de forma completa y estable” (Grupo de Atención Temprana, 2001).

El proceso diagnóstico debería iniciarse lo más pronto posible, aunque no siempre sucede así. En ocasiones se dan determinadas circunstancias que impiden o dificultan el diagnóstico de los trastornos en el desarrollo en los primeros años de vida, especialmente los de base psicopatológica, emocional y cognitiva (Grupo de Atención Temprana, 2001, p. 24):

- Tendencias banalizadoras que dejan en manos del “ya se le pasará” la responsabilidad terapéutica.
- Tendencias reduccionistas que llevan a interpretar incorrectamente numerosos comportamientos atípicos de los niños, al atribuirlos de forma exclusiva a deficiencias o inadecuaciones educativas de los padres o a factores físicos o biológicos aislados.
- El temor o resistencia a iniciar un proceso diagnóstico y terapéutico para evitar etiquetar de forma precoz, aún reconociendo la existencia de un problema.
- El desconocimiento u olvido de la existencia de problemas relacionales o interacciones precoces y la negación del sufrimiento psíquico del niño.
- La necesidad de creación de programas específicos de detección y eliminación de condiciones de riesgo.

Finalmente, consideramos la existencia de otra circunstancia que dificulta el proceso de valoración y diagnóstico desde la E.I. (0-3). En muchas ocasiones, las observaciones que hacen familias y educadoras respecto al desarrollo del niño no coinciden. Esto no nos quiere decir únicamente que los observadores no sepan ver o no quieran ver, sino que el entorno en el que observan tiene mucha incidencia en el comportamiento infantil, especialmente en los tres primeros años de vida. Este hecho entendemos incidiría directamente en el inicio de un proceso de detección precoz y el posterior diagnóstico e intervención, si fueran necesarios. Esta circunstancia será abordada en este trabajo a través de una investigación desarrollada en escuelas infantiles y en la que se ha comparado la percepción que tienen las educadoras y las familias respecto a cada niño (capítulo 4).

Por tanto, la utilización de test de cribado del desarrollo, como procedimiento diseñado para identificar a niños en situación de riesgo, debería ser implementada como estrategia para mejorar la detección de problemas en la infancia. Los profesionales que podrían utilizarlos serían servicios de pediatría y equipos educativos de escuela infantil de 0-3 años (Rico, 2013).

5.2. SISTEMAS DE CRIBADO DEL DESARROLLO EN LOS SERVICIOS RELACIONADOS CON ATENCIÓN TEMPRANA

La detección precoz puede y debe llevarse a cabo en las distintas etapas (prenatal, perinatal y postnatal) a cargo de distintos profesionales (obstetras, matronas, neonatólogos, pediatras, etc.) pero dada la temática de esta tesis nos vamos a detener en la etapa postnatal, concretamente en los servicios de pediatría, de educación y el entorno familiar.

5.2.1. SERVICIO DE PEDIATRÍA

El equipo pediátrico, a través de las visitas regulares en los primeros años de vida y de los programas de control del niño sano, debería ser sin duda el principal agente de la detección temprana. Son el primer y a veces único —al menos hasta los 5 años (Rydz et al., 2005)— referente para muchos niños y familias, disfrutan una extraordinaria accesibilidad, conocen el

entorno del menor, tienen la oportunidad de hacer un seguimiento prolongado hasta la adolescencia y son una figura de respeto para la familia (Álvarez et al., 2009).

Un adecuado seguimiento evolutivo de la población infantil, en general, debería conducir a una adecuada detección de los trastornos del desarrollo, al poner en evidencia signos y desviaciones que permiten la identificación de los correspondientes trastornos en los primeros años (Grupo de Atención Temprana, 2001). Durante las visitas, el pediatra observa directamente al niño y puede recoger información proveniente de los padres a través de una entrevista abierta a sus inquietudes, obteniendo así los datos más relevantes. Con todo ello, va a poder confirmar el correcto desarrollo infantil o establecer la situación de sospecha de desviación del mismo.

El conocimiento en profundidad del desarrollo normal del niño es fundamental para poder realizar una correcta valoración de la psicopatología en edades infantiles. La importancia de adoptar una perspectiva evolutiva en el ámbito de la evaluación se debe a que la edad es una de las variables más determinantes en la significación patológica de determinadas conductas, existiendo una serie de manifestaciones que pueden ser variantes de la normalidad en una determinada edad cronológica, mientras que en otras puede indicar la existencia de una posible patología. Sobre esto, Aicardi (1992, citado en Álvarez et al., 2009) puntualiza que los pediatras han sido formados a partir de casos patológicos mientras que en la práctica profesional deben dilucidar si lo que ven es un trastorno del desarrollo o simplemente una variante benigna del mismo. Tal y como recogen los protocolos de la Asociación Española de Psiquiatría del niño y del adolescente (2008), ya desde edades tempranas, signos de ausencia o desviación de los hitos del desarrollo típico pueden ser los primeros indicios de una patología grave, por lo que un buen conocimiento por parte del clínico del desarrollo evolutivo normal, así como de sus variantes y desviaciones, será crucial para la detección precoz de patologías.

Los test de cribado de aplicación por parte del servicio de pediatría, en las visitas rutinarias, evalúan las habilidades básicas para identificar a aquellos niños que no las han desarrollado en relación a su grupo de edad

y por tanto, precisan de ser cortos (Frankenburg, Dodds, Archer, Shapiro, & Bresnick, 1992).

Retrasos en el desarrollo del habla, del lenguaje así como en el desarrollo motor fino y grueso, social y dificultades en la resolución de problemas en la infancia son marcadores para condiciones del desarrollo específicas, incluyendo trastornos del lenguaje y habla, lenguaje, necesidades educativas especiales, discapacidad cognitiva, trastornos de espectro autista, parálisis cerebral y dificultades de visión y audición (Sices, 2007 citado en Rico, 2013, p. 50).

El test de Denver (Frankenburg & Dodds, 1967) ha sido uno de los más utilizados en todo el mundo si bien, hoy en día, la propia Asociación Española de Pediatría de Atención Primaria considera que este instrumento tiene limitaciones en el cribado de trastornos del desarrollo debido a la heterogeneidad que engloba el concepto de desarrollo psicomotor y al tiempo que precisa su aplicación, corrección e interpretación (AEAAP, 2009). Sin embargo, en un estudio con ciertas limitaciones según los autores, realizado sobre la versión española del Test de Denver-II (Frankenburg et al., 1992) concluyeron que muestra validez, adecuados valores de confiabilidad intraobservador e interobservador y consistencia interna haciendo de este test una herramienta útil para usarse en la población infantil (De Andres, Rodríguez, Gueita, & Lambeck, 2015).

En nuestro Sistema Nacional de Salud, contamos con un Programa de Guías de Práctica Clínica que recomienda el uso de pruebas de cribado en el ejercicio de la atención primaria (SNS, 2009 citado en Alonso, 2014).

Limitaciones de la vigilancia del desarrollo por parte de los Servicios de Pediatría

Históricamente, la vigilancia del desarrollo por parte de los pediatras ha sido un tema ampliamente estudiado, siendo de 1964 la primera referencia encontrada. Este estudio comparó la intuición del pediatra versus una observación completa y estandarizada para problemas de conducta, con-

cluyendo que los pediatras tuvieron una sensibilidad menor del 20% (Bierman, Connor, Vaage, & Honzik, 1964 citado en Rydz et al., 2005). Desde 1987, Palfrey hizo resaltar las limitaciones existentes indicando que pese a que el 70% de las familias estaban preocupadas por aspectos de la crianza, la conducta y desarrollo de sus hijos, el 39% de estas no comunicaban al pediatra sus preocupaciones por varios motivos: no considerarlo la fuente de ayuda, pensar que estaban muy ocupados, por vergüenza o por pensar que no tenían la cualificación necesaria para ayudarles. Existen familias que enmascaran las preocupaciones psicosociales en preocupaciones físicas para conseguir la atención del pediatra (Palfrey, 1987). Años más tarde, las investigaciones de otro grupo de autores, concluyeron que cuando no se utilizan pruebas de cribado el 70% de los niños con alteraciones en el desarrollo no son detectados en la consulta de pediatría (Lavigne et al., 1993).

En la actualidad, una serie de publicaciones más recientes mantienen la alerta sobre algunas barreras existentes en el cribado, global y específico, por parte de los servicios de pediatría y deben tenerse en cuenta por las consecuencias que se derivan, y con la intención de que sean subsanadas y/o compensadas:

- En un estudio cualitativo (Fenikile, Ellerbeck, Filippi, & Daley, 2015) que se centró en explorar las barreras de los médicos de familia para adoptar las recomendaciones de la Academia Americana de Pediatría (2006) de cribado de autismo, se pudo concluir que los motivos son: la falta de tiempo, la falta de conocimiento sobre autismo, sobre las herramientas de cribado, la etiología y los tratamientos.
- En un estudio orientativo (Fortea, Escandell, & Castro, 2013), llevado a cabo en la Comunidad Canaria con familias con hijos diagnosticados con TEA, se concluyó que solo el 4% de los pediatras tuvieron las primeras sospechas. En el 79% de los casos fue la familia quien primero detectó y en un 15% los profesionales de educación. En este caso, el 65% de las familias recurrió a su pediatra, siendo esta primera consulta entre los 12 y 24 meses.
- La agenda pediátrica se organiza en base a una perspectiva biomédica en la que los temas psicosociales ocupa un 2º lugar (Olson et

al, 2004; Wisson et al, 2005; Bethell et al, 2004; Cheng et al, 1999 citado en Nunes & Ayala, 2011).

- La duración media de las consultas es de 16.1 minutos, dentro de los valores recomendados (Nunes & Ayala, 2011), sin embargo, hay constatación del escaso tiempo que disponen para cada cita (Lavigne, Binns y Christoffer, 1994 citado en Rico, 2013).
- Existen una serie de barreras en la detección y/o derivación de los problemas del desarrollo: “falta de tiempo, falta de conocimientos, falta de entrenamiento en el uso de herramientas y falta de recursos o de conocimiento de los mismos” (Sices, Feudtner, Mc Lauhlin, Drotar & Williams, 2003; Sices, Feudtner & Mc Lauhlin, 2004; Sand Silverstein & Glascoe, 2005 citados en Álvarez et al., 2009; Zwaigenbaum et al., 2015).
- La identificación de niños con retraso es inefectiva cuando se basa solo en la vigilancia rutinaria, siendo preciso el tamizado del desarrollo. La observación e intuición tienen menos sensibilidad que las pruebas de cribado ante problemas del comportamiento del niño (Rydz et al., 2005).
- Por un lado, encontramos que en Gran Bretaña, solo un 45-55% de los niños son detectados antes de comenzar la etapa escolar (LeBaron, Rodewald y Humiston, 1999; Haflon, Hochstein, Sareen et al, 2001 citado en Rico, 2013), es decir, que casi la mitad de los infantes no fueron detectados en las revisiones periódicas. La identificación de niños con retraso en su desarrollo se realiza tarde o no se realiza por parte del pediatra sino que se detectan al acceder al sistema educativo (F Glascoe & Dworkin, 1993).
- En España, existe un retraso considerable entre las primeras sospechas y el diagnóstico (Canal Bedia et al., 2006; FP Glascoe, Marks, Poon, & Macias, 2013; Palfrey, 1987; Rydz et al., 2005).
- En un entorno no familiar, como es la consulta pediátrica, es muy posible que el niño se muestre distinto, se ponga nervioso, no coopere o se distraiga y por lo tanto, no realice adecuadamente los test de cribado que se le administren (Canal Bedia et al., 2006).

- La investigación muestra que los pediatras a menudo intentan controlar el flujo de comunicación, restringir el uso de preguntas abiertas y así fallan en considerar las preocupaciones de la familia sobre el desarrollo y la conducta o aspectos importantes de la historia del paciente (Rydz et al., 2005).
- Las Academias de Pediatría Americana, y la Británica recomiendan la vigilancia del desarrollo como acción efectiva para la identificación, si bien, la investigación nos ha mostrado que la impresión clínica subjetiva no es totalmente efectiva en la observación del desarrollo. Usar solo el juicio clínico detecta menos del 30% de los niños con retraso mental, dificultades de lenguaje u otros problemas del desarrollo. Menos del 50% de aquellos con serios problemas emocionales y de conducta son detectados antes de los 5 años (F Glascoe & Dworkin, 1993).

5.2.2. SERVICIOS EDUCATIVOS

Cuando el niño asiste a la E.I., los educadores y los maestros constituyen un importante agente de detección. En esta etapa pueden apreciarse problemas en las capacidades y comportamientos básicos para el aprendizaje: habilidades motoras, de socialización, de lenguaje, atencionales y perceptivas, y limitaciones cognitivas o emocionales que antes no habían sido detectadas.

Las condiciones que se dan en la escuela de primer ciclo de Ed.I. y las interacciones que se producen en el contexto escolar, diferentes a las del medio familiar, permiten, en la mayoría de los casos, poner de manifiesto la presencia de desviaciones en el proceso evolutivo, desajustes en el desarrollo psicoafectivo del niño y/o alteraciones en su comportamiento, que por su propio carácter o por la menor gravedad del trastorno, pueden pasar inadvertidas a los padres y/o al personal sanitario y no son detectadas hasta que el niño accede al sistema educativo.

Cuando el educador infantil o maestro detecta la posible presencia de un trastorno, comunica su inquietud a la familia. A partir de los datos aportados por el medio escolar y familiar se deben establecer pautas de

observación y actuación coordinadas, así como la derivación y consultas oportunas al pediatra y al Centro de Desarrollo Infantil y Atención Temprana (CDIAT) para establecer un diagnóstico completo e iniciar una intervención terapéutica adecuada. En nuestra Comunidad Autónoma, al no disponer de este tipo de centros, las derivaciones únicamente pueden hacerse al Centro Base. En los casos en los que la naturaleza de los problemas detectados desde la escuela sean de naturaleza social: situaciones de riesgo, inadecuada atención, carencias afectivas y sospecha de maltrato infantil, la coordinación y derivación se hará a los Servicios Sociales con competencia.

Ante esta situación, el cuestionario de cribado es una herramienta útil para el personal educador que se enfrenta al desafío de trasladar a las familias sus preocupaciones sobre el desarrollo de los niños (Hickson, Altemeier, & O'Connor, 1983), sin embargo apenas existen publicaciones nacionales de protocolos de vigilancia del desarrollo desde la Escuela Infantil (0-3), de estudios o experiencias.

Las únicas referencias encontradas por nosotros a nivel nacional son:

- “Protocolo de detección precoz de las alteraciones en el desarrollo en las escuelas infantiles de la comarca de Montsiá” (Genaró, 2013). En este trabajo de Fin de Máster se hizo la detección precoz a través de señales de alarma y posteriormente se derivó al CDIAP que se ocupó de la valoración, seguimiento, derivación y toma de decisiones respecto a la intervención.
- “Programa de detección precoz nas escolas infantís. Guía de actividades” desarrollado por la Asociación Gallega de Atención Temprana. Tras su puesta en marcha, concluyó que “el personal educativo es muy efectivo en la detección de problemas en el desarrollo” (Rico, 2013, p. 43).

Generalmente, en la escuela infantil es la observación de las educadoras o maestras el criterio utilizado para la detección precoz y, en algunos casos, listados de señales de alerta (Genaró, 2013) pero pudiera no ser suficiente, máxime teniendo en cuenta la escasa formación que reciben al respecto en los correspondientes planes de estudio.

5.2.3. ENTORNO FAMILIAR

El medio familiar constituye, sin dudas, una vía importante de detección, pues en muchas ocasiones son los propios padres, o personas cercanas al niño, los que en la interacción diaria y en su contexto natural, pueden observar que existe una diferencia o desviación entre el comportamiento de su hijo y el de otros niños.

Pese a que las preocupaciones de la familia son indicadores exactos y eficientes de problemas en el desarrollo (F. P. Glascoe & Marks, 2011), de forma tradicional, no han sido tenidas en cuenta por los pediatras, que tan solo se fijan en lo que ven en la consulta, que además, al ser corta duración, no siempre dan la oportunidad de observar las conductas problemáticas (Genaró, 2013). El relato de muchas madres es “me han hecho sentir como una neurótica”, “me dicen que soy una madre primeriza que se preocupa por todo”, etc. Tal y como indica Rico (2013), escuchar a la familia, recabar información y las grabaciones pueden ser también fuentes de información de primer orden a la hora de identificar factores que influyen en la detección precoz. La información que aportan los padres sobre el desarrollo de sus hijos en un momento evolutivo preciso es relevante para determinar la necesidad de servicios de tratamiento que pudiera precisar el niño (Rainbault, Cachin, Dimala et al., 1975; Dulcan, Costello, Costello et al., 1990 citado en Rico, 2013).

La participación de las familias en este proceso es de vital importancia por varios motivos: obtención de información de distintas fuentes (principio básico en observación) para la mejor descripción del niño, importancia de que sean parte del proceso para estar más informados y tomar parte en la toma de decisiones (Canal et al., 2007). Además, el punto de vista de los cuidadores principales es muy útil para obtener información sobre las habilidades y capacidades del menor en casa. Ellos son quienes observan a los niños en su “zona de confort” y tienen la ventaja de observar indicadores del desarrollo que pueden no haber emergido en lugares menos familiares (Palfrey & Rodman, 1992 citado en Rydz et al., 2006). Otras ventajas, recogidas por Glascoe & Marks (2011): las preocupaciones son fáciles de sonsacar, requiere sólo unos minutos del profesional, eli-

mina el desafío de tratar de medir las habilidades de un niño que no se muestre colaborador, aumentan la cantidad de detecciones.

Esta participación de la familia fue cuestionada en relación a la fiabilidad de las respuestas de los padres (F. P. Glascoe & Marks, 2011) pero investigaciones más recientes indican el acuerdo consistente entre las evaluaciones de profesionales y de padres, especialmente si se les pregunta acerca del desarrollo actual y observable (Sheenan, 1988 citado en J. K. Squires, Potter, L., Bricker, D. D., & Lamorey, S., 1998).

Sobre la influencia del nivel cultural de las familias en la fiabilidad de sus respuestas existen posiciones enfrentadas. Por un lado, diversos estudios en diferentes países y culturas han mostrado que el uso de cuestionarios de autoreporte parental son altamente sensibles independientemente del nivel educacional, socioeconómico (Dale, Bates, Reznick & Morriset, 1989; Fenson, Dale, Reznock, Bates, Thal & Pethick, 1994; Saylor, Foster & Hungtington, 1991; Squires, Bricker & Potter, 1997 citado en J. K. Squires, Potter, L., Bricker, D. D., & Lamorey, S., 1998) y de la ubicación geográfica de los cuidadores (Bailey, Hebbeler, Scarborough, Spiker, & Mallik, 2004; Regalado & Halfon, 2001 citado en Schonhaut et al., 2009). Por otro lado, Wetherby, Goldstein, Cleary, Allen & Klubin (2003) consideran que es preciso ser cautos en el uso del CSBS-DP y otros cribados completados por familias de bajo nivel sociocultural por las diferencias que pueden existir en la comprensión de los enunciados.

Otro aspecto a tener en cuenta es que las familias de menor nivel educativo tienden a sobrevalorar las habilidades lingüísticas de sus hijos mientras aquellas de alto nivel formativo suelen infravalorarlas (Glascoe & Dworkin, 1995; Knobloch, Stevens, Malone, Ellison & Risemberg, 1979; Regalado & Halfon, 2001 citado en Schonhaut et al., 2009). Los progenitores con mejor nivel de estudios son más propensos a comentar sus preocupaciones sin que ser inquiridos; mientras que padres con educación limitada, para ser capaces de evaluar con éxito el desarrollo y el comportamiento de su hijo, necesitan ser correctamente preguntados por los profesionales (Fenson et al., 1993 citado en Amy M. Wetherby et al., 2003).

Actualmente contamos con cuestionarios de cribado validados, con excelentes propiedades psicométricas que se basan exclusivamente en la

información recibida por la familia como son el PEDS (Parent's evaluation of developmental Status), M-Chat (Modified Checklist for Autism in Toddlers), ASQ (Ages and Stages Questionnaires) y CSBS-DP (Communication and Symbolic Behaviour Scales-Developmental Profile).

Los cuestionarios que han sido diseñados para ser completados por padres describiendo habilidades específicas del niño son especialmente útiles (F. P. Glascoe & Marks, 2011):

- Eliminan la necesidad y esfuerzo de obtener la cooperación del niño.
- Proveen de una mayor y meticulosa muestra de la historia de los niños en comparación con medidas de obtención directas.
- Constituyen un método mucho más flexible de recogida de información.

A los que se añaden el refuerzo de la familia como parte muy importante en todo el transcurso, promoviendo su papel activo en la implementación de estrategias posteriores (Glascoe & Dworkin, 1995). También se refuerza el papel activo protagonista en todo el proceso desde la detección, evaluación e intervención y puede hacerles tomar conciencia y crear un campo común para hablar al respecto y aclarar próximos pasos (Rico, 2013).

Es destacable que el valor del uso de test de cribado para familias no es algo actual. Ya en 1983 se consideraba que les ayudaba a comprender mejor la evolución de sus hijos y les facilitaba discutir con su pediatra al respecto pues, pese a la mayor preocupación de las madres por el comportamiento y desarrollo que por las cuestiones médicas, muy pocas son las que discuten con el pediatra al respecto (Hickson, Altemar & O'Connor, 1983). Esto promovió que, autores de referencia en el tema como Squires (1998), defendieran la riqueza de disponer de varias fuentes de información, como familia y educadora, y así generar un "common ground" (terreno compartido) sobre el que discutir los puntos débiles, las similitudes y las diferencias del comportamiento en cada entorno.

Concluyendo, una mayor atención e información a los padres sería un elemento que sin duda facilitaría la detección temprana de los trastornos del desarrollo desde el ámbito sanitario y educativo.

6. PRUEBAS DEL CRIBADO DEL DESARROLLO INFANTIL

De entre todas las herramientas existentes, a continuación se presentan algunas de las pruebas de cribado más importantes con las que contamos. Tres de ellas han sido las utilizadas en la investigación llevada a cabo (cap. 4) y las demás forman parte de las herramientas de cribado recomendadas en Proyecto de Vigilancia del desarrollo en la Escuela Infantil (cap. 5).

6.1. CRIBADO GENERAL

6.1.1. AGES AND STAGES QUESTIONNAIRE (ASQ-3™) (J. SQUIRES, TWOMBLY, BRICKER, & POTTER, 2009)

Esta prueba de cribado chequea el nivel de desarrollo psicomotor de niños desde el nacimiento (2 meses) a los 5 años. Consiste en una serie de 21 cuestionarios y cada uno consta de 5 dominios, de 6 preguntas cada uno, que evalúan diferentes ámbitos del desarrollo psicomotor: comunicación, motricidad fina, motricidad gruesa, resolución de problemas y relaciones interpersonales. Cada pregunta se responde con 3 alternativas: sí (10 puntos), ocasionalmente (5 puntos) o todavía no (0 puntos). Las puntuaciones de cada dominio se suman, obteniendo un total posible de 60 puntos por área. Al final hay una sección de 7 preguntas abiertas destinadas a indagar posibles preocupaciones de los padres.

El uso de esta prueba viene sostenido por una serie de fortalezas contrastadas (Schonhaut & Armijo, 2014): estimula la participación de los padres (rol activo), supone una evaluación realista y acertada al hacerse en el ambiente del niño, en el contexto diario y a través del tiempo, despierta buena disposición de madres y padres y se puede aplicar en cualquier momento gracias a la distribución de cuestionarios para las distintas edades que incluye. Los mismos autores inciden en la consideración del nivel sociocultural y educacional de las personas que lo cumplimentan. Además, Allen (2007) concluyó que las “cuidadoras de las guarderías” son capaces de administrar con éxito el ASQ.

Ha sido adaptada y validada en Estados Unidos, Taiwán, Noruega, Holanda, Turquía, India, Irán, Brasil, Corea y Chile (Filgueiras et al., 2013). Está traducida a español (manual y cuestionarios) pero no ha sido validada en España. Es la prueba multidominio más utilizada en todo el mundo. En la tabla 5 se recogen los valores psicométricos obtenidos en distintos estudios realizados por todo el mundo.

En un estudio en Chile (Schonhaut et al., 2009) se correlacionó el ASQ-3 con el Bayley-III. Concluyeron su alta aplicabilidad para la evaluación estandarizada de niños de 8, 18 y 30 meses gracias a su alta especificidad y su valor predictivo negativo, mostrando la capacidad del cuestionario para identificar a los niños sin trastornos, debiendo derivar a aquellos con rendimiento deficitario. El estudio concluye con la recomendación de su implementación a nivel nacional para avanzar hacia los estándares de calidad mundialmente recomendadas

En Brasil, Filgueiras y col. (Filgueiras et al., 2013) llevaron a cabo un estudio en 468 escuelas públicas con un total de 45.640 cuestionarios completados de niños entre 4 y 54 meses. Las educadoras fueron quienes pasaron los test a los niños de sus correspondientes clases (30/clase) y fueron capaces de entender y completar el test (Ages & Stages Questionnaire) con un entrenamiento mínimo. Filgueiras (2013) añade que contar con las cuidadoras en lugar de los padres para completar los cuestionarios es más conveniente para la monitorización pues conocen bien los hábitos y habilidades de los niños y están entrenadas en desarrollo infantil, aspecto que podría ayudar en el proceso de cribado. Además, tienen varias oportunidades para la observación dinámica del desarrollo del niño diariamente.

En Florida (EE.UU), La Universidad del Estado de Florida, concretamente la Facultad de Medicina, tiene en marcha un proyecto de investigación longitudinal denominado FIRST WORDS PROJECT (Autism Institute, 2012). El propósito de esta iniciativa, centrada en la familia, es la identificación temprana, antes de los 24 meses, de los desórdenes de comunicación y lenguaje, trastornos del espectro autista y otros retrasos en la comunicación. Dentro de su modelo de evaluación incluye el uso del CSBS-DP (paso 1) y del ASQ (paso 2) pues proporcionan información complementaria. Este

Tabla 5. Valores psicométricos (sensibilidad y especificidad) del ASQ según distintos estudios

Autores	Lugar/Año	Población	Edad aplicación	Referencia	Criterio déficit	Sensibilidad %	Especificidad %
Squires & Bricker ⁹	USA 2009	579 niños: 44% con déficit del desarrollo	2 a 60 meses	BDI*	1 o más dominios	86	85
Skellern y cols ⁵⁸	Australia 2001	136 RNPT extremos	12, 18, 24 y 48 meses	Varios instrumentos	1 o más dominios	90	77
Rydz y cols ⁴²	Canada, 2006	101 niños de término sin factores de riesgo	18 meses	BDI*	1 o más dominios	67	39
Kim & Sung ⁵⁹	Korea, 2007	67 RNT	6 a 30 meses	Distintos instrumentos	1 o más dominios	50	78
Yu y cols ³⁶	19 países 2007	828 niños: 30% RNPT	4 a 60 meses	Distintos instrumentos	1 o más dominios	87	82
Lindsay y cols ²⁸	Australia 2008	55 niños con Encefalopatía hipóxico Isquémica	6 y 12 meses	BSID-II**	1 o más dominios	67	93
Kerstjens y cols ³⁶	Holanda 2009	562 RNT 1510 RNPT	48 meses	Necesidad de educación especial	1 o más dominios	89	80
Gollenberg y cols ⁶⁰	USA 2009	40 RNT	24 meses	BSID-II**	1 o más dominios	39	97
Juneja y cols ³⁹	India 2011	200 niños: 40% con factores de riesgo biológicos	4, 10, 18 y 24 meses	DAS III (basado en BSID**)	1 o más dominios	83	75
Limbos y cols ³²	Canada 2011	334 RNT	12 a 60 meses	Bayley-III*** y otros instrumentos	1 o más dominios 2 o más dominios	82 47	78 94
Kapci y cols ³⁸	Turquía 2011	833 niños: 28% con factores de riesgo 4% con déficit del desarrollo	4 a 60 meses	Varios instrumentos	1 o más dominios 2 o más dominios	99 94	58 86
Flamant y cols ⁴³	Francia 2011	703 RNPT	24 meses	Brunet Lezine	1 o más dominios 2 o más dominios Score total	88 60 85	57 82 72
Schonhaut y cols ⁴⁷	Chile 2013	119 RNT 187 RNPT	8, 18 y 30 meses	Bayley -III***	1 o más dominios	73	81
Halbwachs y cols ³⁰	Francia 2013	445 RNPT	60 meses	WPPSI-III****	Score total	80	54
Hornman y cols ³⁷	Holanda 2013	394 RNT 1.063 RNPT	60 meses	Necesidad de educación especial	1 o más dominios Score total	96 88	78 93
Armijo y cols ⁴⁶	Chile 2014	1896 niños: 12% RNPT 5% con déficit del desarrollo	8 y 18 meses	Criterio clínico	1 o más dominios	94	80

RNT Recién nacidos de término. RNPT recién nacidos prematuros. *BDI- Inventario de Desarrollo de Battelle. **BSID-II Escala de Bayley para el desarrollo infantil-2ª edición. ***Bayley-III Escala de Bayley para el desarrollo infantil del lactante y preescolar-3ª edición. ****WPPSI-III Escala de inteligencia de Wechsler para niños-tercera edición.

Fuente: (Schonhaut & Armijo, 2014, 16)

proyecto tiene similitudes con el propuesto en esta tesis, coincidiendo las pruebas de cribado utilizadas de forma generalizada.

6.2. CRIBADO ESPECÍFICO

6.2.1. GREENSPAN'S SOCIAL EMOTIONAL GROWTH CHART (SEGC) (GREENSPAN, 2004)

Esta prueba fue publicada por Stanley Greenspan en 2004 y actualmente forma parte, en la versión original, de la Escala Bayley del Desarrollo Infantil-tercera edición (2005). Se trata de un instrumento de evaluación, con referencia a la norma, que está compuesto por 35 ítems que se completan en un máximo de 10 minutos y es de aplicación entre los 0 y 42 meses.

Los ítems se dividen en 8 grupos de edad y coinciden con los tramos correspondientes a las capacidades emocionales funcionales. Las opciones de respuesta son: “no sé/ no responde” (0 puntos), “nunca” (1 punto), “alguna vez” (2 puntos), “la mitad del tiempo” (3 puntos), “la mayoría del tiempo” (5 puntos), “siempre” (5 puntos).

El cuestionario tiene como fin la evaluación del área socioemocional, lenguaje y cognición y puede usarse para la vigilancia del desarrollo, como cribado a los 18 y 24 meses y para guiar el trabajo sobre el desarrollo socioemocional funcional.

Está diseñado para que los padres o cuidadores lo completen de forma individual o a través de una entrevista si hubiera dificultades de lectura y/o comprensión. Dichos cuidadores deben estar familiarizados con el niño y cumplir con una serie de requisitos para poder completar la prueba: tener contacto frecuente con el niño (casi diario), que estos sean de larga duración (varias horas), recientes (al menos en el último mes) y tener la oportunidad de observar los dominios medidos en el test.

Existen grandes desafíos para evaluar el funcionamiento emocional (Greenspan & Meisels, 1996 citado en Greenspan, 2004) y algunos de estos aspectos, como la intimidad/conexión que se genera entre un padre y su niño al abrazarse o jugar, del desarrollo son mejor observados en entornos naturales y deben ser reportados por los padres u otros cuidadores.

En esta prueba no se examina unas emociones específicas o habilidades sociales sino la adquisición de las capacidades emocionales funcionales (Greenspan & Shanker, 2004; Greenspan 1997b, 1989; Greenspan, de Gangi & Wieder, 2001 citados en Greenspan, 2004) que están descritas en el siguiente capítulo. Estas se enfocan en unos amplios patrones que definen un funcionamiento emocional saludable y proveen propósito a muchos procesos mentales.

El funcionamiento de estas capacidades está influenciado por el procesamiento sensorial (la forma en que se responde a las sensaciones a través de los distintos sentidos). Así se pueden encontrar niños hiperreactivos (respuesta por encima de la intensidad del estímulo) e hiporreactivos (respuesta por debajo de la intensidad del estímulo). Por ejemplo, sentirse abrumado por ciertas sensaciones puede hacer sentir pánico al menor, lo que interferirá en la habilidad para conectar en intercambios emocionales con sus cuidadores. Por ello, el cuestionario incluye 8 ítems relacionados con el procesamiento sensorial.

Esta prueba está validada para la población norteamericana con los siguientes valores psicométricos:

Fiabilidad: promedio de 0.90 para las preguntas socioemocionales y 0.83 para los ítems de procesamiento sensorial

Para detectar TEA ofrece una sensibilidad de 0.87 y una especificidad 0.90. En la Tabla 6 se muestra la comparativa entre los valores psicométricos de esta y otras herramientas de cribado y de desarrollo.

Tabla 6. Comparativa del sensibilidad y especificada para detección de TEA

	Sensibilidad	Especificidad
SEGC (Greenspan's Social Emotional Growth Chart)	0.87	0.90
ADI (entrevista para el diagnóstico del autismo)	0.79	0.71
ADOS (escala de observación para el diagnóstico del autismo)	0.92	0.81
ASQ (Ages & Stages Questionnaire)	.70-.90	.76-.91
Battelle	.72-.93	.79-.88

CHAT Lista de verificación de autismo para niños pequeños (Checklist for Autism in Toddlers)	.38-.65	.98-1.00
CDI (Escala Macarthur de desarrollo comunicativo)	.80-1.00	.94-.96
SCQ Social Communication Questionnaire (Cuestionario de Comunicación Social)	0.85	0.75

Fuente: (Casenhiser & Breinbauer, 2007, november)

Para la corrección del test se toma como referencia la edad cronológica y los puntos conseguidos para posteriormente baremar de acuerdo al índice de puntuación que se incluye en el manual. Para niños prematuros, se obtiene la edad corregida a niños de hasta 24 meses.

El informe de resultados está diseñado para facilitar la interpretación del test a padres y cuidadores. Los resultados situarán al niño en una de estas 3 categorías:

- Dominio completo: muestra competencia o maestría en las habilidades estudiadas.
- Dominio emergente: el menos necesita práctica adicional. Si no se observan progresos precisará de una evaluación completa.
- Posibles riesgos: el niño requiere de una evaluación adicional e intervención para una total adquisición de las habilidades necesarias.

Esta prueba no está publicada en español, por ello ha sido utilizada la versión en inglés (anexo 1) y se ha creado un guión personal para la cumplimentación por parte de las familias y educadoras.

6.2.2 COMMUNICATION AND SYMBOLIC BEHAVIOR SCALES DEVELOPMENTAL PROFILE™ (CSBS-DP) (A.M WETHERBY & PRIZANT, 2002)

Publicada en 2002 por Amy Wetherby y Barry Prizant. Está diseñada para medir la comunicación temprana y las habilidades simbólicas en infantes de entre 6 y 24 meses (Allen, 2007). Sin embargo, tras investigaciones posteriores llevadas a cabo por los mismos creadores de la herramienta, se recomienda su uso a partir de los 9 meses y no antes (Wetherby et al, 2004;

Wetherby et al., 2008 citados en Zwaigenbaum et al., 2015). Se cumple por parte de la familia o cuidador principal. Incluye 3 componentes que a su vez incluyen distintas habilidades: comunicación social y emocional (contacto ocular, gestos y atención conjunta), lenguaje comprensivo y expresivo (inventario de consonantes, sílabas y palabras) y conducta simbólica (anexo 2).

El período más importante en la aparición de la comunicación y su desarrollo ocurre entre los 8 y 24 meses (Reilly et al, 2006; Tomasello, 2003 citado en Eadie et al., 2010). Las habilidades emergentes durante este período están conectadas con los logros posteriores en el lenguaje comprensivo y expresivo, incluyendo el del uso de gestos (Capone y Mc Gregor, 2004 citado en Eadie et al., 2010), las vocalizaciones tempranas, la cantidad de vocalizaciones (Mc Cathren et al, 1999 citado en Eadie et al., 2010) y el juego funcional y simbólico (Lewis et al, 2000 citado en Eadie et al., 2010). Los desórdenes de comunicación son infravalorados, impidiendo la intervención temprana a mucho niños y familias (Amy M. Wetherby et al., 2003) que podrían beneficiarse de sus servicios por lo que el uso de los precursores lingüísticos y la participación de las familias son importantes en el proceso de detección.

Este instrumento tiene una especial relevancia ya que la identificación precisa del retraso temprano de la comunicación es difícil por la falta de indicadores de retraso fiables (Nelson et al, 2006; Reilly et al, 2007 citado en Eadie et al., 2010), por las variaciones en el desarrollo y los problemas propios de la evaluación a infantes, sin embargo, necesitan ser identificados tempranamente, incluso antes del desarrollo del lenguaje (Amy M. Wetherby et al., 2003).

Los síntomas más evidentes de retraso en el desarrollo son los retardos en la comunicación (Wetherby y Prizant, 1996 citado en Amy M. Wetherby et al., 2003) y pese a esto, muchos no son diagnosticados hasta los 2-3 años pues la falta de lenguaje es el primer síntoma evidente para padres y profesionales. Es fundamental discriminar a los niños que hablan tarde pero que se ponen al día por si mismos y a aquellos en los que los problemas de lenguaje persisten (Amy M. Wetherby et al., 2003).

Esta validada para medir estos constructos por lo que puede ser utilizada en la práctica clínica para identificar los retrasos de comunicación que requieren derivación para valoración (Eadie et al., 2010).

Originalmente mostró las siguientes propiedades psicométricas en el cribado de trastornos de comunicación y lenguaje: sensibilidad de 0.76-0.88 y especificidad de 0.82-0.87 (Wetherby & Prizant, 2002 citado en Alonso, 2014). Pero se han llevado a cabo otros estudios que han ampliado estos datos.

En un estudio liderado por Pierce y colaboradores (2011), en el que contaron con una muestra de 10.497 bebés de 12 meses se encontró que el 20% de la muestra del estudio falló en este test. La valoración posterior determinó que el 20% presentaban TEA, el 55% retraso del lenguaje y del desarrollo y el 25% restante fue falso positivo. Así, concluyeron que esta prueba cribado de dificultades del desarrollo (TEA, retraso de lenguaje, retraso del desarrollo) tiene una capacidad predictiva del 75% a los 12 meses (Pierce et al., 2011).

A partir del trabajo de Osterling (2009) sobre detección precoz de autismo se obtuvieron los siguientes valores psicométricos (Tabla 7) en el valor predictivo positivo (PPV en adelante), el valor predictivo negativo (NPV en adelante), sensibilidad y especificidad:

Tabla 7. Valores psicométricos

	PPV	NPV	Sensibilidad	Especificidad
Total 8-44 meses	0.78	0.50	0.71	0.59
8-24 meses	0.84	0.63	0.91	0.45
25-44 meses	0.76	0.49	0.66	0.61

Fuente: (Oosterling et al., 2009, 902)

De este estudio es importante señalar que fue aplicado a niños de hasta 44 meses. Al grupo de entre 25 y 44 meses se les aplicó el baremo de los 24 meses de la versión americana por ser el máximo que ofrece la prueba.

Para el desarrollo del CSBS-DP los autores tuvieron presentes las siguientes investigaciones sobre los precursores del lenguaje (Amy M. Wetherby et al., 2003):

- Hacia el primer año de vida los niños no producen auténticas palabras pero pueden establecer atención conjunta, compartir emociones y comunicarse intencionalmente usando una variedad de gestos y sonidos que contienen significados compartidos con los cuidadores (Bates, O'Connell y Shore, 1987; Stern, 1985).
- La comunicación lingüística comienza cuando el vocabulario aumenta, hacia los 19 meses (Bates et al, 1987; Bloom, 1993). Los cambios más drásticos en el lenguaje se dan entre los 1 y 2 años y se ven reflejados en la transición de la comunicación prelingüística a la lingüística.
- La capacidad del niño para regular las interacciones comunicativas a través del contacto ocular, afecto, gestos, vocalizaciones es predictiva del desarrollo del lenguaje receptivo y expresivo (Calandrella y Wilcox, 2000; Mc Cathren, Yoder y Warren, 2000; Paul, 1991; Thal y Tobias, 1992; Thal, Tobias y Morrison, 1991; Wetherby, Cain, Yonclas y Walker, 1988).
- La complejidad de las vocalizaciones prelingüísticas es un fuerte predictor del desarrollo del lenguaje expresivo (McCathren, Yoder y Warren, 1999; Paul, 1991; Paul y Jennings, 1992; Stoel-Gammon, 1989; Wetherby et al, 1988; Whitehurst, Fischel, Arnold y Lonigan, 1992).
- El lenguaje receptivo y el juego son predictores del desarrollo del lenguaje expresivo pero mayores predictores del lenguaje receptivo (Lyytinen, Poikkens, Laakso, Eklund, 2001; Menyuk, Liebergott y Schultz, 1995; Tamis-Lemonda, Bornstein, Kahala-Kalman, Baimwell y Cyphres, 1998; Thal, Bates, Goodman y Jahn-Samilo, 1997).

6.2.3. MODIFIED CHECKLIST FOR AUTISM IN TODDLER (M-CHAT) (ROBINS, FEIN, BARTON, & GREEN, 2001)

Esta prueba de cribado es una adaptación del Checklist for Autism in Toddlers (CHAT) (Baron-Cohen, Allen, & Gillberg, 1992) realizada por Robins et al. en 2001 y que cuenta con una importante soporte de evidencia científica sobre su eficacia (Zwaigenbaum et al., 2015). Se puede aplicar desde los 16 a los 30 meses y evalúa, a través de la autocumplimentación por parte de los padres, síntomas positivos y negativos de los TEA en estas

edades. Su cumplimentación requiere de 5-10 minutos. Está traducida a muchos idiomas lo que supone que su validación se está llevando a cabo en distintos lugares del mundo. Existe una versión traducida y validada en la población española (anexo 3). Los ítems se dividen en seis críticos (2, 7, 9, 13, 14 y 15) y los no críticos (anexo 4). Los puntos de corte para considerar la existencia de riesgo se determinan de dos maneras: tres ítems fallados en total o fallo en dos ítems críticos.

La versión española fue publicada en 2007 por el Patronato sobre Discapacidad obteniendo los valores psicométricos mostrados en la Tabla 8.

Tabla 8. Valores psicométricos de la versión española y la versión original

	PPV	NPV	Sensibilidad	Especificidad
Robins (2001)	0.80	0.99	0.87	0.99
Versión española	0.19 (1ª fase) 0.35 (2º fase)	1	1	0.98

Fuente: (R. Canal-Bedia et al., 2011)

Ha sido la primera herramienta de detección disponible para los pediatras en España (R. Canal-Bedia et al., 2011), es de fácil uso en las consultas y viene a reforzar los conocimientos, habilidades y juicio clínico de los pediatras para la detección. El desafío actual es su implementación en el Sistema Nacional de Salud Español (R. Canal-Bedia et al., 2011). La prevalencia de autismo es lo bastante alta y sus efectos tan graves para toda la comunidad y sistemas gubernamentales como para justificar el cribado universal (Klin et al., 2015). Mientras el campo de la neurociencia del desarrollo avanza para concretar marcadores biológicos las herramientas con las que contamos se basan en el análisis de la conducta.

La eficacia de esta prueba puede ser mayor si pediatras y enfermeras no sólo la distribuyen durante la visita sino que confirman los ítems fallados a través de una llamada telefónica a modo de re-evaluación llevada a cabo por un psicólogo con entrenamiento en desarrollo infantil (R. Canal-Bedia et al., 2011), es decir, debe usarse en combinación con una entrevista para descartar falsos positivos y evitar preocupaciones innecesarias a las familias (Fortea et al., 2013)

A nivel de la Comunidad Autónoma de Canarias, concretamente en la provincia de Las Palmas contamos con un estudio sobre el uso del M-Chat por parte del servicio de pediatría, en las revisiones de los 18 y 30 meses del Programa del Niño Sano, llevado a cabo en 2013 (Fortea et al., 2013)

6.2.4. PERFIL SENSORIAL PARA BEBÉS Y NIÑOS PEQUEÑOS (DUNN, 2002)

El perfil sensorial del niño consta de 36 ítems para niños recién nacidos hasta los 6 meses y 48 para niños de 7 a 36 meses. El cuestionario para la familia contiene ítems divididos en los distintos sistemas sensoriales.

Las puntuaciones de Perfil Sensorial indican las respuestas del niño a los sistemas sensoriales básicos. Seis de ellos (procesamiento general, auditivo, visual, táctil, vestibular, y oral) son abordados salvo en el cuestionario dirigido a los 7-36 meses en el que solo cinco sistemas de procesamiento sensorial (auditivo, visual, táctil, vestibular y oral) tienen puntuación.

Ciertos patrones de rendimiento en el Perfil Sensorial son indicativos de dificultades de procesamiento. En estos casos, es preciso que los profesionales hagan un seguimiento. Los terapeutas ocupacionales tienen experiencia en el procesamiento sensorial como parte de su preparación profesional. Otros profesionales pueden adquirir esta experiencia a través de la educación post-profesional.

Esta prueba está disponible en español aunque no está validada para nuestra población y tiene un coste medio.

6.2.5. AGES AND STAGES QUESTIONNAIRE SOCIAL- EMOTIONAL- 2 (ASQ:SE-2) (J. Squires, Bricker, & Twombly 2015)

La identificación temprana de los problemas socio-emocionales es crucial, ya que existen muchos niños en contacto con factores de riesgo para la depresión, la ansiedad y la conducta antisocial. Esta es una herramienta altamente fiable, cumplimentada por los padres y con un profundo enfoque exclusivo en el desarrollo social y emocional de los niños que permite detectar rápidamente los comportamientos de preocupación e identificar cualquier necesidad de más evaluación o seguimiento.

Este cuestionario, de bajo coste, está disponible en español y no está validado para la población española.

7. CONCLUSIONES

El objetivo que nos debemos marcar todos los agentes que estamos implicados en el desarrollo infantil debe ser que ningún niño en riesgo de tener problemas del desarrollo quede sin detectar, valorar y recibir, si es preciso, tratamiento especializado. Esto es algo más que un deber, es un derecho de la infancia que viene descrito, tal y como se recoge en el capítulo 1, desde la legislación internacional y nacional. Cuando se consiga, se generará un gran impacto positivo en su evolución, en la calidad de vida de todo su núcleo familiar y por ende, en toda la sociedad.

Para ello, la A.T. ha encontrado en los sistemas de cribado un gran aliado para llevar adelante esta importante tarea, requiriéndose por tanto, el conocimiento, estudio y uso de dichas herramientas por parte de todos los agentes y contextos. Tradicionalmente su aplicación ha estado ligada a los servicios de salud, pero ha quedado confirmada la idoneidad de su aplicación en la Escuela (0-3) para colaborar con los servicios de Atención Primaria.

Por estos motivos, podemos concluir que la población infantil escolarizada en el primer ciclo de Ed.I. (en el curso 2012-2013, más del 50% de la población de 2 años según el Instituto Nacional de Estadística) podría beneficiarse enormemente de que la vigilancia del desarrollo llevada a cabo los servicios de pediatría sea una tarea compartida y complementada por la escuela infantil. Consideramos que estos centros deben tomar un rol más activo y protocolizado en la detección precoz de retrasos y trastornos del desarrollo y de otras necesidades de base psico-social, debiendo incluir la participación activa de las familias y la colaboración y comunicación permanentes con los servicios de Atención Primaria.

CAPÍTULO 3

Desarrollo socioemocional desde el Modelo DIR®



En este capítulo se exponen los principales elementos del marco teórico del Modelo DIR® que aportan una visión revolucionaria sobre el desarrollo infantil y enfatiza el área socioemocional funcional.

1. INTRODUCCIÓN Y ORIGEN

En la actualidad, si hay un modelo teórico que haya entendido y reformulado el desarrollo humano y en concreto el infantil es el Modelo DIR® (Desarrollo-Individualidad-Relaciones). Este marco surge, a principios de los años noventa, a partir de los planteamientos innovadores del psiquiatra infantil norteamericano Stanley Greenspan, quien unos años más tarde continuó este trabajo junto a la Dra. Weider (psicóloga). Así, este modelo bio-psico-social ha revolucionado el concepto de desarrollo sintetizando e integrando varios marcos teóricos (Wieder & Wachs, 2012).

Las ideas de estos dos especialistas en desarrollo y salud mental giraban en torno a la necesidad de llevar a cabo un cambio de paradigma y generar un marco de referencia para la valoración e intervención en niños con necesidades especiales, ante la situación existente en aquel momento:

1. El desarrollo evolutivo se estudia en áreas diferenciadas (cognitiva, motora fina y gruesa, lenguaje y socio-emocional) que en última instancia se consideran entrecruzadas (Breinbauer, 2006).
2. El papel protagonista del diagnóstico, basado en el DSM, a la hora de plantear un plan terapéutico.

3. La intervención está dirigida principalmente al desarrollo de habilidades cognitivas, de lenguaje y, solo en caso de observarse dificultades, también de destrezas motoras.

A partir de estas circunstancias, los autores tomaron como referencia la investigación científica vigente en esos momentos y las aportaciones de otros maestros del momento como: Jean Ayres, M. Levine, J. Piaget, B.F. Skinner, Ivar Loovas, L Vigotsky, Emily Fenoche, Selma Freiberg.

Algunas de estas referencias y sus temáticas, están recogidas en el Clinical Practice Guidelines (Guía de Práctica Clínica) (ICDL, 2000) y se concretan en la Tabla 9.

Tabla 9. Referencias bibliográficas consideradas para la creación del marco teórico del Modelo DIR®

Referencias	Temática
(Goldstein & Hockenberger, 1991; Law, 1997; McLean & Cripe, 1998; Wetherby & Prizant, 1993, 1995)	Intervención en las distintas áreas del desarrollo implicadas en los desórdenes: lenguaje y habla
Blackman & Goldstein, 1982 Case-Smith & Bryan, 1999 Chez, Gordon, Ghilardi, & Sainburg, 1995 Lincoln, Courchesne, Harms, & Allen, 1995 Williamson & Anzalone, 1997 Wachs, 2002 (Chapter 20) Feuerstein, 2002 (Chapter 22)	Intervención en las distintas áreas del desarrollo implicadas en los siguientes desórdenes: sistema motor y sistemas sensoriales, incluyendo el procesamiento visoespacial
Greenspan, 1992 Tanguay, Robertson & Derrick, 1998	Intervención en las Capacidades Emocionales Funcionales del Desarrollo (CEFd)
Mundy, Sigman & Kasari, 1990	Atención e interacción preverbal/gestual para la resolución de problemas
Dawson & Galpert, 1990 Lewt & Dawson, 1992; Tanguay, 1999	Interacciones afectivas recíprocas

Baron Cohen (teoría de la mente) 1994	Distintos niveles de funcionamiento simbólico en distintas áreas: afectivo, interpersonal, cognitivo, lenguaje y el uso pragmático de la comunicación presimbólica y simbólica.
Wetherby & Prizant, 1993	
Greenspan, 1992	Organización clínica de las áreas del desarrollo funcional en las seis capacidades emocionales funcionales (CEF) y soporte bibliográfico
Greenspan & Lourie, 1981 Estudio sobre 200 casos de niños con TEA. Greenspan & Wieder, 1997 (tabla de resultados en texto original)	
Mc Collum & Hemmeter, 1998	Interacciones y trabajo con la familia.
Krauss, 1998	
Turnbull & Turnbull, 1982	
Loovas, 1897	Intervención intensiva
McEachin, Smith & Loovas, 1993	Estudios sobre el factor de intensidad (la cantidad de horas de intervención semanales 30-40h) y su relación con el IQ.
Scheinkopf & Siegel 1998	
Rogers & DiLalla, 1991	Definición de los ingredientes activos de un enfoque intensivo.
Ven, Wolery & Graco, 1996	
Zelazo, 1997	
Dawson Osterling, 1997	Definición de intensidad desde DIR: no sólo definida por el número de horas empleadas en la instrucción sino por la cantidad de tiempo que se dedica cada día a ayudar a los niños a incorporar sus destrezas hacia experiencias más espontáneas e interacciones.
Powers, 1992	
Hoyson, Jamison & Strain, 1984	La interacciones con iguales, 1-1, en pequeños grupos (una vez que el niño se muestra disponible para la interacción social)
Strain & Cordisco, 1994	

Fuente: Elaboración propia a partir de ICDL (2000, 15-19)

2. BASES

El Modelo DIR® se asienta sólidamente sobre las siguientes cinco bases teóricas procedentes de diversos campos de estudio como son la medicina (psiquiatría, pediatría, neurología), la psicología, la pedagogía y la sociología entre otras que sostienen tanto el proceso de valoración como el de intervención en los distintos contextos (escuela, hogar y terapias).

2.1. PERFIL ÚNICO

La información que puede darnos la inclusión dentro de una categoría u otra de cualquier manual diagnóstico (DSM o CIE) puede ayudar a hacernos una idea sobre la presencia de síntomas, pero no informa de todos los procesos que hacen único a cada individuo. El conocimiento de dichos procesos es fundamental para plantear un plan terapéutico ajustado y siguiendo a Berney (2000) deben considerarse las fortalezas y las debilidades en cada uno de ellos. Un abordaje desde el Modelo DIR® incluye: el nivel de desarrollo de las capacidades emocionales funcionales, las diferencias individuales (regulación y procesamiento sensorial, desarrollo del lenguaje funcional y aspectos biomédicos, etc.) y las relaciones familiares.

2.2. ACTUACIÓN DEL AFECTO EN EL DESARROLLO INFANTIL

A diferencia de lo que pensaba Piaget, para quien lo cognitivo impulsaba el resto de áreas, el afecto (emoción o deseo, especialmente cuando influencia el comportamiento o la acción), o lo que se denomina área social-emocional, pasa a ser, para Greenspan, la principal área de desarrollo por tener la capacidad de organizar e impulsar el resto de los ámbitos (Breinbauer, 2006).

Debido al rol fundamental del afecto en la promoción del desarrollo infantil, conocer el estilo de interacción de la familia y su participación en el plan de trabajo son elementos indispensables para la intervención (ICDL, 2000).

2.3. CAPACIDADES EMOCIONALES FUNCIONALES DEL DESARROLLO

La integración de todas las áreas, orquestada por el afecto, va a permitir a la persona actuar de manera funcional en su entorno, es decir, interactuar con propósito con las personas cercanas para transmitir sus necesidades, su afecto, deseos, ideas, emociones, pensamientos, etc. Todo este proceso viene descrito en las denominadas “capacidades emocionales funcionales del desarrollo” (CEFD a partir de ahora) definidas por Greenspan y Wieder (Breinbauer, 2006). Existen 6 capacidades básicas y 3 superiores pero además, Greenspan llegó a esbozar hasta la capacidad 16 (Greenspan & Shanker, 2006). El desarrollo infantil temprano (0-3 años) abarcaría las seis primeras capacidades que están explicadas más adelante.

2.4. EQUIPO INTERDISCIPLINAR

El marco teórico del Modelo DIR® defiende la necesidad de contar con equipos interdisciplinarios, lo que supone la colaboración entre diferentes disciplinas tradicionales. Este intercambio de conocimientos permitirá una intervención más global y lo más ajustada posible a las necesidades de cada niño y su familia (ICDL, 2000).

2.5. PROTAGONISMO FAMILIAR

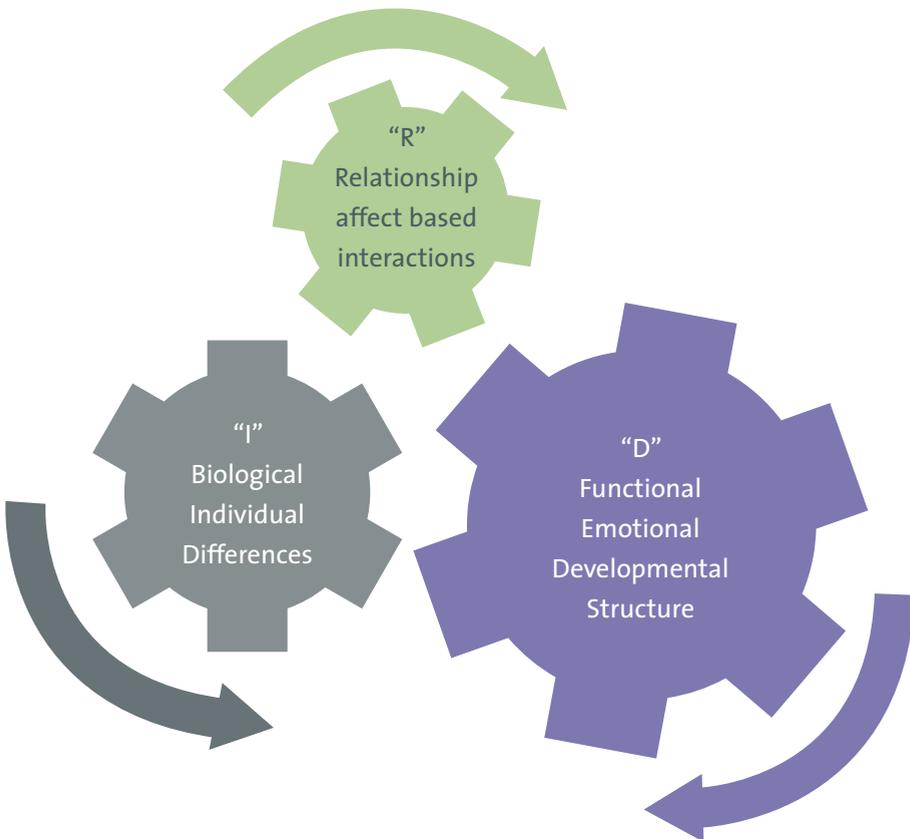
Desde este modelo se otorga a las familias el protagonismo que merecen, pues son ellas quienes mejor conocen a sus hijos y van a poder llevar a cabo una intervención intensiva a partir de las consignas acordadas con el equipo de profesionales (Greenspan & Wieder, 2006).

3. ELEMENTOS DIR®

Atendiendo a las siglas del Modelo nos encontramos con la “D”, que hace alusión al Desarrollo de las Capacidades Emocionales Funcionales, la “I” que incluye todos aquellos aspectos que conforman la Individualidad de cada ser y la “R”, que abarca las Relaciones y tipos de interacción que se

tienen con las personas del entorno. Estos 3 elementos se interrelacionan de forma dinámica (Figura 3) influyendo uno sobre el otro constantemente y en la consideración de la persona como una globalidad, estos elementos son inseparables. Además, la consideración simultánea de todos ellos nos permite tener una imagen muy amplia del desarrollo y de los factores influyentes y, por tanto, sienta las bases para el diseño de una ajustada intervención.

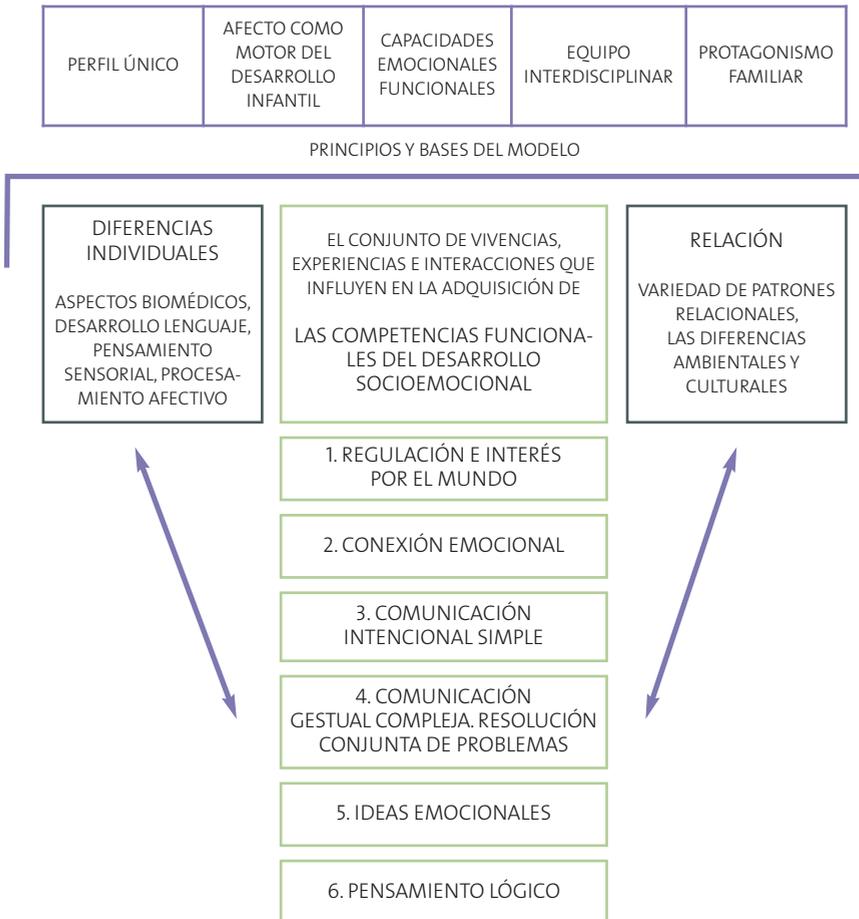
Figura 3. Modelo DIR®: un sistema dinámico del desarrollo



Fuente: a partir de Wieder and Wachs (2012, 8)

En la Figura 4 que se muestra a continuación, se ven recogidas las bases del Modelo previamente mencionadas y los distintos elementos que lo conforman.

Figura 4. Elementos del Modelo DIR®



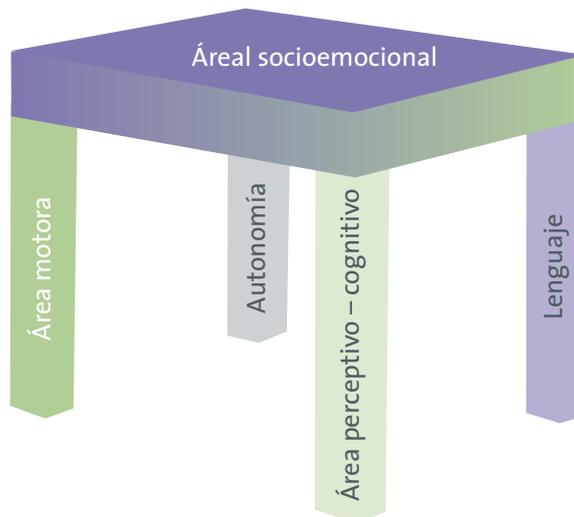
Fuente: Casals-Hierro & Abelenda (2012). Adaptación de la figura de ICDL Greenspan, De Gangi, Wieder, 2001)

3.1. DESARROLLO SOCIOEMOCIONAL FUNCIONAL DESDE EL MODELO DIR®

3.1.1. INTRODUCCIÓN

La forma de entender el desarrollo desde el Modelo DIR® permitió a Greenspan y Wieder desarrollar un mapa de ruta que ilumina el progresivo desarrollo del “equipo mental” del ser humano: lenguaje, cognición, afecto y emociones (Wieder & Wachs, 2012 pág. 8). Las capacidades o niveles que ahora se van a describir se consideran necesarias para que el niño pueda actuar de forma adaptada al entorno y están formadas por distintas habilidades relacionadas con la interacción, la comunicación y el pensamiento. Todas ellas priorizan los elementos socioemocionales del desarrollo e incorporan hitos del resto de áreas (Greenspan & Wieder, 2006) tal y como se recoge en la Figura 5.

Figura 5. El desarrollo emocional y la conexión entre las áreas del desarrollo



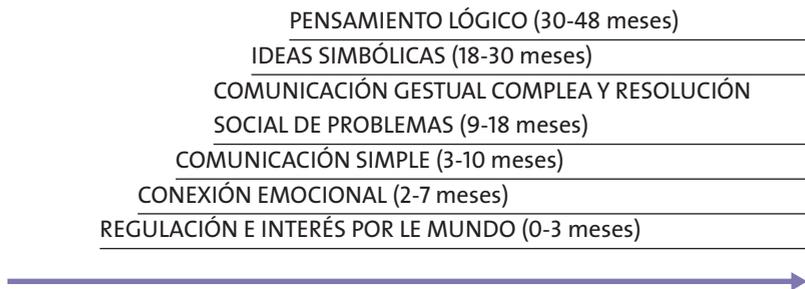
Fuente: Elaboración propia

Al referirse a emocionales alude a: 1) sentimientos que el niño tiene en cada nivel, 2) la forma en que las emociones modifican el significado y entendimiento de las experiencias a través de las claves afectivas transmitidas mediante de expresiones faciales, tono de voz, ritmo de gestos y palabras. Por funcionales se refieren a la comprensión, por parte del niño, de las experiencias sensoriales y motoras mientras funciona emocional y cognitivamente en la vida real (Greenspan, DeGangi, & Wieder, 2001).

En el desarrollo típico, estas CEFD se inician en la primera infancia y se mantienen y expanden a lo largo de la vida. Se caracterizan por ser consecutivas y acumulativas, es decir, una sigue a la otra pero de tal manera que las superiores comienzan una vez la anterior está suficientemente presente, sirviendo de base para la siguiente etapa. Por tanto, las primeras capacidades (regulación y conexión) servirán de base para las posteriores (comunicación y pensamiento).

Este proceso evolutivo, representado en la figura 6, y que sigue un patrón acumulativo y consecutivo es propio del desarrollo típico; pero en los casos en los que existen dificultades, este esquema no siempre se va a dar de la misma manera. Así, nos podemos encontrar una base débil que no sostiene suficientemente las capacidades más complejas o habilidades aisladas en lugar de interconectadas unas con las otras.

Figura 6. Desarrollo socioemocional funcional: etapas acumulativas y consecutivas



Fuente: Cordero & Breinbauer, 2006

El entendimiento de estas capacidades nos va a permitir identificar las razones subyacentes en una situación de retraso en el desarrollo o de síntomas de salud mental (Greenspan & Wieder, 2006). La detección precoz de estas circunstancias relativas al desarrollo socio-emocional es clave para comenzar a proveer de las experiencias necesarias para mejorar la competencia en este área.

Además de Greenspan y Wieder, podemos encontrar otros autores que siguen una línea similar a la forma de entender el desarrollo humano propuesta desde el Modelo DIR®. Una figura a destacar es la del psiquiatra Daniel Siegel cuyos conocimientos y aportaciones nos permiten ampliar y expandir el entendimiento y dimensión de cada una de las CEFD que ahora van a ser especificadas y, por tanto, también están recogidas a continuación:

3.1.2. CAPACIDADES O ETAPAS EMOCIONALES FUNCIONALES DEL DESARROLLO

CEFD 1: Regulación e interés por el mundo

Es la capacidad que adquieren los bebés para mantener un estado de alerta que les permita interactuar, jugar y aprender, y mostrar un interés tanto por los objetos como por las personas. Es decir, el bebé va a poder gestionar la gran cantidad de estímulos que recibe de su entorno pudiendo seleccionar entre unos y otros. Tomando como referencia los estados de conciencia del bebé descritos en la Escala de Evaluación Comportamental del Recién Nacido (Brazelton, Freedman, & Horowitz, 1973), correspondería al estado de “alerta calma”. Su adquisición tiene su momento clave entre los cero y los tres meses, continuando su desarrollo a lo largo de toda la vida.

Un bebé recién nacido tiene ante sí dos grandes retos, por un lado autorregularse, es decir, estar tranquilo ante el emocionante mundo al que acabar de llegar, y por el otro, interesarse por todo lo que le rodea, es decir, lo que oye, huele, toca, saborea y las sensaciones vestibulares y propioceptivas. Estas dos capacidades van de la mano, retroalimentándose la una a la otra: el bebé que está tranquilo será capaz de prestar atención a

sus sentidos para captar el mundo exterior y viceversa, el bebé podrá calmarse y estar sereno cuando use adecuadamente los sentidos. Situaciones de llanto y desespero pueden ser una verdadera oportunidad de comunicación por parte del pequeño, solicitando ser alimentado, mostrando que tiene sueño o que tiene alguna molestia. La capacidad para captar sensaciones a través de los sentidos es definitiva para la vivencia de una amplia gama de experiencias emocionales.

El interés por el mundo en general sienta una base que despierta un especial interés por las relaciones humanas, el interés inicial le conducirá a interesarse por los demás y a formar esas primeras relaciones que constituirán la base de todo su futuro aprendizaje emocional (Greenspan & Thorndike, 1997, p. 34).

Esta regulación es crítica para la adaptación exitosa al ambiente, la modulación de los ciclos de sueño y vigilia, la habilidad de calmarse y la regulación de la atención. Se desarrolla gracias a la corregulación (conjunto de acciones que el adulto lleva a cabo para ayudar a la persona a conseguir o mantener un estado de alerta calma) con el adulto, que es a su vez precursora de la referencia social y la comunicación no verbal (Greenspan et al., 2001; Greenspan & Thorndike, 1997; ICDL, 2000).

Para comprobar que esta etapa está adquirida Greenspan y Thorndike (1997, p. 35) plantean las siguientes cuestiones:

- ¿Durante cuánto tiempo parece estar tranquilo?
- ¿Duerme pacíficamente, de forma relajada, durante unas cuantas horas seguidas?
- ¿Te mira a la cara, atiende a tus palabras o se anima cuando se le habla?
- ¿Se van alargando los momentos en que fija la atención a medida que se acerca a los dos meses?

En base a esta fase del desarrollo podemos encontrar, siguiendo a Greenspan y Thorndike (1997) diferentes tipos de bebés, cada uno con sus características sensoriales:

- El bebé sobreexcitado: es aquel que permanece demasiado tiempo irascible, arquea frecuentemente la espalda, tensa sus músculos, chillar muy a menudo, parece querer alejarse y los intentos por consolarle suelen incrementar su angustia.
- El bebé hipoexcitable: es aquel que parece tranquilo y equilibrado pero que le cuesta interesarse por el mundo que le rodea. Suele tener tono muscular bajo, no responde a las palabras de los padres, ni se acomoda a ser cambiado de posición.

El conocimiento de estas características sensoriales (Tabla 10), que forman parte de la individualidad, es imprescindible a la hora de adoptar un estilo de crianza e interacción que promueva la regulación y el acople sensorial, de manera que se facilite el vínculo de apego con la madre en las primeras semanas de vida y la posterior conexión con otras personas del entorno.

Tabla 10. Observando al bebé hiperexcitable y al hipoexcitable

OBSERVANDO AL BEBÉ...	EL BEBÉ HIPEREXCITABLE	EL BEBÉ HIPOEXCITABLE
AUDICIÓN	Voz normal vivida como desagradable. Muestras de querer alejarse de la fuente de sonido, llantos.	No mira hacia la fuente de sonido, ni mueve sus extremidades como respuesta a éste.
VISIÓN	Puede irritarse por la luz normal de una habitación. Posible llanto al hacerle caras divertidas.	Puede ignorar lo que está viendo y no reaccionar, no prestar atención a la cara de la madre.
TACTO	Pueden vivir el ser acariciados como una agresión.	No reacciona a las caricias.
MOVIMIENTO	Angustia cuando son movidos demasiado rápido.	No reacciona al movimiento.
POSICIONAMIENTO	Prefieren la posición horizontal al ser menos estimulante que la vertical.	No muestra reacción a ser cambiado de posición.
CONTROL MUSCULAR	No les agrada que se le muevan las manos o los pies.	

Fuente: Elaboración propia a partir de Greenspan and Thorndike (1997, 35-40)

Recordando el carácter acumulativo y consecutivo, esta y las próximas capacidades del desarrollo seguirán desarrollándose a lo largo de la vida y serán necesarias para actuar funcionalmente en el entorno.

CEFD 2: Conexión emocional

Gracias al desarrollo de la capacidad previa, el bebé, entre los dos y nueve meses, va a ser capaz de establecer y disfrutar de relaciones cercanas e íntimas a través de los sentidos (miradas, abrazos, canciones y bailes juntos) siendo este enamoramiento la 1ª lección sobre las relaciones y sobre ser un ser social (Greenspan & Thorndike, 1997). Esta conexión emocional naciente sienta las bases para futuros patrones de apego.

Su capacidad de atención ya se dirige hacia su cuidador y viceversa (atención mutua) comenzando a detectar y discriminar patrones en las voces, estados emocionales y expresiones faciales de sus cuidadores (Wieder & Wachs, 2012). Según pasan los días los bebés adquieren la capacidad de interesarse por las personas que les cuidan, aunque desde el primer día distinguen a sus cuidadores principales. Es entre el segundo y quinto mes cuando son capaces de manifestar sus preferencias. Poco a poco irán reconociendo patrones y organizarán la percepción en torno a categorías significativas. Este reconocimiento demuestra como las emociones ordenan el intelecto, creando un entendimiento de qué significan y por qué aparecen las señales y las emociones (Greenspan & Wieder, 2006). El conjunto de experiencias van a permitir al niño desarrollar la conciencia del mundo que le rodea, de su cuerpo en el espacio y en el reconocimiento de personas y objetos (Wieder & Wachs, 2012).

Los sentidos, además, siguen involucrados y atentos para construir y mantener la anticipación.

Este compartir de emociones es el fundamento de todas las relaciones y la comunicación generada la piedra angular que sustenta la construcciones de unas relaciones sólidas (Siegel & Hartzell, 2012,p.89). La sintonía con los estados internos de otras personas creará un estado de resonancia emocional que posibilita que cada cual se sienta sentido por el otro y esto hace

que nos sintamos unidos (Siegel & Hartzell, 2012,p.94) favoreniendose así la conexión. Este proceso tiene lugar gracias a la influencia de las neuronas en espejo, descubiertas por Giacomo Rizzolatti en 1996, que permiten a nuestra mente recrear dentro de sí misma el estado mental de las otras personas (Siegel & Hartzell, 2012,p.100).

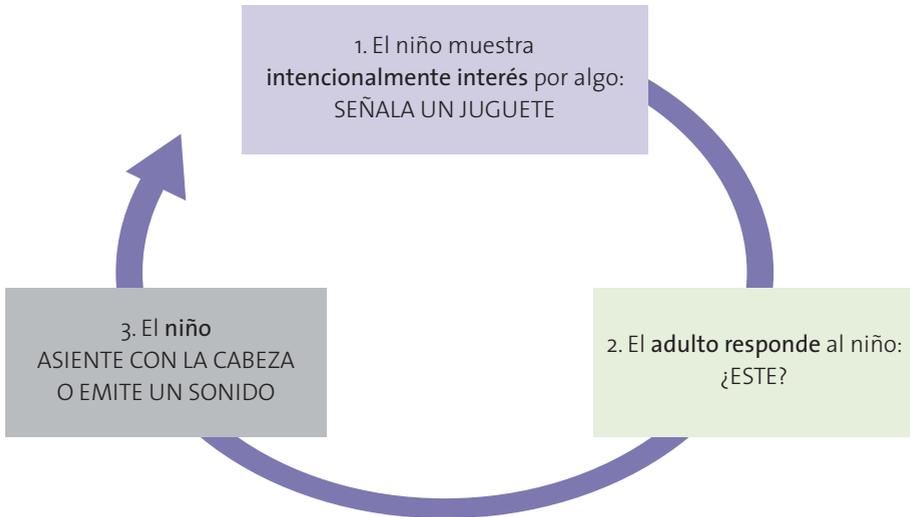
Esta habilidad es propia de las primeras etapas de la vida y va a estar muy influenciada, al igual que la anterior, por las diferencias individuales del sujeto y por el estilo de interacción de sus cuidadores.

CEFD 3: Comunicación simple de ida y vuelta

En este momento evolutivo, entre los tres y diez meses, las emociones se transforman ya en señales que pueden ser comunicadas, permitiendo a padres y niños leer y responder a cada una de estas señales emocionales. Mientras que el placer compartido y curiosidad son el sello de esta etapa, otras emociones (miedo, estrés, enfado y frustración) también conducen al establecimiento de interacciones encadenadas de ida y vuelta, denominadas círculos de comunicación (proceso de comunicación entre 2 interlocutores que consta de 3 partes: apertura, extensión y cierre) y cuyo esquema observamos en la Figura 7. El hecho de poder comunicar con claridad las necesidades va a ayudar al bebé a sentir menos frustración y llorar menos; en caso contrario se desplegarían situaciones de impulsividad y agresividad. El dominio de esta etapa evitará que el bebé se comporte de forma repetitiva pues tendrá a su alcance recursos para interactuar de forma fluida (Siegel & Hartzell, 2012).

El hecho de estar regulado y en relación con sus cuidadores va a permitir al niño comunicar con propósito sus deseos e intenciones mediante expresiones faciales, sonidos y movimientos de su cuerpo. Constituye el primer sentido de la causalidad y tiene un rol crítico en el desarrollo cognitivo.

Figura 7. Esquema de círculo de comunicación



Fuente: Cordero and Breinbauer (2006)

Cuando este flujo de interacciones gestuales y las emociones recíprocas se ponen en marcha el bebé comienza a actuar con propósito ahora que ha madurado y es más consciente de su cuerpo y de las funciones que puede llevar a cabo. Según gana control motor sobre su cuerpo e intención será más eficaz en la comunicación de sus deseos. Con la aparición de la habilidad de buscar, sentarse, girar, gatear, reptar, coger y soltar objetos el bebé aumentará la conciencia sobre el mundo interpersonal y sobre su propio cuerpo en el espacio y en relación a los demás. Así, los niños con problemas motores pueden parecer más pasivos, absortos, desorganizados, no atentos y no pueden conectar en el “ida-y-vuelta” (Wieder & Wachs, 2012). Cuando este esquema de interacción está conseguido toma la estructura mostrada en la Figura 8.

“La capacidad de padres e hijos para mantener un intercambio recíproco de señales es un elemento común a todas las relaciones sanas de apego” (Siegel & Hartzell, 2012, p. 121). Así, “la comunicación contingente aporta sentido de conexión y permite expandir nuestra mente para asumir el punto de vista del otro pero también para ver nuestro propio punto de vista reflejado en los demás” (Siegel & Hartzell, 2012, p. 122).

Este comienzo del sentido de causalidad también marca el inicio de la realidad que va a estar basada en el comienzo del entendimiento de que sus propias acciones y las de los otros son intencionales, es decir, es el principio del sentido del yo y del “no yo” (Siegel & Hartzell, 2012).

Tomando la referencia de la obra de Siegel y Harztzell (2012), se extraen otros fragmentos literales que unificados nos hacen llegar a la siguiente conclusión: “la comunicación interpersonal contingente y cooperativa determina las estructuras neuronales que sirven de fundamento a nuestro sentido del yo” (p. 124). “La repetición de esta pauta de comunicación contingente nos ayuda a desarrollar un yo autobiográfico y coherente, capaz de conectar el pasado con el presente y de anticiparse al futuro” (p. 125). “El conocimiento de uno mismo es, en parte, un proceso co-constructivo, puesto que los niños aprenden muchas cosas acerca de sí mismos gracias a la comunicación y las conexiones que establecen con sus padres y otras personas” (p. 126). “Ante un sentido incoherente del yo por comunicación no contingente se producirá el aislamiento; el mundo exterior no le proporcionará la seguridad que tanto anhela y, en consecuencia, construirá su sentido del yo sobre la base de esta comunicación inconexa” (p. 127). “Cuando las señales verbales (hemisferio izquierdo) y no verbales (hemisferio derecho) emitidas por la persona son congruentes entre sí, entonces la comunicación tiene sentido” (p. 132). “Cualquier discordancia entre el contenido verbal y no verbal resulta muy desorientadora para el niño que intenta abrirse paso entre la confusión y la incoherencia” (p. 132).

CEFD 4: Comunicación gestual compleja y resolución social de problemas

Es la habilidad que, entre los nueve y los dieciocho meses, el niño desarrolla para comunicar más ampliamente (en secuencias más complejas y

largas de gestos y primeras palabras) sus necesidades y deseos. Además, la utilizará para resolver problemas de forma conjunta o social, es decir, usando interacciones sociales sin interrumpir el flujo comunicativo (Greenspan & Wieder, 2008). En esta etapa las emociones son pura fuerza. Mucho antes de que use las palabras el niño discriminará patrones emocionales, basándose en lo que ve y lo que oye, para saber si está a salvo, aprobado o aceptado. También aprende a predecir el comportamiento de otros y a ajustar el suyo y comienza a negociar múltiples relaciones a la vez, que es la base de la habilidad de participar en grupos, comenzando con la familia. La creciente habilidad de reconocer patrones en todas las cosas permite comprender cómo funciona el mundo (Wieder & Wachs, 2012). Todo ello permitirá una comunicación fluida en relación a una misma idea, temática o problema.

La resolución de problemas supone la secuenciación de varias acciones que buscan la consecución de un resultado concreto y será la base para el desarrollo de la inteligencia. A través del reconocimiento de patrones y de su combinación, aún antes de poder hablar, los niños podrán resolver pequeños conflictos tales como coger un juguete que no está a su alcance. Gracias al contacto con lo demás se aprende el significado de multitud de patrones conductuales. Tal y como explican Greenspan y Wieder (2008) la regulación del estado de ánimo se conseguirá a través de las señales emocionales o la negociación con los padres, lo que implica que deberán haber numerosos intercambios emocionales para expresar cómo se sienten en ese momento. Además, este intercambio fomentará que se siga desarrollando el yo diferenciado de los demás, con sus propios deseos, sentimientos, respuestas de los padres, etc. La privación de este intercambio puede hacer que los niños se vuelvan solitarios o que se vean desbordados por sus emociones. La habilidad de las figuras de referencia para descifrar y responder adecuadamente a las señales emocionales de los más pequeños marcará la diferencia en la adquisición exitosa de esta fase del desarrollo y podrá prevenir reacciones de rabia, frustración que desencadenen rabietas explosivas y desafíos opositoristas. En el caso que el padre o la madre estén demasiado ansiosos, depresivos o absortos como para reconocer los sentimientos o necesidades del niño, éste recibirá una

respuesta poco ajustada y se perderá la oportunidad para volver a practicar la resolución social del problema y construir así competencia y confianza (Wieder & Wachs, 2012).

Los patrones de reconocimiento aprendidos a través de las interacciones sociales conducen a la resolución de problemas en el mundo físico y es crucial para aumentar las expectativas de que el niño haga más por sí mismo. A menudo la resolución de problemas comienza cuando el niño mira, imita y después ejecuta secuencias y disposiciones espaciales.

Siguiendo los aportes de Wieder y Wachs (2012) cuando hay desafíos y lo visual no está conectado con el cuerpo les será difícil imitar y secuenciar. Esto puede provocar mucha frustración al no saber cómo poner la información junta para usarla. El deseo y las emociones serán las que hagan que el niño persista en resolver estos problemas. Lo más importante es conectar con las emociones del niño pues forjan conexiones entre las partes del cerebro que necesitan ser activadas.

Es necesaria gran cantidad de experiencias para desarrollar el conocimiento visoespacial y sensoriomotor que le dirán al niño dónde están las cosas, cómo encontrarlas, qué hacer con ellas y qué ocurrirá.

CEFD 5: Ideas emocionales

Es la capacidad de representar ideas y emociones y expresarlas a través del juego simbólico y del lenguaje, que el niño adquiere a partir de los dieciocho meses. La habilidad de manipular ideas le permite resolver problemas mentalmente y esta representación simbólica es indispensable para llegar a adquirir altos niveles de inteligencia.

Dentro de esta etapa del desarrollo, están descritos distintos niveles de uso de símbolos y del lenguaje (Greenspan & Wieder, 2008, p. 63):

1. Expresión de ideas a través de palabras y acciones.
2. Palabras para compartir estados físicos.
3. Transmisión de propósitos a través de palabras (antes actuaban).
4. Expresión de deseos y razonamientos.
5. Representación de sentimientos no ligados directamente a la acción.

Como señalan Wieder y Wachs (2012) los tempranos intereses y acciones están basados en experiencias previas que se han podido observar e imitar tales como hablar por teléfono, alimentar a un bebé de juguete, probar comida de plástico, empujar un coche delante y atrás hasta su destino. Cuando el niño comienza a “hacer como si” se apoya en las imágenes de objetos y las inviste con emociones y conceptos. Cuando puede representar intenciones, sentimientos e ideas en el juego imaginativo ya no necesitará las cosas reales, pero dependerá de algunos elementos simbólicos tales como juguetes, gestos y palabras. De forma progresiva los símbolos le permitirán representar una y otra vez eventos reales o imaginarios y comenzará a usar sus razones y motivos para manipular ideas en su mente.

En el juego imaginativo el niño puede moverse él mismo y/o sus juguetes en secuencias a través del espacio y comenzará a usarlos y la dramatización para interactuar con otros y para contar sus historias. Los temas iniciales como dependencia y la reparación serán pronto sustituidos por emociones relacionadas con el miedo, enfado, pérdida y competición. Inicialmente el niño siente la seguridad de Dora y Winnie Pooh quienes siempre terminan bien en sus aventuras y pequeños conflictos sociales y junto a ellos, los niños trepan la ladera simbólica y emocional. Equipado con el pensamiento mágico y el poder para ganar y mantenerse seguro, los símbolos irán más allá de sus experiencias directas de aventuras en mundos de princesas, caballeros y piratas, monstruos y fantasmas. La mera visita de estos símbolos pueden despertar emociones de miedo que necesitan ser tranquilizadas por pensamientos y soluciones simbólicas antes de que la lógica y comprobación de la realidad aparezca y sea efectiva (Wieder & Wachs, 2012).

CEFD 6: Pensamiento lógico

Hacia los 3 años, el niño tendrá la competencia para comunicar sus deseos, intenciones e ideas de forma lógica. Es la etapa en la que se combinan y unen ideas para construir puentes lógicos (para qué, dónde, cómo, cuándo, por qué) entre ellas formándose la base del pensamiento emocional (causalidad, coherencia, etc.), la capacidad para diferenciar fantasía y realidad

y el entendimiento de sí mismo y de los demás. La habilidad para relacionar sus propios pensamientos, sentimientos y acciones es la base para generar habilidades sociales nuevas, como seguir reglas y participar en grupos (Wieder & Wachs, 2012).

Sus historias puede que aún incluyan personajes imaginarios o figuras de animales que hablan pero, con habilidades de razonamiento que le permiten entender la conexión entre las secuencias y las historias, se convierten progresivamente en lógicas y realistas. En los próximos años las habilidades mentales se moverán hacia el pensamiento abstracto y el niño desarrollará la habilidad para distinguir la realidad de la fantasía, el yo del no yo, los sentimientos del otro y hacer diferenciaciones en relación al espacio y tiempo (Wieder & Wachs, 2012).

3.1.3. LA INDIVIDUALIDAD

La “I” de DIR® se refiere a todos aquellos elementos (incluyendo el bagaje genético y biológico, y condiciones ambientales) que hacen única a cada persona y que están recogidos en la Tabla 11.

Distintas condiciones médicas subyacentes pueden predisponer al niño a diferentes tipos de malestar y limitaciones motrices que condicionan las interacciones con el entorno y dificultar las relaciones y afectar al desarrollo evolutivo.

El desarrollo del lenguaje y del habla requiere del funcionamiento coordinado de diferentes partes del sistema nervioso y neuromuscular. Es necesario percibir sonidos y orientarse a ellos, interpretarlos, y ser capaz de realizar los movimientos y gestos necesarios para responder. La aparición del lenguaje depende también de las emociones: motivos y deseos que dan sentido a la comunicación. En conjunto con las habilidades de procesamiento auditivo y de lenguaje, contribuyen a la habilidad de orientarse al mundo de los sonidos, de formar una sincronía afectiva y vocal, de utilizar sonidos para establecer relaciones de dos vías, de compartir significados mediante gestos y palabras, de combinar palabras para comunicar experiencias de manera simbólica y finalmente, para establecer interacciones simbólicas con otros, en este orden (ICDL, 2005).

Tabla 11. Las diferencias individuales

Diferencias Individuales					
Aspectos Biomédicos	Rango de Emociones Expresadas	Desarrollo del Lenguaje	Diferencias de Procesamiento		
			Procesamiento Auditivo y Lenguaje	Procesamiento Visio Espacial	Regulación y Procesamiento Sensorial
<ul style="list-style-type: none"> - Problemas Neurológicos (epilepsia, parálisis cerebral, etc) - Problemas gástricos (reflujo, intolerancias alimenticias. - Problemas Dermatológicos (dermatitis, etc) - Cualquier otra condición médica que pueda interferir en la capacidad del niño para interactuar satisfactoriamente con su entorno 	<ul style="list-style-type: none"> - Intimidación, dependencia - Asertividad, iniciativa, curiosidad - Agresión, enfado, frustración, celos - Placer, alegría, excitación - Miedo 	<ul style="list-style-type: none"> - Desarrollo de las habilidades de comprensión y expresión en cada una de las Capacidades Emocionales Funcionales 1-6. 	<ul style="list-style-type: none"> - Orientación al mundo de sonidos y del lenguaje - Producción de sonidos sincronizados con los del cuidador - Intercambio recíproco de sonidos - Uso recíproco de sonidos incluyendo palabras - Combinación de palabras en ideas - Intercambio de ideas 	<ul style="list-style-type: none"> - Sentido y conciencia del cuerpo - Ubicación del cuerpo en el espacio - Relación de objetos consigo mismo y otros objetos y personas - Conservación del espacio - Razonamiento visual-lógico - Pensamiento representacional 	<ul style="list-style-type: none"> Modulación Sensorial - Hiporespuesta - Hiperrespuesta - Búsqueda de Sensaciones Discriminación Sensorial - Vestibular - Propioceptiva - Táctil - Auditiva - Visual - Gusto/Olfato Funciones motoras dependientes del procesamiento sensorial - Práxis/Dispraxia - Desarrollo Postural

Fuente: Casals-Hierro and Abelenda (2012)

A medida que crece el niño pequeño puede relacionar símbolos y acciones con emociones e intenciones y desarrolla un rango mayor de emociones. Gradualmente puede experimentar y expresar variedad de ellas, que van desde el placer, curiosidad y dependencia a la rabia, celos y agresión de manera más diferenciada y estable (Greenspan & Wieder, 2006). Al hablar de procesamiento afectivo se hace alusión a la amplitud del rango emocional y al manejo que cada persona hace del mismo (tolerancia a determinadas emociones o su evitación, tendencia al enfado, etc.).

Las capacidades visoespaciales se integran en el funcionamiento cognitivo y emocional para permitir al niño entender su experiencia del espacio y orientar su cuerpo en una variedad de situaciones. El proceso de desarrollo de estas capacidades se da de manera simultánea y secuencial. Incluyen la conciencia y el sentido del propio cuerpo y sus posibilidades de movimiento, el reconocimiento de la relación de las distintas partes entre sí y su ubicación como un todo en el espacio, la relación de los objetos consigo mismo y entre otros objetos y personas, la conservación del espacio, el razonamiento visual lógico y el pensamiento representacional. El avance en estas capacidades es esencial para el desarrollo emocional, cognitivo y para el aprendizaje (ICDL, 2005).

El procesamiento sensorial y regulatorio se refiere al manejo por parte del sistema nervioso de la información que le llega, a través de los siete sentidos, y que es procesada e integrada para ser utilizada en acciones con propósito. Regulación o modulación se refiere a la habilidad de graduar la intensidad y la naturaleza de su respuesta a las sensaciones. Las diferencias de modulación se clasifican, de acuerdo con este modelo, en tres subtipos dependiendo de la respuesta a los estímulos y de la estrategia conductual usada por el infante para lidiar con ella. Algunos niños tienen una respuesta exagerada a los estímulos sensoriales, y por consiguiente reaccionan de manera más intensa, más rápidamente y por más tiempo que otros, con respuestas conductuales que van del miedo y la evitación al negativismo y la obstinación. Otros son hipo-responsivos a las experiencias sensoriales y parecen en general tranquilos y pasivos, necesitando estímulos de gran intensidad y duración para orientarse a ellos y responder. Otro grupo de niños, identificado en relación a su conducta respecto de las experiencias sensoriales, son activos y buscadores de sensaciones, saltando, chocando con objetos, corriendo, tirando, empujando o colgando su cuerpo u objetos (ICDL, 2005).

Los problemas de discriminación sensorial se relacionan con la habilidad de descifrar las características temporoespaciales de las sensaciones y ocurren en los sistemas vestibular, propioceptivo, táctil, auditivo, visual y táctil-gustativo.

Las dificultades posturales y la dispraxia son dos tipos de problemas motrices de base sensorial. El primero se relaciona con dificultades para estabilizar su tronco durante actividades de movimiento o durante posturas estáticas y la segunda con las de planear, secuenciar y ejecutar movimientos novedosos. Se caracteriza por movimientos poco coordinados o torpes en las áreas de motricidad gruesa, fina y oral (ICDL, 2005).

3.1.4. LAS RELACIONES: ESTILOS DE INTERACCIÓN DE ADULTOS Y NIÑOS

Desde este apartado el modelo trata de entender la naturaleza de las relaciones con la intención de poder ayudar a las familias a adaptar sus propios estilos relacionales y tendencias al perfil individual y estilo de cada niño, para potenciar así su desarrollo. Para ello, inicialmente hay que identificar los estilos relacionales de los adultos, unos más favorecedores que otros (depresivo, sobre protección, sobre involucración, desapegado hostil o agresivo, etc) y los de los niños (cauteloso, opositor, aislado, ensimismado, impulsivo, etc.) (Greenspan & Thorndike, 1997).

En el Tabla 12 se presentan los estilos parentales expuestos por Greenspan y Thorndike (1997), en el que se recogen las características de estos padres y madres y su influencia en el desarrollo del niño, así como los miedos típicos u otros problemas, siempre encuadrados en las seis etapas de desarrollo fundamentales.

Tabla 12. Estilos parentales: características y consecuencias en el niño

	ESTILO PARENTAL	CARACTERÍSTICAS	CONSECUENCIAS EN EL NIÑO/A
CEFD 1	Retraimiento o depresión	No accesibilidad emocional. Relación mecánica	“No se enamoran”
	Pasividad excesiva	No expresividad ni muestra de emoción	La vida es aburrida
	Sobreestimulación	Actividad excesiva	Irritación y llanto
	Miedos: - a dañar al recién nacido - de no dar lo suficiente - a ser controlado	- a perder la independencia - ser malos padres - a las sensaciones sexuales	
CEFD 2	Retraimiento o depresión	Falta de energía	Estado depresivo Dificultad para enamorarse
	Pasividad excesiva. Miedo a ser enérgico	Falta de estimulación	Bebé pasivo
	Sobreestimulación (preocupación, temor a la intimidad)	Métodos agresivos (sacudir, empujar...)	El bebé se retira y evita
	Bebé como un juguete	El bebé está para darle satisfacción = muñeco	Necesidades no atendidas, bebé irritable e impredecible Retraso del desarrollo
	Bebé como prolongación de los padres	No reconocimiento de las necesidades y estados del bebé	
	Dificultad para experimentar todo tipo de emociones	Se sienten abrumados ante las diferentes emociones	Se restringirá su abanico de emociones
	Miedos: - a la proximidad (perder la propia identidad) - a ser rechazado - sensaciones de envidia	- a dañar al bebé - a sensaciones sexuales	

CEFD 3	Retraimiento o depresión	Ritmo aletargado, no responde al bebé, sólo observa	Necesidades más allá de estar calmado no satisfechas, irritable y decepcionado. Bloqueo de la comunicación intencional
	Intrusión	Malinterpretan las señales por proyectar sus propios deseos, emociones o pensamientos	Aprende que independencia o iniciativa debe ser negada o contenida
	Exceso de control	Los hijos deben ser de una determinada forma. Fortaleza y control	Inhibición, búsqueda de placer a través de la provocación
	Sobreprotección	Miedo a que se dañe, ansiedad	Bebé dubitativo, inseguro
	Seleccionar respuestas	Dificultad para prestar atención a los sentimientos del bebé	Bebé serio, poco expresivo y huidizo (señales no correspondidas)
	Ansiedad ante determinadas emociones (agresividad, intimidad, rechazo)	No interpretan señales	Conducta desorganizada y poco energética
	Comprensión de sutilezas	No respuestas claras	Falta de autoconocimiento Dificultad para interpretar señales similares
CEFD 4	Envidia y competitividad	Bromas inadecuadas, excesivo control o estimulación	Temor
	Sobreidentificación	Proyección	Bloqueo de la originalidad, actitud superficial, rebeldía
	Exceso de control	Miedo ante la independencia, placer por llevar la iniciativa	Pérdida de iniciativa, rebeldía
	Ser distraído	No construye sobre el juego del niño	No se siente ayudado ni estimulado
	Miedos de los padres: a sentirse rechazado o abandonado, a ser controlado, a que se haga daño, a fijar límites, a la dependencia del menor Problemas por percepciones equivocadas de los intereses del niño		

CEFD 5	Problemas parentales para apoyar este nivel de desarrollo por: - Dificultad para hablar de sentimientos íntimos - No saber apoyar la curiosidad del niño/a en el juego simbólico		
CEFD 6	Respuestas ilógicas o inapropiadas	Proyección de sentimientos propios	Dificultad para crear el propio sentido de identidad
	Incapacidad de apreciar la singularidad		Dificultad para pensar de forma lógica y centrada en la realidad
	Dificultades con un sistema triangular	Desautorización entre madre y padre	Problemas de sueño. Conducta impulsiva. Silencio (no habla de las emociones)
	Miedo al pensamiento lógico del niño	Desafía la tendencia a vivir en un mundo imaginario	¿Por qué? Falta de empatía, verdad sin tapujos
	Miedo por el interés que el niño siente por el mundo (sexualidad, enfermedad, muerte)		Falta de libertad para hablar de algunos temas (tabú), falta de confianza en la familia

Fuente: Elaboración propia a partir de Greenspan y Thorndike (1997)

MARCO EMPÍRICO







CAPÍTULO 4

Percepción del desarrollo socioemocional por parte de las familias y de las educadoras

INTRODUCCIÓN

El propósito de esta investigación tiene su origen en una inquietud profesional que me acompaña desde hace años: ¿cómo se puede mejorar la detección precoz de trastornos del desarrollo en los primeros años de vida desde la Escuela Infantil (0-3 años)? Son muchos los factores que inciden en este proceso pero hay uno que, desde nuestro punto de vista, podría ser una de las claves en la detección y en el comienzo del proceso de valoración: las familias y las educadoras no siempre perciben, por diversos motivos, el desarrollo infantil de la misma manera. Si dicha apreciación difiere, se podría deducir que cada agente conoce “a un niño distinto” y a partir de esta circunstancia familias y educadoras se formarán una idea dispar acerca del desarrollo evolutivo de cada niño. Si esto sucede, podría influir directamente en la detección precoz de trastornos del desarrollo y la posterior toma de decisiones.

El hecho de que todos los agentes (pediatras, educadoras, familias, etc.) que vigilan el desarrollo infantil tengan una percepción similar del desarrollo y de las señales de alerta, salvando las diferencias lógicas, es un factor favorecedor para que el proceso de valoración comience; por el contrario, si dichos agentes no observan las mismas destrezas o ausencias de hitos evolutivos y no se llega a un consenso, la toma de decisiones puede demorarse. En estos casos, y si estuviésemos ante un auténtico trastorno del desarrollo, se retrasaría también el proceso diagnóstico y la intervención, no aprovechándose al máximo la mayor plasticidad cerebral de los primeros

años de vida y permitiendo que los síntomas se asienten en el perfil conductual del niño.

Sobre esta base, compartida por muchos profesionales, no se han encontrado publicaciones ni estudios previos en las búsquedas realizadas.

Es importante destacar que, a priori, puede haber muchos motivos por los que el comportamiento de los niños, especialmente en la etapa 0-3 años, sea distinto según dónde y por quién sea observado. Inicialmente se podría tener la tentación de simplificar la explicación de la situación concluyendo que los padres son los que “no saben observar el desarrollo” o “quienes no quieren ver” pero diversas publicaciones avalan la validez de la observación de las familias, especialmente a través de pruebas de cribado (capítulo 2). Cabe mencionar algunas presunciones que nos surgen, para tener una idea general de la amplitud del tema, aunque su estudio no es materia de este trabajo:

- Por parte de las familias: nivel de conocimiento de los hitos evolutivos, “no querer ver” algunas señales de alerta como mecanismo de defensa, experiencia previa (otros hijos), influencia de otros familiares, disponibilidad de tiempo para estar con los hijos.
- Por parte de las educadoras: nivel de conocimientos del desarrollo evolutivo, ratio del grupo, experiencia previa, nivel de implicación.
- Por parte de los niños: nivel de adaptación a la escuela, seguridad y confianza con la educadora, seguridad dentro de un gran grupo de niños.

1. OBJETIVO

1.1. OBJETIVO PRINCIPAL

El objetivo principal de esta investigación es conocer, utilizando cuestionarios estandarizados, cómo es percibido el desarrollo infantil por parte de las familias y de las educadoras a partir de la observación diaria. Con esta información se determinará si existe o no coincidencia en la percepción del desarrollo, y en qué grado.

Concretamente se ha elegido el área socioemocional, entendida desde el marco teórico del Modelo DIR®, por los siguientes motivos:

- La prioridad del desarrollo humano en los primeros años de vida en los que se sientan las bases para el futuro.
- Por ser un área del desarrollo menos contemplada en el ámbito educativo pero elemental para la vida.
- Porque en su formulación se ven reflejadas las contribuciones de otras áreas y permite el abordaje global del desarrollo infantil, entendido desde su funcionalidad.
- Las habilidades que incluye pueden ser observadas en las interacciones diarias, tanto en el hogar como en la escuela.
- Estudios previos nos indican que más de la mitad de los niños que con 6 años fueron identificados, por sus padres o profesores, por presentar problemas emocionales/conductuales, ya los presentaban o tenían baja competencia entre los 12 y 36 meses cuando se les aplicó pruebas de cribado específicas completadas por las familias (Briggs-Gowan & Carter, 2008).
- La identificación de dificultades socioemocionales/conductuales han mostrado ser más efectivas en la predicción de dificultades en edad escolar que factores de riesgo sociodemográficos como la pobreza (Briggs-Gowan & Carter, 2008).

No obstante, es importante recordar la relevancia de todas las áreas del desarrollo, máxime cuando se entiende el desarrollo desde lo global y especialmente en los primeros años de vida.

1.2. OBJETIVOS ESPECÍFICOS

Toda la información y conclusiones generadas van dirigidas a:

- Ampliar el conocimiento acerca del desarrollo infantil, haciendo hincapié en el socioemocional funcional.
- Mejorar el proceso de detección precoz en el ámbito educativo y en otros.
- Entender las posibles variaciones del comportamiento infantil en función del entorno y la influencia de este fenómeno en la detección precoz de los trastornos del desarrollo.

- Mejorar el abordaje con las familias ante situaciones de riesgo en el desarrollo de sus hijos.
- Descubrir los motivos que podrían motivar esa diferencia en el comportamiento de los niños en cada ambiente.
- Analizar los diferentes factores sociodemográficos recogidos (embarazo, parto, nº hijos, nivel educativo, jornada laboral, etc.) para valorar su posible incidencia en la valoración del riesgo por parte de las familias y en las coincidencias entre estas y las educadoras en la percepción del desarrollo.

2. MÉTODO

El diseño empleado es de carácter descriptivo, de modalidad selectiva, pues nos parece el más adecuado para el logro de los objetivos de esta investigación.

2.1. POBLACIÓN Y MUESTRA

Población

La población utilizada para este estudio ha sido las familias y educadoras de los niños y niñas matriculados, en el curso 2014-2015, en las cuatro escuelas de primer ciclo de Educación Infantil que la Consejería de Empleo, Políticas Sociales y Vivienda del Gobierno de Canarias, concretamente la Dirección General de Protección a la Infancia y la Familia, tiene en Gran Canaria.

Muestra

En el momento de la investigación, la población de las Escuelas Infantiles de Gran Canaria del Gobierno de Canarias ascendía a 314 alumnos matriculados. Una vez realizado el proceso (información, uso y corrección de los cuestionarios) la muestra quedó de la siguiente manera: se recogieron los cuestionarios de 197 niños que fueron completados tanto por la familia

como por las educadoras, 52 que fueron completados únicamente por la educadora y 19 rellenos solamente por la familia. Además, existe otro grupo de niños, 49 concretamente, que por diversos motivos (enfermedad, no estar asistiendo o no participación ni de la familia y de la educadora) no concurren en la investigación.

Dado el objetivo de esta investigación, era preciso contar con la participación de ambos agentes, familia y educadora, por lo que se ha utilizado únicamente la muestra en la que se pudo recoger la información de ambos, es decir, 197 niños estudiados. No obstante, de estos casos un total de 27 tuvieron que ser descartados por la falta de información, así que la muestra final válida asciende a 170 niños estudiados (Tabla 13). Tan solo para la prueba M-Chat ha sido inferior debido a que no todas las familias ni educadoras completaron este cuestionario.

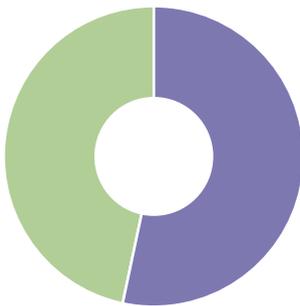
Tabla 13. Población de las escuelas y resumen de la participación

		Total niños	Familia+ educadora válidas	Familia+ educadora no válidas	Solo por educadora	Solo por familia	No participan
TOTAL	Fr	314	170	27	49	19	49
	%	100	54,1	8,6	15,6	6,1	15,6
Escuela 1	Fr	96	83	5	7	0	1
	%	100	86,5	5,2	7,3	0	1
Escuela 2	Fr	56	37	3	13	0	3
	%	100	66,1	5,4	23,2	0	5,3
Escuela 3	Fr	69	44	0	25	0	0
	%	100	63,8	0	36,2	0	0
Escuela 4	Fr	93	6	19	4	19	45
	%	100	6,5	20,4	4,3	20,4	48,4

Distribución de la muestra por género

La distribución de la muestra según el género se concreta en 91 niños y 79 niñas, lo que supone un 53,5% y 46,5% respectivamente, tal y como muestran el Gráfico 1 y Tabla 14.

Gráfico 1 y Tabla 14. Distribución de la muestra por género

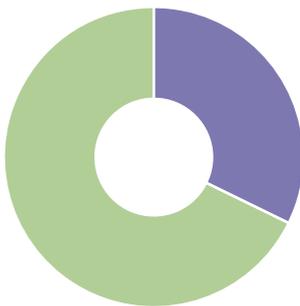


	Frecuencia	Porcentaje
■ Niño	91	53,5
■ Niña	79	46,5
Total	170	100

Distribución de la muestra por tramos de edad

Para este estudio se han considerado dos tramos de edad reflejados en el Gráfico 2 y Tabla 15. Por un lado los niños menores de 24 meses y por otro, los de igual o mayor edad. Así, la muestra obtenida se puede dividir en un 32,4% de niños menores de 24 meses y un 67,6% con 24 o más meses.

Gráfico 2 y Tabla 15. Distribución de la muestra por tramos de edad

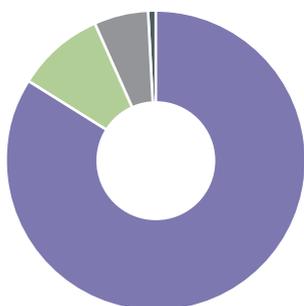


	Frecuencia	Porcentaje
■ Menos de 24 meses	55	32,4
■ Más de 24 meses	115	67,6
Total	170	100

Distribución de la muestra según el familiar que completa los cuestionarios

En cuanto a la/s persona/s que se ocuparon, por parte de la familia, de cumplimentar los cuestionarios observamos en el Gráfico 3 y Tabla 16 que la mayor parte fueron completado por la madre, un 84,1%, por el padre un 9,4%, por ambos un 5,9% y por otra persona un 0,6%.

Gráfico 3 y Tabla 16. Distribución de la muestra según el familiar que completa los cuestionarios

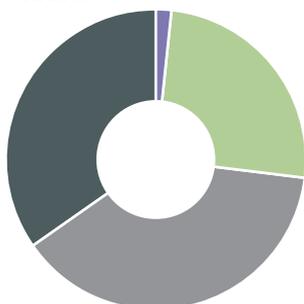


	Frecuencia	Porcentaje
■ Madre	143	84,1
■ Padre	16	9,4
■ Madre+ padre	10	5,9
■ Otros	1	0,6
Total	170	100

Distribución de la muestra atendiendo al nivel educativo familiar: madre

En relación del nivel de estudios del núcleo familiar, concretamente de las madres, los datos nos indican que un 1,8% carece de estudios, un 25,3% tiene estudios primarios mientras que un 38,2% ha cursado estudios secundarios y un 34,7% estudios superiores (Gráfico 4 y Tabla 17).

Gráfico 4 y Tabla 17. Distribución de la muestra por el nivel educativo de la madre

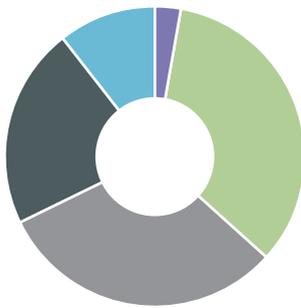


	Frecuencia	Porcentaje
■ Sin estudios	3	1,8
■ Estudios Primarios	43	25,3
■ Estudios Secundarios	65	38,2
■ Estudios Superiores	59	34,7
Total	170	100

Distribución de la muestra atendiendo al nivel educativo familiar: padre

El nivel educativo de los padres participantes se concreta en: un 3,3% de ellos no tienen estudios, un 38% dispone de estudios primarios, el 34,7% terminó los estudios secundarios y un 24% cuenta con estudios superiores. El restante 11,8% se considera un valor perdido al no haber respondido a esta pregunta, pudiendo esto deberse, entre otros motivos, a una situación de familia monoparental. Esta información queda reflejada en el Gráfico 5 y Tabla 18.

Gráfico 5 y Tabla 18. Distribución de la muestra por el nivel educativo del padre



	Frecuencia	Porcentaje
■ Sin estudios	5	3,3
■ Estudios primarios	57	38
■ Estudios secundarios	52	34,7
■ Estudios superiores	36	24
■ No responde	20	11,8
Total	170	100

2.2. INSTRUMENTO

Para recoger la información se utilizaron tres pruebas de cribado del desarrollo infantil relacionadas con el área socioemocional que han sido descritas en el capítulo 2. Además, se ha recogido información de índole sociodemográfica a través de un cuestionario diseñado ad hoc (anexo 6).

La prueba principal utilizada para este trabajo ha sido el “Greenspan’s Social Emotional Growth Chart” (SEGC en adelante) por ser la que evalúa las capacidades emocionales funcionales descritas en el capítulo 3 y por estar diseñada para ser cumplimentada por los padres y por los cuidadores habituales. Las otras dos seleccionadas, también expuestas en el capítulo 2, son el Communication and Symbolic Behavior Scales Developmental Profile™ (CSBS-DP en adelante) y Cuestionario de Autismo en la Infancia

Modificado (M-Chat en adelante), que abarcan aspectos sociales, de comunicación y emocionales y que se han utilizado para disponer de diversas fuentes y contrastar la información.

Cabe recordar algunas limitaciones relacionadas con las pruebas elegidas. La herramienta SEGC no está disponible en español ni validada para la población española. Para su uso en este trabajo se ha creado un guion personal. El CSBS-DP si está disponible en español pero aún no ha sido validado en nuestro país. Para esta investigación, estas circunstancias no han supuesto un impedimento pues el objetivo principal no es la detección precoz en sí misma, para la posterior derivación, sino el comparar la percepción del desarrollo de cada niño por parte de las familias y las educadoras.

Aunque el CSBS-DP es una prueba diseñada originalmente para niños de hasta 24 meses, en este estudio se ha aplicado a los niños mayores de esta edad, tal y como hizo Oosterling y colaboradores (2009) en una investigación sobre el cribado de TEA. En dicho trabajo se obtuvieron unos valores psicométricos no tan altos como en su aplicación hasta los 24 meses pero suficientes para justificar su uso en esta pesquisa. Por ello, el análisis de los resultados de esta prueba y la valoración general se divide en tres grupos: toda la muestra, menores de 2 años y mayores de 2 años.

2.3. PROCEDIMIENTO

El primer paso fue contactar con la Dirección General de Dependencia, Infancia y Familia a través de una solicitud formal a través del Registro (anexo 7) y una posterior entrevista con el Director General (Ilmo. Sr. D. Moreno García). La propuesta fue muy bien recibida y el siguiente paso fue una reunión con las 4 directoras de las escuelas y la Técnico del Servicio. A partir de este encuentro se comenzó a visitar cada escuela y a llevarse a cabo reuniones con las educadoras para ponerlas en conocimiento del proyecto, así como para recabar información acerca de los grupos y edades por aulas para la preparación de la papelería necesaria (consentimiento informado y cuestionarios).

Los cuestionarios fueron preparados con antelación y se separaron en dos grupos en función de la edad del niño. El primero destinado a los menores de 24 meses y el segundo para los mayores de esa edad. A todos se les aplicó el CSBS-DP y el SEGC y a estos últimos también el M-CHAT.

Las reuniones con las familias se fueron organizando de forma escalonada, avisándoles al menos con 10 días de antelación. Las directoras y educadoras contribuyeron mucho en la convocatoria (anexo 8) a través de avisos a la entrada y salida de los niños. Estas asambleas se convocaron en dos turnos, a la entrada de los niños (desde las 8:30h) y a la salida (desde las 14:30h), para facilitar su asistencia. Algunas familias cumplimentaron los cuestionarios en el mismo momento y otras se lo llevaron a casa y lo entregaron en la escuela los días posteriores.

De acuerdo a las leyes actuales, todas las familias y las educadoras que participaron firmaron el correspondiente consentimiento en relación a la Ley Orgánica de Protección de Datos (anexos 9 y 10). En todos los casos en los que la familia no participó y/o no dio su consentimiento para el manejo de datos personales, se procedió a anonimizar los cuestionarios que si fueron completados por las educadoras.

Una vez recopilados todos los cuestionarios e información de las educadoras (anexo 11 y 12), se organizaron y retiraron de cada escuela para su corrección. Los resultados de los cuestionarios aplicados se recogieron en una plantilla-resumen (anexo 13) en la que se añadió una casilla de “valoración general de riesgo o no riesgo” a modo de conclusión y resumen de las distintas pruebas aplicadas a cada niño.

Tras ser corregidos y dado el valor de la información recabada, todos los resultados fueron trasladados a las escuelas para ser utilizados de la mejor manera que pudiera considerar cada uno de los equipos educativos.

Por último, se procedió al procesamiento estadístico de los datos recogidos. Para ello se ha utilizado el programa estadístico SPSS en su versión 21 (2012), empleándose las funciones de análisis de tablas de contingencia para las coincidencias y la prueba de chi-cuadrado de Pearson para analizar la significatividad de los factores sociodemográficos.

2.4. RESULTADOS

2.4.1. ANÁLISIS DESCRIPTIVO DE RESULTADOS Y COINCIDENCIAS DE CADA UNO DE LOS CUESTIONARIOS APLICADOS Y DE LA VALORACIÓN GENERAL

A continuación se presentan los resultados obtenidos en cada uno de los cuestionarios aplicados y las coincidencias encontradas entre las respuestas de las familias y las educadoras. En todos los casos, se presenta la muestra en tres grupos: la muestra completa, la de niños menores de 24 meses y la de los mayores de esta edad.

2.4.1.1. Greenspan's Social Emotional Growth Chart

2.4.1.1.1. Resultados muestra completa

Tal y como observamos en la Tabla 19, concretamente en los resultados del Gráfico Total Crecimiento las respuestas de las educadoras nos arrojan los siguientes datos: el 16,5% de los niños presenta “posibles retos”, el 51,8% muestra “cierto dominio” y el restante 31,8% presenta un “dominio completo”. En cuanto a las respuestas de las familias nos encontramos que el 2,4% tiene “posibles retos”, el 30% “cierto dominio” y el restante 67,7% un “dominio completo”.

En cuanto a la información obtenida sobre el Procesamiento Sensorial, las respuestas de las educadoras indican que el 7,6% de los niños presenta “posibles riesgos”, el 26,5% tiene “cierto dominio” y el 65,9% un “dominio completo”. Ante las mismas preguntas respondidas por las familias, los resultados son: el 1,2% de los niños presenta “posibles retos”, el 24,1% “cierto dominio” y 74,7% un “dominio completo”.

Tabla 19. Resultados de la prueba Greenspan's Social Emotional Growth Chart muestra completa

	EDUCADORAS			FAMILIAS			
		Posibles retos	Cierto dominio	Dominio completo	Posibles retos	Cierto dominio	Dominio completo
GRÁFICO TOTAL	Fr	28	88	54	4	51	115
CRECIMIENTO	%	16,5	51,8	31,8	2,4	30	67,6
PROCES.	Fr	13	45	112	2	41	127
SENSORIAL	%	7,6	26,5	65,9	1,2	24,1	74,7

2.4.1.1.2. Resultados muestra menores de 24 meses

En el grupo de niños menores de 24 meses (Tabla 20), las educadoras respondieron que el 14,5% presenta “posibles retos” en el Gráfico Total Crecimiento, un 30,9% tiene un “cierto dominio” y el restante 54,5% un “dominio completo”. Sin embargo, considerando las respuestas de las familias los porcentajes quedan de la siguiente manera: un 1,8% presentaría “posibles retos”, un 20% un “cierto dominio” y el 78,2% un “dominio completo”.

En lo relativo al Procesamiento Sensorial, también recogido en la Tabla 20, nos encontramos con que las respuestas de las educadoras sitúan al 21,8% de los niños con “posibles retos”, el 36,4% con “cierto dominio” y el 41,8% con un “dominio completo”. Por otro lado, las respuestas de las familias al respecto se cifran de la siguiente manera: no existirían niños con “posibles riesgos”, el 21,8% presenta un cierto dominio y el restante 78,2% un “dominio completo”.

Tabla 20. Resultados de la prueba Greenspan's Social Emotional Growth Chart muestra de menores de 24 meses

	EDUCADORAS			FAMILIAS			
		Posibles retos	Cierto dominio	Dominio completo	Posibles retos	Cierto dominio	Dominio completo
GRÁFICO TOTAL	Fr	8	17	30	1	11	43
CRECIMIENTO	%	14,5	30,9	54,5	1,8	20	78,2
PROCES.	Fr	12	20	23	0	12	43
SENSORIAL	%	21,8	36,4	41,8	0	21,8	78,2

2.4.1.1.3. Resultados muestra mayores de 24 meses

En el subgrupo de niños de 24 meses y mayores, las respuestas de las educadoras en el Gráfico Total Crecimiento nos indican que el 13,9% presenta “posibles retos”, un 59,1% tiene un “cierto dominio” y el restante 27% un “dominio completo”. Teniendo en cuenta las respuestas de las familias los porcentajes quedan de la siguiente manera: un 2,6% presentaría “posibles retos”, un 34,8% un “cierto dominio” y el 62,6% un “dominio completo” (Tabla 21).

En lo relativo al Procesamiento Sensorial, las respuestas de las educadoras sitúan al 4,3% de los niños con “posibles retos”, el 24,3% con “cierto dominio” y el 71,3% con un “dominio completo”. En contraste, las respuestas de las familias al respecto se cifran de la siguiente manera: un 1,7% presentaría “posibles riesgos”, el 25,3% un cierto dominio y el restante 73% un “dominio completo”.

Tabla 21. Resultados de la prueba Greenspan’s Social Emotional Growth Chart (muestra de igual y mayores a 24 meses)

	EDUCADORAS			FAMILIAS			
		Posibles retos	Cierto dominio	Dominio completo	Posibles retos	Cierto dominio	Dominio completo
GRÁFICO TOTAL	Fr	16	68	31	3	40	72
CRECIMIENTO	%	13,9	59,1	27	2,6	34,8	62,6
PROCES.	Fr	5	28	82	2	29	84
SENSORIAL	%	4,3	24,3	71,3	1,7	25,3	73

2.4.1.1.4. Coincidencias entre las respuestas de las educadoras y las familias

Al comparar los resultados procedentes de los cuestionarios respondidos por educadoras y familias para obtener las cifras de coincidencias en las respuestas, observamos que en el Gráfico Total Crecimiento concurren las respuestas hasta el 42,4% y por tanto no coinciden el 57,6% en la muestra completa.

Si atendemos al grupo de niños menores de 24 meses, las coincidencias son del 40% y un 43,9% en los mayores de 24 meses; y las no coincidencias ascienden al 60% y 56,1% respectivamente.

En el subtest de Procesamiento Sensorial, incluido en el Gráfico Crecimiento Total, las coincidencias ascienden 57,6% en la muestra completa, un 45,5% en el grupo de menores de 24 meses y en el último grupo, aquellos con 24 meses o más, el porcentaje de coincidencia en los resultados es del 64%. Las “no coincidencias” lo tienen del 42,4%, 54,5% y 36% en las respectivas muestras.

Esto nos indica que, como observamos en la Tabla 22, solo en el 42,4% de la muestra, la percepción del desarrollo socioemocional, analizado a través de los hitos de la prueba, coincide.

Tabla 22. Coincidencias en la prueba Greenspan’s Social Emotional Growth Chart

		Muestra completa		Menor de 24 meses		Mayor de 24 meses	
		Sí	No	Sí	No	Sí	No
Coincidencia							
GRÁFICO TOTAL	Fr	72	98	22	30	50	64
CRECIMIENTO	%	42,4	57,6	40	60	43,9	56,1
PROCES.	Fr	98	72	25	30	73	41
SENSORIAL	%	57,6	42,4	45,5	54,5	64	36

2.4.1.2. CSBS-DP

El análisis de los resultados se divide en tres grupos: toda la muestra, menores de 2 años y mayores e iguales a 2 años por las razones previamente explicadas sobre el diseño de la prueba y las edades para la que está destinada inicialmente.

2.4.1.2.1. Resultados de la prueba: muestra completa

En la Tabla 23 observamos como para las educadoras el 44,1% de los niños está en situación de “si preocupa”, mientras que para familias la cifra es de 11,8%. En cuanto a los resultados de “no preocupa”, las educadoras res-

pondieron que un 55,9% no está en situación de riesgo y esta cifra aumenta hasta el 88,2% para las familias.

Si analizamos cada uno de los compuestos (C. En adelante) de esta prueba se observa que los porcentajes oscilan:

En el C. Comunicación las respuestas de las educadoras informan que el 42,4% de los niños está en riesgo y para las familias esta cantidad es del 12,4%. Estas cantidades son bastante similares a la valoración total de la prueba.

En el C. Lenguaje, para las educadoras el 37,1% de los niños tienen una situación de preocupación mientras que para las familias la cantidad corresponde al 14,7%.

En el C. Simbólico los resultados son: las educadoras valoran que el 29,4% de los niños están en situación de riesgo y para las familias la preocupación es del 12,9%.

De la comparación de un compuesto con otro, se observa que aquel que más preocupa a las educadoras es el de Comunicación (42,4%) y a las familias es el de Lenguaje (14,7%).

Tabla 23. Resultados CSBS-DP (muestra completa)

		EDUCADORAS		FAMILIAS	
		Sí	No	Sí	No
Preocupa	Fr	75	95	20	150
	%	44,1	55,9	11,8	88,2
Compuesto comunicación	Fr	72	98	21	149
	%	42,4	57,6	12,4	87,6
Compuesto lenguaje	Fr	63	107	25	145
	%	37,1	62,9	14,7	85,3
Compuesto simbólico	Fr	50	120	22	148
	%	29,4	70,6	12,9	87,1

2.4.1.2.2. Resultados de la prueba: muestra de niños menores de 24 meses

En la submuestra de niños menores de 24 meses, observamos como para las educadoras el 58,2% de los niños está en situación de riesgo y, por otro

lado, para familias la cifra es de 12,7%. Sobre los resultados de “no preocupa”, las educadoras respondieron que un 41,8% no está en situación de riesgo y esta cifra aumenta hasta el 87,3% para las familias (Tabla 24).

Si analizamos cada uno de los compuestos de esta prueba se observa que los porcentajes varían de unos a otros:

En el C. de Comunicación las respuestas de las educadoras informan que el 49,1% de los niños está en riesgo y para las familias la cifra es del 14,5%.

En el C. de Lenguaje, para las educadoras el 56,4% de los niños tiene una situación de preocupación y para las familias la cantidad llega al 21,8%.

En el C. Simbólico las educadoras valoran que el 43,6% de los niños está en situación de riesgo y para las familias supone el 18,2%.

Tabla 24. Resultados CSBS-DP (muestra menores de 24 meses)

	EDUCADORAS			FAMILIAS	
		Sí	No	Sí	No
Preocupa					
Total	Fr	32	23	7	48
	%	58,2	41,8	12,7	87,3
Compuesto	Fr	27	28	8	47
comunicación	%	49,1	50,9	14,5	85,5
Compuesto	Fr	31	24	12	43
lenguaje	%	56,4	43,6	21,8	78,2
Compuesto	Fr	24	31	10	45
simbólico	%	43,6	56,4	18,2	81,8

2.4.1.2.3. Resultados de la prueba: muestra de niños de 24 meses y mayores

Para las educadoras el 37,2% de los niños de más de 24 meses está en situación de riesgo y para las familias la cantidad es de 11,3%. En relación a los resultados de “no preocupa”, las educadoras respondieron que un 62,6% no está en situación de riesgo y esta cifra asciende hasta el 88,7% para las familias. Todos estos datos se recogen en la Tabla 25.

Si analizamos cada uno de los compuestos de esta prueba se observa que los porcentajes oscilan:

En el C. de Comunicación las respuestas de las educadoras informan que el 39,1% de los niños está en riesgo y para las familias la cifra es del 11,3%. Estas cantidades son bastante similares a la valoración total de la prueba.

En el C. de Lenguaje, para las educadoras el 27,8% de los niños tiene una situación de preocupación y para las familias la cantidad supone el 11,3%.

En el C. Simbólico las educadoras valoraron que el 56,4% de los niños está en situación de riesgo mientras que para las familias la preocupación en este compuesto es del 10,4%.

Tabla 25. Resultados CSBS-DP (muestra de niños de igual o más de 24 meses)

	EDUCADORAS			FAMILIAS	
		Sí	No	Sí	No
Preocupa					
Total	Fr	43	72	13	102
	%	37,2	62,6	11,3	88,7
Compuesto	Fr	45	70	13	102
comunicación	%	39,1	60,9	11,3	88,7
Compuesto	Fr	32	83	13	102
lenguaje	%	27,8	72,2	11,3	88,7
Compuesto	Fr	26	89	12	103
simbólico	%	56,4	77,4	10,4	89,6

2.4.1.2.4. Coincidencias entre las respuestas de las educadoras y las familias

Para valorar las coincidencias en las respuestas nuevamente se van a analizar los tres grupos: muestra completa, niños menores de 24 meses y niños de 24 o más meses, todos recogidos en la Tabla 26.

En la muestra completa las coincidencias son del 51,2% y las no coincidencias llegan al 48,8%.

En el grupo de niños de menores de 24 meses, tramo de edad para el que la prueba está baremada, observamos que el porcentaje de concurrencia llega al 43,6%, por lo que en el resto de casos, un 56,4%, las respuestas de las educadoras y las familias fueron distintas. En esta muestra es en la que se registran las menores coincidencias.

Dentro de la muestra de niños de 24 meses o más, las respuestas son iguales el 54,8% y las distintas el 45,2%.

Así, las coincidencias entre educadoras y familias oscilan entre 54,8% y el 43,6% según la muestra examinada.

Tabla 26. Coincidencias en CSBS-DP

Coincidencia	Fr	Muestra completa		Menor de 24 meses		Mayor de 24 meses	
		Sí	No	Sí	No	Sí	No
Total	Fr	87	83	24	31	63	52
	%	51,2	48,8	43,6	56,4	54,8	45,2
Compuesto	Fr	97	73	32	23	65	49
comunicación	%	57,1	42,9	58,2	41,8	57	43
Compuesto	Fr	100	70	26	29	74	40
lenguaje	%	58,8	41,2	47,3	52,7	64,9	35,1
Compuesto	Fr	114	56	29	26	84	30
simbólico	%	67,1	32,9	52,7	47,3	73,7	26,3

2.4.1.3. M-CHAT

2.4.1.3.1. Resultados de la prueba

Al recoger los resultados de esta prueba hay que considerar que la muestra obtenida es menor, tanto por parte de las educadoras como por parte de las familias. El total de educadoras que cumplimentaron este test fue de 96 y de familias 73. Sobre estas cifras, recogidas en la Tabla 27, encontramos que para las educadoras el 82,3% de los niños no presenta riesgo de tener TEA y un 17,7% sí. En cuanto a las familias, sus respuestas nos indican que el 79,9% no está en riesgo y un 20,5% podría estarlo.

Tabla 27. Resultados de la prueba M-CHAT

Riesgo	EDUCADORAS			FAMILIAS		
	Sí	No	No contesta	Sí	No	No contesta
Frecuencia	17	79	19	15	58	42
Porcentaje	14,8	68,7	16,5	13	50,5	36,5
% válido	17,7	82,3		20,5	79,5	

2.4.1.3.2. Coincidencias entre las respuestas de las educadoras y las familias

La muestra en la que se pudo comparar los resultados en esta prueba asciende a 69 cuando la muestra completa de niños de más de 24 meses es de 115. Así, se pudo comparar el 60% de la muestra total. Dentro de estos 69 niños, observamos en la Tabla 28 que las coincidencias ascienden al 72,5% y las no coincidencias al 27,5%.

Tabla 28. Coincidencias en las respuestas de la prueba M-Chat

	SÍ COINCIDE	NO COINCIDE
Frecuencia	50	19
Porcentaje	72,5	27,5

2.4.1.4. Valoración general de presencia de riesgo

A partir del análisis global de los resultados de todos cuestionarios recogidos sobre cada niño se hizo una valoración, basada en el razonamiento clínico, de si podía existir o no una situación de riesgo en el desarrollo en el área estudiada. Los criterios aplicados para considerarse una situación de riesgo fueron:

- Fallar en alguna de las pruebas
- Observarse una puntuación baja, aunque sin fallo, en el conjunto de las pruebas aplicadas. Se tuvo en cuenta, especialmente en niños mayores de 24 meses, la puntuación en el CSBS-DP.

2.4.1.4.1. Resultados

Tras la valoración general de la muestra completa, recogida en la Tabla 29, se concluye que según las educadoras, que puede existir una situación de riesgo en el 64,1% de la muestra y en el 35,9% no. Analizando las respuestas aportadas por las familias, los niños en supuesto riesgo suponen en 28,2% y los sin riesgo un 71,8%.

Tabla 29. Valoración General de riesgo en la muestra completa

	EDUCADORA		FAMILIA	
	Sí	No	Sí	No
Riesgo				
Frecuencia	109	61	48	122
Porcentaje	64,1	35,9	28,2	71,8

En el grupo de niños de menos de 24 meses, las respuestas, recogidas en la Tabla 30, varían sustancialmente. El riesgo asciende al 67,3% y el no riesgo es el 32,7% según las educadoras. Para las familias el riesgo asciende al 25,5% de la muestra, por lo que el 74,5% restante estaría fuera de riesgo.

Tabla 30. Valoración general de riesgo en la muestra de menos de 24 meses

	EDUCADORA		FAMILIA	
	Sí	No	Sí	No
Riesgo				
Frecuencia	37	18	14	41
Porcentaje	67,3	32,7	25,5	74,5

Para el grupo de iguales y mayores de 2 años, el 62,6 % estaría en situación de riesgo según las educadoras; sin embargo, para la familia esta cifra baja hasta el 29,6%. Por tanto, en no riesgo estarían el 37,4% y el 70,4% respectivamente (Tabla 31).

Tabla 31. Valoración General de riesgo en la muestra iguales y mayores de 24 meses

	EDUCADORA		FAMILIA	
	Sí	No	Sí	No
Riesgo				
Frecuencia	72	43	34	81
Porcentaje	62,6	37,4	29,6	70,4

2.4.1.4.2. Coincidencias entre las respuestas de las educadoras y las familias

En este caso, se vuelve a analizar por segmentos de edad por la influencia de los resultados que la prueba CSBS-DP puede tener en la valoración general (Tabla 32).

En la muestra completa, la coincidencia en las respuestas, asciende a un 42,9% y las respuestas distintas suman un 57,1%.

En la muestra de 55 niños de menores de 24 meses, el porcentaje de respuestas iguales alcanza el 36,4% y las distintas el 63,6%.

En la muestra de niños de 24 meses y mayores, las respuestas concurrentes suman el 46,5% y las divergentes se cifran en el 53,5%.

De esta modo, incluso analizando los resultados en función de la variable edad, encontramos que en más del 50% de los casos las respuestas no coinciden, es decir, la percepción del desarrollo no es compartida por la mitad de la muestra.

Tabla 32. Coincidencias en la valoración general de riesgo

Coincidencia	Muestra completa		Menor de 24 meses		Mayor de 24 meses		
	Sí	No	Sí	No	Sí	No	
Fr	Fr	73	97	20	35	53	62
%	%	42,9	57,1	36,4	63,6	46,5	53,5

2.4.2. ANÁLISIS DE LOS FACTORES SOCIODEMOGRÁFICOS FAMILIARES RECURRENTES EN LA VALORACIÓN GENERAL DE RIESGO DE LAS FAMILIAS

2.4.2.1. Número de hijos vs valoración general de riesgo de las familias

Tras el análisis estadístico de estos datos se obtiene que este factor es el único significativo, con un valor de ,037 en la prueba chi-cuadrado de Pearson, en la valoración de riesgo por parte de las familias.

Además, en la Tabla 33 observamos los porcentajes de riesgo y de no riesgo en función del número de hijos de la unidad familiar. En la columna de “no riesgo” advertimos que el 48,4% de las familias que no detectaron

riesgo tienen un hijo, el 32% tiene dos, el 12,3% tiene 3, el 6,5% tiene cuatro y el restante 0,8% tiene seis hijos.

En la otra columna, la de “si riesgo”, los porcentajes se dividen de la siguiente manera: las familias con un hijo que percibieron riesgo suponen el 41,3%, con dos hijos 54,3% y con tres el 4,4%.

Tabla 33. Número de hijos versus valoración general de riesgo por parte de las familias

	NO RIESGO		SÍ RIESGO	
	Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje
1	59	48,4	19	41,3
2	39	32	25	54,3
3	15	12,3	2	4,4
4	8	6,5	0	0
5	1	0,8	0	0
Total	122	100	46	100

2.4.2.2. Otros factores sociodemográficos vs valoración general de riesgo de las familias

A. Orden de hijo

En este apartado se describen los porcentajes de riesgo y de no riesgo en relación al orden que ocupa el hijo sobre el que se han aplicado los cuestionarios. En la columna de “no riesgo” observamos que el 56,4% de las familias que no detectaron riesgo valoraron en el primer hijo, el 27,4% cuando es el segundo, el 12,7% siendo el tercer hijo, el 2,6% en el caso de cuarto hijo y el 0,9% en el sexto. El porcentaje de no riesgo es decreciente según el hijo se aleja del primogénito.

En la otra columna (Tabla 34), la de “si riesgo”, los porcentajes se dividen de la siguiente manera: las familias que valoraron a su primer hijo encontraron riesgo en el 48,9% de los casos, un 44,5% cuando fue el segundo, con el tercero el porcentaje suma un 2,2% y un 4,4% para al cuarto.

Tabla 34. Orden del hijo evaluado vs valoración general de riesgo por parte de las familias

	NO RIESGO		SÍ RIESGO	
	Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje
1º	66	56,4	22	48,9
2º	32	27,4	20	44,5
3º	15	12,7	1	2,2
4º	3	2,6	2	4,4
5º	1	0,9	0	0
Total	117	100	45	100

B. Nivel educativo madre

La tabla 35 recoge los porcentajes de valoración de riesgo por parte de las familias en correspondencia al nivel de estudios de la madre. Las madres que no tienen estudios valoraron riesgo en el 0,8% de los casos, aquellas con estudios primarios un 21,3%, el 41,8% fue detectado por las que disponen de formación secundaria y el restante 36,1% fue aportado por las mujeres con estudios superiores.

En cuanto a la valoración de “sí riesgo” las cantidades quedan así: el 4,2% de las situaciones de riesgo fueron detectadas por madres sin estudios, el 35,3% por las que tienen estudios primarios, el 29,2% por las que cursaron estudios secundarios y el 31,3% corresponde al riesgo observado por las madres con formación superior.

Tabla 35. Nivel de estudios de las madres vs valoración general de riesgo por parte de las familias

	NO RIESGO		SÍ RIESGO	
	Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje
Sin estudios	1	0,8	2	4,2
Primarios	26	21,3	17	35,3
Secundarios	51	41,8	14	29,2
Superiores	44	36,1	15	31,3
	122	100	48	100

C. Nivel educativo padre

La Tabla 36 recoge los porcentajes de valoración de riesgo por parte de las familias en correspondencia al nivel de estudios del padre. Sobre la valoración de “no riesgo” la muestra se distribuye así: el 1,9% de los casos se detectó por padres sin estudios, el 39,3% por varones con estudios primarios, el 31,7% con un nivel educativo secundario y el restante 27,1% por aquellos con estudios superiores.

En cuanto a la valoración de “sí riesgo” las cantidades quedan así: el 7% de las situaciones de riesgo fueron detectadas por padres sin estudios, el 34,9% por los que tienen estudios primarios, el 41,8% por los que cursaron estudios secundarios y el 16,3% corresponde al riesgo observado por los padres con formación superior.

Tabla 36. Nivel de estudios de los padres vs valoración general de riesgo por parte de las familias

	NO RIESGO		SÍ RIESGO	
	Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje
Sin estudios	2	1,9	3	7
Primarios	42	39,3	15	34,9
Secundarios	34	31,7	18	41,8
Superiores	29	27,1	7	16,3
	107	100	43	100

2.4.3. ANÁLISIS DE LOS FACTORES SOCIODEMOGRÁFICOS FAMILIARES RECURRENTES EN LAS COINCIDENCIAS

2.4.3.1. Número de hijos versus coincidencia en la valoración general de riesgo

Dentro de una muestra de 168 niños, en 71 de los casos hubo coincidencia entre las respuestas de familias y educadoras. Tras el análisis estadístico de estos datos se obtiene que este factor tiene una significación del ,023 en la prueba chi-cuadrado de Pearson.

Así, encontramos mayor porcentaje de coincidencia según el número de hijos es menor (Tabla 37). En las familias con un único el hijo el porcentaje es de 47,9%, de 45,1% para aquellas con dos hijos, de 5,6% en las que suman tres hijos y el restante 1,4% corresponde a las que tienen 6 hijos.

Tabla 37. Número de hijos vs coincidencias en valoración general

	Frecuencia	Porcentaje
Un hijo	34	47,9
Dos hijos	32	45,1
Tres hijos	4	5,6
Cuatro hijos	0	0
Seis hijos	1	1,4
Total	71	100

2.4.3.2. Orden del hijo evaluado vs coincidencia en la valoración general de riesgo

En una muestra total válida de 162 niños, el factor sociodemográfico más significativo en las coincidencias (69) es el orden que ocupa el hijo evaluado, con un valor de ,014 en la prueba de chi-cuadrado de Pearson.

En la Tabla 38 observamos los datos obtenidos, siendo el porcentaje de coincidencia del 58% en los casos de hijo único, del 37,7% cuando ocupa el segundo lugar, el 2,9% si es el tercero y un 1,4% cuando es el sexto.

Tabla 38. Orden del hijo valorado vs coincidencias en valoración general

	Frecuencia	Porcentaje
Primer	40	58
Segundo	26	37,7
Tercer	2	2,9
Cuatro	0	0
Quinto	1	1,4
Total	69	100

2.4.3.3. Análisis de otros factores sociodemográficos vs coincidencia en la valoración general de riesgo

Existen otros factores sociodemográficos estudiados en esta investigación que, aunque no son estadísticamente significativos si ofrecen información relevante y que queremos recoger.

A. *Unidad Familiar*

Tal y como se muestra en la Tabla 39, la distribución de las coincidencias en la percepción queda repartida, en relación al tipo de unidad familiar, de la siguiente manera: el 13,2% corresponde a las familias monoparentales, el 39,7% a las parejas, el 5,9 a parejas de hecho, el 35,3% a matrimonios y el restante 5,9% atañe a las situaciones de separación o divorcio.

Tabla 39. Tipo de unidad familiar versus coincidencias en valoración general

	Frecuencia	Porcentaje
Monoparental	9	13,2
Pareja	27	39,7
Pareja de hecho	4	5,9
matrimonio	24	35,3
Separación/Divorcio	4	5,9
	68	100

B. *Nivel educativo la familia*

En este caso, la Tabla 40 recoge los datos del nivel educativo de las madres y de los padres. Por un lado, entre las madres, observamos que el porcentaje de coincidencias es de 2,8% cuando no tienen estudios, un 27,4% con estudios primarios, el 35,6% habiendo cursado estudios secundarios y el remanente 34,2% cuando han realizado estudios superiores. En relación a los varones, aquellos sin estudios coincidieron un 1,6%, un 44,4% los que disponen de estudios primarios, el 30,2% de las coincidencias fueron en padres con estudios secundarios y el restante 23,8% en los casos con formación superior.

Tabla 40. Nivel de estudios de la familia vs coincidencias en valoración general

	SÍ COINCIDENCIA (Madre)		SÍ COINCIDENCIA (Padre)	
	Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje
Sin estudios	2	2,8	1	1,6
Primarios	20	27,4	28	44,4
Secundarios	26	35,6	19	30,2
Superiores	25	34,2	15	23,8
	73	100	63	100

C. Jornada laboral de la familia

Por último, recogemos en la Tabla 41. los porcentajes de coincidencia en las respuestas entre familias y educadoras en relación a la jornada laboral de los padres y las madres.

Nos encontramos que las madres que tienen jornada completa coincidieron en el 59% de los casos, el 10,3 corresponde a las que tienen horario reducido, el 20,4% a las que trabajan 4 horas al día y el 10,3% cuando lo hacen horas sueltas. Sobre los padres los datos son: el 84,25% de las coincidencias se dieron entre aquellos con jornada laboral completa, el 7,9% cuando lo hacen en horario reducido, un 5,3% si es media jornada y un 2,6 % cuando trabajan horas sueltas.

Tabla 41. Tipo de jornada laboral vs coincidencias en valoración general

	SÍ COINCIDENCIA (Madre)		SÍ COINCIDENCIA (Padre)	
	Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje
Completa (8h)	23	59	32	84,2
Reducida (6h)	4	10,3	3	7,9
Media (4h)	8	20,4	2	5,3
Horas sueltas	4	10,3	1	2,6
		100	38	100

2.4.4. FACTORES SOCIODEMOGRÁFICOS DE LAS EDUCADORAS COINCIDENTES EN LAS COINCIDENCIAS

Los factores sociodemográficos por parte de las educadoras fueron excluidos del análisis por la similitud de sus perfiles en cuanto a la información que les fue solicitada: edad, años de experiencia y formación.

3. DISCUSIÓN

Para este apartado nuevamente se presenta la información organizada según las pruebas utilizadas junto a los factores sociodemográficos.

3.1. SEGC

En la prueba **SEGC** nos encontramos con diferencias entre las respuestas de educadoras y de familias pero, al existir 3 opciones de nivel de dominio de las habilidades, las respuestas no son tan extremas como en el CSBS-DP.

Según las educadoras, el porcentaje de niños en riesgo sería de 16,5% y por parte de las familias un 2,4%. La diferencia entre ambos es considerable. De esta manera, podemos decir que las educadoras, en el entorno escolar, observan más riesgo en el desarrollo que las familias en el entorno familiar.

Referenciando los resultados con las tasas de prevalencia de trastornos del desarrollo con que contamos de hasta el 15% (King-Thomas, Hacker, 1991 citado en Álvarez et al., 2009; Bugié, 2002; “Encuesta sobre Discapacidades, Deficiencias y Estado de Salud 1999”, 2000) las educadoras estarían cerca de los porcentajes estimados pero las respuestas de las familias estarían bastante por debajo. Por tanto, hay varios dilemas al respecto: el primero sería confirmar que, verdaderamente, las familias no observan dificultades a nivel socioemocional en el ambiente familiar, quedando plasmada la influencia del entorno en el comportamiento infantil; y el segundo, supondría que la observación no ha sido ajustada y por tanto se recomendaría mantener en observación a los niños que puntuaron dentro de la categoría “cierto dominio” hasta confirmar la competencia completa tanto en el hogar como en la escuela.

En cuanto a los porcentajes de no coincidencia, estos son considerablemente altos. En la muestra completa llega al 57,6% de los 170 niños estudiados en el Gráfico Total de Crecimiento. Este porcentaje se mantiene muy similar en los distintos tramos de edad, mostrando la estabilidad del instrumento en toda la franja de edad estudiada. El mayor porcentaje de no coincidencia se encuentra en la muestra de menores de 24 meses, con un 60%.

Por tanto, a través de este cuestionario, se confirma el objetivo planteado de la distinta percepción del desarrollo entre familias y educadoras, llegando en este caso al 57,6% de la muestra completa (170 niños).

3.2. CSBS-DP

En la prueba CSBS-DP las educadoras consideraron que los niños en situación de riesgo estaban, considerando los tres segmentos teniendo en cuenta la edad, entre el 44.1% en la muestra completa, el 37,2% en menores de 24 meses y el 58,2% en los mayores de 24 meses.

En cuanto a las familias, los porcentajes de fallo en la prueba, son muy similares en cada uno de los tramos de edad. Así nos encontramos un 11,8% en la muestra completa, 12,7% para los niños menores de 24 meses y un 11,3% para los de 24 meses en adelante.

Es llamativo que entre las educadoras encontremos disparidad en los porcentajes de riesgo según el tramo de edad de hasta un 21%, mientras que esto no sucede en las respuestas de las familias, donde la máxima diferencia es de 1,4%. La discrepancia entre las educadoras nos hizo pensar, dada la edad a la que esta destinada esta herramienta, en la no estabilidad del instrumento para la muestra de mayores e iguales a 2 años pero al no suceder lo mismo en las respuestas de las familias desechamos esta idea.

Si tomamos la referencia del estudio en la que se usó esta prueba, llevado a cabo por Pierce y colaboradores (2011), el 20% de la muestra falló pero, tras el descarte de los falsos positivos (25%) esta cifra se quedó en el 15%. Al hacer la comparación, vemos que las educadoras cifraron el riesgo por encima de lo esperado: en la muestra de niños de menos de 24 meses, un 37,2%, es decir, un 17,2% más que en el estudio de Pierce.

Las familias estimaron, nuevamente, el riesgo ligeramente por debajo de las cantidades esperables pero más ajustadas a las obtenidas en investigaciones anteriores.

Llevando el paralelismo entre los distintos compuestos que forman este test y los grupos en función de la edad, se percibe que para el grupo de niños de menos de 24 meses, fueron el C. Lenguaje (56,4%) para las educadoras y el C. Lenguaje (21,8%) para las familias; para los de 24 meses y mayores, el C. Simbólico (56,4%) y el C. Comunicación y el de Lenguaje (11,3%) respectivamente. Así, para el primer grupo las preocupaciones estuvieron centradas en el mismo compuesto, no sucediendo lo mismo para los mayores.

Sobre el objetivo de esta investigación, esta prueba de nuevo confirma la distinta percepción del desarrollo entre educadoras y familias. Las cifras de no coincidencia varían según el tramo de edad, siendo del 56,4% para los menores de 24 meses y algo inferiores para el intervalo siguiente (24 meses y mayores) que suma el 44,7%. Nuevamente, la mayor tasa de no coincidencia se registra en la muestra de niños menores de los 2 años de edad.

3.3. M-CHAT

La primera cuestión en relación al uso de esta prueba es la reducción en la tasa de participación. Este fue presentado en último lugar y pudo causar confusión al pensar que era continuidad del anterior y/o quizás habían demasiados cuestionarios a responder de una sola vez. Esto nos enseña, y será tenido en cuenta en el diseño del Proyecto de Vigilancia, la importancia de cumplimentar los cuestionarios de uno en uno y no en bloque.

Lo destacable de esta herramienta es que nos ha arrojado resultados distintos a las anteriores. En este caso, las familias valoraron mayor existencia de riesgo (20,5%) que las educadoras (17,7%).

En estudios llevados a cabo en la población española la cantidad de fallos en este test fue de 16,3% en la población de Madrid y 17,25% en Salamanca y Zamora (Canal, García et al., 2010 citados en Fortea Sevilla, 2011), mientras que en una reciente investigación llevada a cabo en la provincia de Las Palmas el porcentaje de fallo fue del 7% (Fortea Sevilla, 2011). De

este modo, podemos decir que las cifras de riesgo encontradas en el estudio va en sintonía con las obtenidas en Madrid, Salamanca y Zamora y son superiores a las registradas en nuestra provincia.

Al comparar los resultados en esta prueba no se confirma de forma tan plausible el propósito planteado, siendo las “coincidencias” un 72,5% y las “no coincidencias” un 27,5%. Observamos que si existe una diferencia en la percepción que podemos entenderla dentro de unos baremos lógicos.

De todas las pruebas utilizadas, esta es la que mayor porcentaje de coincidencia ha tenido. Esto puede deberse a lo específico de sus ítems que están dirigidos a la detección precoz de los TEA mientras que el resto de pruebas, aun estando centradas en las áreas social, de comunicación y lenguaje, atienden más al desarrollo que a la búsqueda de los indicadores de un trastorno concreto.

3.4. VALORACIÓN GENERAL DE EXISTENCIA DE RIESGO

En la valoración general, entendiéndolo que es la medición menos objetiva, los resultados para la muestra completa siguen la misma tendencia que los resultados anteriores. Así, el riesgo según las educadoras alcanzaría el 64,1% y para las familias el 28,2%. Estos porcentajes son superiores a las estadísticas de prevalencia de la población infantil con trastornos en el desarrollo. No obstante, considerando que todos estos casos deberían ser derivados para una evaluación exhaustiva, una parte de ellos quedarían descartados y los porcentajes se reducirían, acercándose a las estimaciones reales.

De esta manera, de nuevo, la finalidad de la investigación queda confirmada, encontrando unos valores de “no coincidencia” que varían ligeramente en función de la muestra seleccionada. En el conjunto de la misma asciende al 57,1%, en los menores de 24 meses 63,6% y 53,5% en los iguales o mayores de 24 meses. Cabe destacar que el grupo en el que existe mayor desacuerdo es en los niños de menos de 24 meses.

3.5. FACTORES SOCIODEMOGRÁFICOS VERSUS VALORACIÓN GENERAL DE RIESGO DE LAS FAMILIAS

Para llevar a cabo esta discusión y atendiendo a las tasas de prevalencia, vamos a partir de la hipótesis de que los casos en riesgo valorados por las familias son correctos. Esto hace que los planteamientos sean puras conjeturas que, podrían aclararse en el caso de llevar a cabo una valoración de todos los niños que obtuvieron calificación de riesgo, tal y como se propone en las perspectivas de futuro.

En este caso, solo un factor ha salido significativo tras el análisis: el número de hijos. Podemos pensar que las familias con dos hijos detectaron mayor riesgo que aquellas con uno o tres. Así, al cruzar datos vemos que en la muestra de familias con un hijo el 24,4% tuvo riesgo, un 39,1% en las que tienen dos y un 11,8% en las de tres. Sin embargo, el porcentaje de “no riesgo” es decreciente según aumenta el número de hijos, es decir, a mayor cantidad de hijos menos riesgo. De este modo, cada categoría presenta una progresión distinta según este factor sociodemográfico.

Además, hay otros factores que han llamado nuestra atención:

- Sobre la influencia del nivel de estudios, vamos a considerar a la madre por ser mayor su participación en la investigación (153) frente a la de los padres (26). La muestra de riesgo es muy similar en tres de las categorías, estudios primarios, secundarios y superiores; es decir, en esta investigación el nivel de estudios no ha marcado diferencia. Esto no coinciden con lo expuesto por diversos autores (Glascoe & Dworkin, 1995; Knobloch, Stevens, Malone, Ellison & Risenberg, 1979; Regalado & Halfon, 2001 citado en Schonhaut et al., 2009) quienes concluyeron que las familias de menor nivel educativo tienden a sobrevalorar las habilidades lingüísticas de sus hijos mientras aquellas de alto nivel formativo suelen infravalorarlas. Como dato curioso, entre los padres, el mayor riesgo fue detectado por aquellos con estudios primarios.
- Atendiendo al orden que ocupa el hijo valorado y considerando las diferencias en la muestra (88-1º; 52-2º; 16-3º) hemos observado que se percibe más riesgo cuando es el segundo hijo sobre el que se res-

ponde a los cuestionarios. Este dato no hemos podido compararlo al no encontrar ninguna publicación similar.

3.6. LOS FACTORES SOCIODEMOGRÁFICOS Y LAS COINCIDENCIAS EN LA VALORACIÓN GENERAL DE RIESGO

Encontramos que son dos los factores significativos en las coincidencias entre las respuestas de educadoras y familias. Por un lado el número de hijos de la familia y por otro, el orden que ocupa dentro de los descendientes. Estos dos factores están relacionados coherentemente entre sí. De esta manera, a menor número de hijos más coincidencias existen: y el orden del hijo evaluado, en sentido descendente, es un factor que aumenta las coincidencias en percepción del desarrollo. Así, la percepción del desarrollo, por parte de familias y educadoras, de los primogénitos se asemeja más que en los siguientes hijos. La comparación de nuestros hallazgos con otras referencias no ha sido posible pues no se han encontrado publicaciones en esta dirección.

4. CONCLUSIONES

Cuando iniciamos esta investigación existía cierta seguridad en que el objetivo planteado era cierto por la experiencia acumulada en la materia. Pero la realidad ha superado nuestras expectativas. Nunca llegamos a pensar que la diferencia en la percepción del desarrollo por parte de familias y educadoras pudiera llegar entorno al 50%, superando este porcentaje en los niños de menos de 2 años. Es decir, en aproximadamente la mitad de los casos los niños son valorados de forma distinta por unos y otros. Habiendo estas diferencias, podemos entender las dificultades con las que se puede encontrar la detección de dificultades en el desarrollo en niños entre 0 y 3 años y nos indica la necesidad de que los profesionales conozcamos ampliamente las sutilezas del desarrollo infantil.

También podemos pensar que hasta el 50% de la muestra podría manifestar conductas distintas en casa que en la escuela, haciendo responder de forma distinta al observador. Así, ha quedado plasmado que una

única fuente de información no es suficientemente válida para la correcta vigilancia del desarrollo y por consiguiente, llevar a cabo un buen proceso de detección precoz requiere de diversas fuentes que puedan contrastarse, tal y como recomiendan el National Institute of Child Health and Human Development (National Institute of Child Health and Human Development, 2002) y el Erickson Institute for Advanced Study in Child Development (Horton & Bowman, 2002 citado en Allen, 2007).

Sobre el grado de coincidencia registrado los valores son similares entre las distintas pruebas salvo en el M-Chat por los motivos previamente explicados. Así, la disparidad en las respuestas se mantiene pese a usar distintos instrumentos. Es destacable el hecho de que los porcentajes de “no coincidencia” registrado sean mayores en la muestra de niños menores de 24 meses que en el resto. Al respecto podemos considerar el menor tamaño de la muestra pero también queda manifiesta la mayor dificultad para observar a los niños en esta franja de edad.

En general, por parte de las educadoras, la cantidad de niños en riesgo superan considerablemente los porcentajes que se estiman con problemas en el desarrollo, entre el 7-15% de la población infantil. Mientras tanto, parece que las familias han sabido valorar de forma más ajustada el desarrollo. Al respecto, es destacable el esfuerzo realizado por las educadoras para responder a los cuestionarios de todos los niños a los que atienden sin haber recibido entrenamiento, cuando las familias únicamente han tenido que responder sobre sus propios hijos.

La mayor percepción de peligro, que sorprendió a las propias educadoras al ver los resultados, puede deberse a varios motivos que deben considerarse para la puesta en marcha del proyecto de vigilancia del desarrollo en la E.I.:

- Necesidad de formación y entrenamiento en el uso de los test de cribado tal y como concluyó Filgueiras (2013). Es preciso un conocimiento profundo de cada ítem valorado que ayude a ajustar la observación.
- También nos indica la necesidad de contar con el acompañamiento por parte de un especialista en desarrollo infantil y en detección precoz que aporte una mirada más especializada y que ayude en lo necesario.

- Consideramos preciso establecer un calendario que permita pasar las pruebas de forma progresiva a lo largo del curso y a la misma edad del niño y no en bloque facilitará la labor a las educadoras.
- Contar con la influencia del entorno es, en nuestra opinión, muy importante. Los niños pese a estar o parecer adaptados al entorno escolar, es posible que no muestren sus capacidades socioemocionales en igual grado que en otros entornos de mayor seguridad para ellos.
- Influencia de los ratios en las aulas en el verdadero conocimiento de cada uno de los niños que forman el grupo. A menor ratio valoramos que se darán mejores condiciones para el conocimiento de cada alumno.
- Destacamos la necesidad de incluir en la jornada semanal momentos dedicados únicamente a la observación de los niños y al registro por escrito de lo contemplado.
- Por último, señalamos un fenómeno que podría llegar a darse y es la consideración de algunas conductas infantiles como típicas por la cantidad de veces que son observadas, cuando en realidad son señales de alerta. Nuevamente nos lleva a la importancia del estudio periódico del desarrollo típico como forma de mejorar la detección de las desviaciones de la norma.

Por último, atendiendo a la valoración general aplicada a cada caso, esta acción no aporta apenas datos nuevos. En general, aumenta los porcentajes de riesgo tanto según las educadoras como las familias debido a los criterios exigentes empleados. Por tanto, también sucede algo similar entre las coincidencias encontradas entre cada prueba y la valoración general, salvo en relación al M-Chat.

En relación a los factores sociodemográficos, los resultados nos resultaron llamativos pues sólo una variable ha sido significativa en la percepción de riesgo por parte de la familia, el número de hijos, y dos con las coincidencias: número de hijos de la familia y orden que ocupa el hijo evaluado. De este modo, podemos concluir que no han tenido una gran influencia ni en valoración global de riesgo de la familia ni en los niveles de coincidencia en las respuestas. Cabe decir al respecto del riesgo que se advierte más

riesgo cuando la familia tiene dos hijos y cuando el evaluado es el segundo. También se confirma la no consistencia de ciertas ideas preconcebidas acerca de las familias y sobre la influencia de factores como el nivel educativo, la disponibilidad horaria en la capacidad de observación del desarrollo de sus propios hijos. Toda esta información será tenida en cuenta en el diseño y en la implementación del proyecto de vigilancia del desarrollo que se presenta en el siguiente capítulo.

Tras el análisis de otros factores sociodemográficos, queremos recoger una serie de cuestiones que pueden contribuir a ampliar nuestro campo de conocimiento respecto a la percepción del desarrollo y cuya consideración va a contribuir a la detección precoz. Es necesario recordar que estos datos hacen alusión a la muestra obtenida, existiendo limitaciones para su generalización:

- El tipo de unidad familiar (monoparental, pareja, divorcio, etc.) no ha incidido en el porcentaje de coincidencias.
- En cuanto al nivel educativo, hemos considerado más relevantes los datos de las madres porque su participación en esta investigación ha sido considerablemente mayor que la de los padres. Los datos nos muestran que mayor nivel educativo de las madres no provoca que se haga mayor valoración de riesgo ni que las coincidencias sean mayores.
- El hecho de estar trabajando a jornada completa no ha supuesto influencia negativa sobre las coincidencias, más bien lo contrario. Se encuentran los mayores porcentajes de coincidencia en aquellos casos en los que el padre y/o la madre trabajan en jornadas de 8 horas.

Dada la delicadeza de la edad estudiada y la conocida influencia del ambiente en el comportamiento de los niños, consideramos imprescindible crear entornos escolares que faciliten una verdadera adaptación al centro, permitiéndoles mostrarse con la máxima confianza posible. Sabemos que la seguridad que da el hogar, salvo situaciones excepcionales, no es comparable a nada, ni para niños ni para adultos, pero se debe trabajar para conseguir ambientes que faciliten la transición, la socialización y el desarrollo de los niños pequeños entre 0 y 3 años.

Sobre la comunicación entre familia y escuela, apostamos por que estos intercambios incluyan elementos relacionados con el desarrollo en general y especialmente sobre al área socioemocional, y no centrarse únicamente en datos relacionados con alimentación, higiene y/o conducta. Así, ambos agentes dispondrán de más información para conocer mejor a los niños y se acercarán posturas, creándose ambos una imagen más amplia y completa de cada uno de los niños que asiste a la escuela.

Como planes de futuro, sería muy enriquecedor continuar con este proyecto y valorar a todos los niños que están en supuesto riesgo y poder concretar la cantidad real de niños en situación de riesgo y en cuántos de ellos hubo coincidencias entre las respuestas de las familias y de las educadoras.

Por último, proponemos la realización de proyectos que posibiliten la validación de los cuestionarios para la población española.

PROYECTO







CAPÍTULO 5

La vigilancia del desarrollo global desde los 0 a los 3 años desde la escuela infantil

INTRODUCCIÓN

Hoy por hoy, no hay duda de importancia de los tres primeros años de vida en el desarrollo humano. Son diversas las voces que hacen hincapié en este mismo mensaje, desde la Organización de Naciones Unidas, la Organización de las Naciones Unidas para la Educación, la Ciencia y la Cultura (UNESCO), Organizaciones Gubernamentales como Zero to Three (EE.UU) hasta asociaciones de pediatría de distintos países y la comunidad científica. Concretamente, esta afirmación ha servido para que los servicios de salud de muchos países (Estados Unidos, Gran Bretaña, Chile, España, etc.), por recomendación de las Asociaciones de Pediatría, pongan en marcha protocolos de vigilancia del desarrollo a llevar a cabo durante las visitas del niño sano.

Sin embargo, apenas se encuentran proyectos de esta índole llevados a cabo desde los centros de primer ciclo de infantil y/o investigaciones al respecto, pese a la conclusión de Canal-Bedia et al. (2014) de que la participación de la escuela contribuye a la detección y de que es preciso combinar la información de los padres con las educadoras o pediatras.

Las actuales circunstancias económicas y sociales hacen de la E.I. (0-3) un recurso necesario para la conciliación laboral y profesional de muchas familias. No obstante, es imprescindible que no sea olvidado el derecho a la educación y las características propias de estas edades, y por consiguiente, la creación de proyectos educativos ajustados y respetuosos con la idiosincrasia de esta etapa de la vida. En otras palabras, que la E.I. no

acabe siendo “un aparcamiento de niños” sino que ejerza la función que la infancia precisa en los tiempos presentes.

Aún no siendo obligatoria la escolarización en el primer ciclo de infantil, si hay un alto porcentaje que asiste a la escuela, sobre todo a partir de los 2 años. Concretamente, según el Instituto Nacional de Estadística, el 51.8% de los niños de 2 años en el curso 2012-2013 (Instituto Nacional de Estadística, 2015). La jornada escolar está entre las 3 y 8 horas de lunes a viernes, siendo en algunos casos aún mayor en función de las necesidades de cada familia. Esto supone pasar muchas horas al día lejos del entorno hogareño en unas edades en las que “es peligroso no tener asegurado el vínculo afectivo tan necesario para una buena autoestima e identificación personal” (Alcrudo, 2008). Ante esto, la E.I. tiene la oportunidad, y obligación, de hacer que tantas horas lejos del entorno familiar “merezcán la pena”, cuidando y potenciando el desarrollo infantil integral. Al mismo tiempo, es preciso que se lleve a cabo una profunda reflexión acerca del rumbo (ratios, duración jornada diaria, objetivos, prioridades, etc.) que deben tomar los centros educativos 0-3 para generar una identidad propia que entienda y respete las edades a las que atiende, que integre los nuevos conocimientos acerca del desarrollo del cerebro, que recoja las necesidades y circunstancias sociales actuales y que haga un gran aporte, presente y futuro, a la infancia, a la familia y a la sociedad. Una escuela que defienda la relevancia de los primeros años de vida y que ofrezca una profesionalidad y profesionalización por parte de los equipos humanos que se dedican a la vital tarea social, emocional, educativa y preventiva de acompañar a las familias y sus hijos.

En el capítulo 1 se ha tratado ampliamente la A.T. y el rol de la E.I. dentro de los tres niveles de prevención (primaria, secundaria y terciaria) y a los agentes y contextos implicados. Por tanto, la conexión entre ambas está perfectamente descrita a nivel teórico pero aún nos queda camino que avanzar en la aplicación práctica de las directrices del Libro Blanco de Atención Temprana en el primer ciclo de Ed.I. Este proyecto se encamina en esta dirección, aportando un protocolo, basado en la experiencia, en la reflexión y en la investigación, que permita la correcta vigilancia del desarrollo infantil desde el ámbito educativo. Se trata de un programa con

carácter dinámico, abierto a la reflexión y a la renovación y mejora a partir de la práctica.

1. LA EDUCACIÓN INFANTIL

Plantear un proyecto de esta índole precisa de la contextualización del mismo, es decir, una breve reseña acerca de la Educación Infantil que incluya elementos históricos, legislación actual y la situación actual en Canarias.

1.1. HISTORIA DE LA EDUCACIÓN INFANTIL

La historia de esta etapa educativa no está compuesta por hechos sucesivos sino que se caracteriza por su diversidad, por la influencia de diversos aportes y por prácticas que se han solapado. Discernir su evolución requiere de la consideración de cada momento histórico.

El impulso de la escolarización de menores de seis años comenzó en la primera mitad del siglo XIX por la incorporación de las madres al trabajo fuera del hogar y estaba dirigida únicamente a los hijos de las mujeres trabajadoras. Esto generó un movimiento de repulsa por parte de los pedagogos y psicólogos más conservadores que consideraban que la madre y el hogar eran el mejor núcleo para el bebé y entendían las guarderías como un recurso para colectivos sociales con grave riesgo de exclusión (gitanos, drogopedendientes, alcoholismo).

Actualmente se halla asentada sobre la misma necesidad. Así, se ha alcanzado la escolarización de casi la totalidad de la población de 3 años y la plena a partir de los 4, gracias también a la facilitación de plazas públicas de marcado carácter educativo.

La evolución acontecida a nivel europeo se puede dividir en tres etapas superpuestas parcialmente (Sanchidrián et al., 2010):

1. Pre-pedagógica: la industrialización trajo consigo que la mujer se incorporara al mundo laboral. Así, tuvieron que dejar los niños en las denominadas guarderías a cargo de personal no cualificado.

2. En esta etapa comienzan a emerger los “Infant Schools” cuyo objetivo era educar y cuidar a los niños. En España se denominaron párvulos. Inicialmente estuvieron promovidas por instituciones de caridad, religiosas o filantrópicas pero de forma paulatina fueron traspasadas a instituciones públicas.
3. Comienza en Alemania hacia la mitad del S. XIX, y en los años 70 en España los denominados jardín de infancia, apoyados por movimientos liberales y con una fuerte influencia del importante pedagogo Fröbel. A diferencia de momentos anteriores, en esta etapa si están dirigidos a todas las clases sociales. Se caracterizaban por priorizar el juego libre y las actividades frente al aprendizaje de lectura, escritura y cálculo.

El modelo vigente ofrece educación y atención global y está en manos de personal cualificado. Las diferencias entre países se encuentran entre el nº de horas diarias de asistencia, los niveles estatales de intervención y la organización de actividades. Por ejemplo, en Francia, Bélgica y España se da más importancia a los aprendizajes básicos; mientras que en Alemania y otros países nórdicos se prioriza el juego y las actividades lúdicas (Sanchidrián et al., 2010).

Entre todas las influencias que han marcado esta evolución caben citarse algunas de las personalidades del mundo de la pedagogía, la psicología y la biología tales como: Fröbel, Dewey, Montessori, Decroly, Binet, Freud, Piaget, Brunner, Ausubel, Vygotsky y Gardner. En España es merecido destacar figuras como Fernando de Castro, José Bonilla, Juan de Macías y Juliá, Pedro de Alcántara García, Francisco Giner de los Ríos, Concepción Arenal, Joaquín Sama, Micaela Ferrer, Carmen Rojo, Rosa Sensat, etc.

Sobre la historia de la Ed.I. en España, según Sanchidrián et al. (2010) debe señalarse la influencia que tuvo el final de la Guerra Civil y el comienzo de la dictadura franquista que provocó que todos los intentos renovadores que se estaban generando se interrumpieran, reduciendo la atención educativa en estas edades a actuaciones benéfico asistenciales que se concretaban en la creación de las casas-cuna, guarderías y parvularios.

El reconocimiento de la etapa infantil por parte de las leyes educativas aparece por primera vez en 1970 a través de la Ley General de Educación que reconoció la etapa de jardín de infancia (2-4 años) y preescolar (4-6 años). Posteriormente surgieron la Ley de Ordenación General del Sistema Educativo (LOGSE) en 1990, la Ley Orgánica de Calidad de la Educación (LOCE) en 2002 y la Ley Orgánica de Educación (LOE) en 2006. Los principios de la educación en cada una de estas leyes quedan recogidos en la Tabla 42.

Tabla 42. Principios de la educación infantil: LOGSE; LOCE; LOE

Leyes/Principios	LOGSE 1990	LOCE 2002	LOE 2006
Estructurada en dos ciclos:			
1º de 0 a 3 años		X	
2º de 3 a 6 años	X	Preescolar	X
Constituye una etapa educativa con entidad propia	X	X	X
Contribuirá al desarrollo físico, intelectual, afectivo, social y moral de los niños	X	X	X
Los centros docentes cooperarán estrechamente con las familias	X	X	X
Las administraciones públicas garantizarán la escolarización a quien lo solicite y apoyarán a otras administraciones públicas y organizaciones sin ánimo de lucro.	X	X	X
Admisión de alumnos con necesidades educativas especiales		X	

Fuente: Sanchidrián et al. (2010, 377)

Actualmente la consideración que recibe la Ed.I. es positiva, especialmente para la socialización. Sin embargo, y de la mano de los interesantes descubrimientos acerca del funcionamiento del cerebro, consideramos que se está generando una tendencia peligrosa: el saber pedagógico acumulado durante estos años se está desvaneciendo y en su lugar, bajo la

capacidad del niño para aprender desde edades tempranas, se están forzando aprendizajes antinaturales y no evolutivos, aun sabiendo que “enfocarse fuertemente en contenidos académicos no es evolutivamente apropiado” (Datar & Sturn, 2004; Raver & Rnitzer, 2002; Shonkoff & Phillips, 2000; Stipek, 2006 citados en Bassok, Latham, & Roem, 2014). Esta idea coincide con los planteamientos en otros países que evidencian la reducción de las oportunidades de juego frente al enfoque en las habilidades académicas y la asunción de un currículo más propio de primaria (Miller & Almon, 2009 p. 63 citado en Bassok et al., 2014). Sin embargo, es importante recordar que el derecho a jugar versus una escolarización competitiva se recoge en la Convención sobre los Derechos del Niño, en el artículo 34 (ONU, 2006).

1.2. LEGISLACIÓN ACTUAL DE LA EDUCACIÓN INFANTIL EN ESPAÑA

La Educación Infantil sigue, pese a la publicación de Ley Educativa para la Mejora Educativa (LOMCE) en 2013, regulada por la Ley Orgánica de Educación (2006) ya que la reciente ley no hace alusión a la etapa.

Además, hay otras disposiciones que aluden a la etapa de Educación Infantil. Estas serán analizadas en la fundamentación del proyecto de vigilancia:

- ORDEN ECI/3960/2007, de 19 de diciembre: currículo y ordenación de la Educación Infantil.
- Orden ECI/734/2008 del 5 marzo: evaluación en Educación Infantil.
- DECRETO 201/2008, de 30 de septiembre: contenidos educativos y los requisitos de los centros que imparten el primer ciclo de Educación Infantil en la Comunidad Autónoma de Canarias.

1.3. PRIMER CICLO DE EDUCACIÓN INFANTIL EN CANARIAS

Los hechos nos invitan a pensar que, a día de hoy, el primer ciclo de educación Infantil se encuentra “en tierra de nadie”. A nivel público las competencias están cedidas a ayuntamientos y/o gobiernos regionales, por lo que, directamente, ningún centro depende de la Consejería de Educación, máximo órgano competente en materia educativa a nivel territorial.

Es contradictorio que la etapa 0-3, con lo delicada y decisiva que es para el desarrollo de la persona sea la menos reglada por las leyes educativas y la que apenas recibe servicios (Inspección Educativa, Equipos de Orientación Educativa y Psicopedagógicos, becas, ayudas y subvenciones, recursos educativos, apoyo a NEAE, Centros de Profesorado) por parte La Consejería de Educación y Universidades del Gobierno de Canarias.

No obstante, dicha consejería comenzó en el año 2009, bajo la ORDEN 192 del 3 de febrero, un proceso de reconocimiento de centros que imparten el primer ciclo de educación infantil, tanto a nivel público como privado. A fecha de hoy, solo un número limitado de centros han obtenido dicha distinción, y por tanto, existe una gran cantidad de ellos que están fuera de normativa y funcionan sin supervisión educativa ni amparo para las familias.

Una de las consecuencias de esta situación es que solo los centros reconocidos tienen asignado un Inspector de Educación. Además, en el Plan de Trabajo Anual de la Inspección de Educación de Canarias para el curso 2014-2015, dependiente de la Consejería de Educación, Universidades y Sostenibilidad, encontramos únicamente 2 referencias directas a sus actuaciones en el primer ciclo de infantil (Inspección Educativa de Canarias, 2014):

- En Información y asesoramiento, el punto 25: “Asesorar en la gestión académica de los centros privados, en general, con especial incidencia en los de primer ciclo de infantil”
- En Control normativo el punto 40: “verificar la titulación del profesorado y las unidades de funcionamiento de los centros privados, con particular incidencia en los de educación infantil de primer ciclo.

En cuanto a los servicios proporcionados por los Equipo de Orientación Educativa y Psicopedagógica (EOEP en adelante) de cada zona no están incluidos los centros de educación Infantil (0-3) reconocidas por la Consejería.

En cuanto a los EOEP específicos, en la normativa de estos equipos no se menciona la atención al primer ciclo de Ed.I. aunque, entre sus funciones encontramos este apartado que podría suponer la colaboración pun-

tual y/o esporádica: “colaborar con otros servicios educativos, sanitarios y sociales, en actuaciones con alumnado, en el ámbito de sus competencias” (Consejería de Educación y Universidades, s.f.).

Por otro lado, existe una importante iniciativa de la Consejería de Educación, promovida por la Dirección General de Ordenación, Innovación y Promoción Educativa, que se recoge en el documento denominado “Guía para la detección temprana de discapacidades, trastornos, dificultades de aprendizaje y altas capacidades intelectuales” (Dirección general de Ordenación Innovación y Promoción Educativa, 2011) pero que solo va dirigido a niños de a partir 4-5 años. En esta guía se recomienda cumplimentar una serie de cuestionarios (alteraciones en el área de la comunicación y el lenguaje, alteraciones en la audición, alteraciones motoras, trastornos del desarrollo, trastornos de la conducta, trastorno por déficit de atención con/sin hiperactividad) a partir de infantil de cuatro años; otros, relacionados con lectoescritura y cálculo en infantil de cinco años y en primaria; y un grupo final dirigidos únicamente al alumnado de primaria los orientados a la detección de dificultades específicas de aprendizaje (DEA) y altas capacidades intelectuales. Podemos entender que hay dificultades que solo van a ser detectables a partir de cierta edad, pero hay otras que no. Los trastornos en comunicación y lenguaje, los trastornos del desarrollo, las alteraciones en la audición y las motoras pueden y deben detectarse desde los 3 años o incluso antes, pudiendo entonces tomar verdaderamente el nombre de detección temprana.

A partir de este breve análisis, podemos concluir que la Escuela Infantil 0-3 no está recibiendo el soporte por parte de las instituciones educativas que se entiende imprescindible para dar un servicio de calidad y ajustado a la delicadeza, importancia y determinación de los primeros años de vida en el desarrollo posterior.

2. PLAN INTEGRAL DE VIGILANCIA DEL DESARROLLO GLOBAL EN LA ESCUELA INFANTIL (0-3 AÑOS)

2.1. JUSTIFICACIÓN

La vigilancia del desarrollo en la E.I. es crucial por la posibilidad que da de identificar desviaciones lo antes posible y por la importancia del aprendizaje temprano para los logros académicos posteriores (Allen, 2007) pero también como mecanismo de detección precoz que complemente y/o compense las acciones llevadas a cabo por los pediatras, quienes, pese a sus buenas intenciones, están inmersos en un sistema que no facilita esta labor. Son numerosos los estudios, citados en el capítulo 2, sobre las limitaciones del sistema de salud para la identificación temprana de trastornos del desarrollo lo que viene a sugerir que la E.I., como institución, debe apoyar este proceso a través de protocolos estandarizados de vigilancia, colaborando con otros servicios y siempre con la intención de respaldar el desarrollo infantil y la calidad de vida de cada niño y su familia.

Aunque existen diferentes datos respecto a la prevalencia, aproximadamente el 10% de los niños entre 1 y 5 años tienen algún tipo de psicopatología seria, siendo menos del 10% de estos niños apropiadamente identificados antes de los 6 años (maternal Child Health Bureau. The National survey of children with special Health care needs: chartbook 2005-2006 citado en Filgueiras, Pires, Maissonette, & Landeira-Fernandez, 2013) mientras que si la escuela infantil (0-3) participara en la vigilancia del desarrollo ayudaría también a la identificación de niños que podrían requerir de intervención temprana (Gleason et al., 2010, citado en Filgueiras et al., 2013).

Existe una variedad de trastornos de base biológica que son detectados y diagnosticados con más facilidad por la evidencia de los síntomas o por su fenotipo característico (Síndrome de Down, Síndrome de Rett, Angelman, Prader-Willy) pero hay otros cuya detección entraña ciertas dificultades por no tener unos rasgos observables y/o que se van a ir pudiendo identificar en el transcurso de los primeros meses de vida. Estos son especialmente los que tienen que ver con el desarrollo neurológico o tam-

bién denominados “patologías no evidentes”, definidos por Sánchez (2000 citado en Alonso, 2014, 65) como “trastornos que afectan al lenguaje, la capacidad cognitiva o los trastornos de aprendizaje que pueden pasar desapercibidos inicialmente debido a la falta de signos precoces evidentes”. Uno de los que cada vez tiene más incidencia y cuya detección precoz es más delicada son los TEA, “cuya demora en el tratamiento repercute en el pronóstico y en el desarrollo integral de la persona” (Díaz, García & Martín, 2004 citado en Álvarez Otero & Fernández Méndez, 2014). Dentro de este grupo de “patologías no evidentes” también podríamos encontrar los trastornos de la comunicación, la discapacidad intelectual y el TDAH descritos en el DSM-5.

Por otro lado, encontramos otro tipo de trastornos que pueden mostrar los primeros síntomas en la infancia y que son de base emocional como la ansiedad, aquellos relacionados con traumas y con factores de estrés. Estas situaciones también necesitan ser atendidas cuanto antes, pues la personalidad está en pleno proceso de desarrollo desde los primeros años de vida. Diversos autores nos recuerdan que los beneficios de la intervención temprana deben ir dirigidos no solo cuando existe retraso o discapacidad sino también cuando están presentes factores de riesgo psicosocial como padres con formación limitada, problemas de salud mental, mínimo soporte social, familias numerosas con más de 3 niños en casa, ingresos mínimos, inestabilidad alimentaria o estilos muy poco responsivos (Sameroff, Seifer, Barocas, Zax & Greenspan, 1987; Glascoe & Leew, 2010 citados en F. P. Glascoe & Marks, 2011). Al respecto cabe mencionar los resultados de una investigación llevada a cabo en EEUU por parte de Briggs-Gowan & Carter (2008) tras la que encontraron que el 67,9% de la muestra analizada que mostró criterios de trastornos psiquiátricos en edad escolar, ya habían sido considerados de riesgo al aplicarles una prueba de cribado socioemocional entre los 12 y 36 meses, concretamente el Brief Infant-Toddler Social and Emotional Assessment (BITSEA).

Más allá de la etiqueta, lo más importante es la detección precoz y la posterior valoración a través de una evaluación comprensiva entendida como un proceso diseñado para profundizar en la comprensión de las competencias y recursos del niño y del cuidador y el entorno de aprendi-

zaje con capacidad para ayudar al niño a hacer uso de su potencial de desarrollo (Greenspan y Meisels, 1996 citado en Meisels y Atkins. Buernett, 2000 p.232 y citados en Allen, 2007). Con los resultados obtenidos se podrá ayudar a los padres a ajustar sus prácticas, plantear intervenciones terapéuticas, ajustar el currículo en la escuela y promover interacciones que mejoren el desarrollo y aprendizaje del niño.

A partir de toda la información recogida en capítulos anteriores, podemos concluir que llevar a cabo un proceso de vigilancia del desarrollo desde la E.I tiene, por su propia idiosincrasia, unas importantes ventajas:

- a) El contacto diario, de lunes a viernes, por tiempos de entre 3 a 8 horas, permite a los profesionales tener una gran cantidad de oportunidades de ver a cada niño en funcionamiento en un entorno natural (vs consulta médica) y social. Este escenario es un privilegiado observatorio para la detección de señales de alerta del desarrollo evolutivo.
- b) Para muchos niños la escuela supone la primera experiencia social fuera del entorno familiar, el cual le aporta el mayor grado de seguridad, salvo en situaciones extremas. La exposición a un entorno novedoso, con personas desconocidas, con un gran grupo de iguales, en el que los vínculos con el adulto de referencia aún no están creados, con un plan de rutinas nuevo, etc. puede hacer que se evidencien síntomas que antes pasaban desapercibidos.
- c) Posibilidad de observar al niño en relación a sus iguales, va a permitir ver cómo inicia nuevas relaciones y cómo interacciona y, además, al adulto le sirve para comparar unos con otros. Esto último es algo delicado y, aunque sabemos que dichas comparaciones pueden ser inevitables, es imprescindible que se tomen las planillas del desarrollo como referencia. Si solo se compara a los niños entre sí, no se tendrá una variable estable ni objetiva por lo que el proceso de detección precoz podría no ser fiable.
- d) Existe un contacto diario con las familias que permite un intercambio de información y de opiniones, siendo especialmente importante la consideración de sus preocupaciones. Además, esta familiaridad con el personal de la escuela puede ser de gran ayuda y de soporte

- emocional para aquellas cuyos hijos están en proceso de detección o diagnóstico.
- e) Facultad de llevar a cabo ajustes en la organización y en el diseño curricular para adaptar la intervención educativa a las necesidades individuales, aumentando así las oportunidades de aprendizaje.
 - f) Facilitar la transición al 2º Ciclo de Educación Infantil garantizando la coordinación entre profesionales, continuidad del proyecto educativo y la metodología para garantizar la mejor respuesta educativa posible.

2.2. FUNDAMENTACIÓN

2.2.1. LEGISLACIÓN SOBRE EDUCACIÓN INFANTIL Y LA VIGILANCIA DEL DESARROLLO

En relación a la legislación vigente en materia de Ed.I., se han reproducido aquellos apartados que guardan relación directa con el proyecto de vigilancia del desarrollo que se expone en este capítulo. Para concretar su conexión, se han destacado algunas partes del texto.

2.2.1.1. ORDEN ECI/3960/2007, de 19 de diciembre, por la que se establece el currículo y se regula la ordenación de la educación infantil

Artículo 3. Fines

1. La finalidad de la Educación Infantil es **contribuir al desarrollo físico, afectivo, social e intelectual de los niños y las niñas.**
2. En ambos ciclos se atenderá progresivamente al desarrollo afectivo, favoreciendo la creación de nuevos vínculos y relaciones, así como a que los niños y las niñas elaboren una imagen positiva y equilibrada de sí mismos y adquieran autonomía personal. Se facilitará el descubrimiento de las posibilidades del cuerpo y del movimiento y los hábitos de control corporal. Se promoverá el desarrollo de la comunicación y de la representación en distintos lenguajes, las pau-

tas elementales de convivencia y relación social, así como el descubrimiento de las características físicas, sociales y culturales del medio.

Contribuir se define como ayudar a que algo tenga lugar, por tanto la Ed.I. debe poner todos los medios a su alcance para favorecer y potenciar al desarrollo global de los niños y niñas. Así, un protocolo de vigilancia del desarrollo podría ser entendido como una acción inherente e imprescindible para la consecución de los fines de la propia etapa educativa.

Artículo 4. Objetivos

1. La Educación Infantil **contribuirá a desarrollar en los niños y las niñas 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. Conocer y apreciar algunas de sus características y costumbres y participar activamente, de forma gradual, en actividades sociales y culturales del entorno. 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.

El desarrollo de las capacidades mencionadas en este artículo depende, sobre todo en los primeros años de vida, de que los hitos evolutivos vayan sucediéndose en el momento establecido. La ausencia de los mismos van a influir directamente en el propio objetivo de la Ed.I. Así, vigilar de forma protocolizada permitirá detectar cualquier desfase y el posterior ajuste didáctico y/o metodológico necesario para dar respuesta a la situación.

Artículo 5. Áreas

4. En el primer ciclo se atenderá especialmente a la adquisición de hábitos elementales de **salud y bienestar**, a la mejora de sus **destrezas motrices** y de sus habilidades **manipulativas**, al desarrollo del **lenguaje**, al establecimiento de **vínculos afectivos** con los demás y a la regulación progresiva de la expresión de **sentimientos y emociones**.

Queda patente el carácter global de la Ed.I. pues hace alusión a todas las áreas del desarrollo. Esta circunstancia coincide con el planteamiento del Proyecto de que todas las áreas sean vigiladas a través de los hitos evolutivos, señales de alerta y los test de cribado, tanto generales como específicos.

Artículo 8. Evaluación de los procesos de enseñanza y de la práctica educativa

Los procesos de enseñanza y la práctica educativa deberán evaluarse en relación con el logro de los objetivos educativos de la etapa y de las áreas. Dicha evaluación incluirá, al menos, los siguientes aspectos:

- a) La adecuación de los objetivos, contenidos y criterios de evaluación a las características y necesidades de los niños y las niñas.
- b) La evolución de su desarrollo y de su proceso de aprendizaje.
- c) Las medidas de **individualización** de la enseñanza y de **atención a la diversidad**.
- d) La programación y su desarrollo y, en particular, las estrategias de enseñanza-aprendizaje, los procedimientos de evaluación del alumnado, la organización y el clima del aula y el aprovechamiento de los recursos del centro.
- e) El funcionamiento de los mecanismos establecidos para favorecer y garantizar las relaciones con las familias.
- f) La coordinación y la colaboración entre todos los profesionales implicados en la práctica educativa.

Las primeras señales de neurodiversidad van a darse en los primeros años de vida y es vital que desde la E.I. se detecten, se ofrezcan los apoyos necesarios y se tomen las medidas necesarias en beneficio del niño. De este modo, la adecuación de objetivos, contenidos y criterios de evaluación a las características y necesidades de los alumnos va a precisar de un buen proceso de evaluación del desarrollo y del aprendizaje que aporte información de cada uno de ellos. La implementación del Proyecto de Vigilancia del desarrollo contribuirá enormemente a este fin.

Artículo 9. Atención a la Diversidad

1. La intervención educativa debe contemplar como principio la **individualización de la enseñanza**, que en esta etapa cobra una especial relevancia, adaptando la práctica educativa a las características personales, las necesidades, los intereses, el estilo cognitivo, **el ritmo y el proceso de maduración** de los niños y las niñas de estas edades.
2. Las medidas de atención a la diversidad que los centros adopten irán encaminadas, en todo momento, a lograr que todos alcancen los objetivos de la etapa y serán siempre inclusivas e integradoras.
3. En esta etapa es especialmente relevante la detección precoz de la necesidad de apoyo educativo, con el fin de comenzar la atención individualizada lo más tempranamente posible.
4. Los centros atenderán al alumnado que presente necesidades educativas especiales, adoptando la respuesta educativa que mejor se adapte a sus características y necesidades personales y contarán para ello con la colaboración de los servicios de orientación educativa.

El primer ciclo de Ed.I. está dirigido a una edad muy delicada en la que el desarrollo es totalmente global e incluso se solapa con el aprendizaje. Por tanto, el diseño de la intervención no puede dejar de lado cuestiones relacionadas con la maduración pues inciden directamente en la adquisición de conocimientos y habilidades.

Artículo 10. Tutoría y colaboración con las familias

1. La figura del tutor resulta fundamental para favorecer el proceso de construcción personal. Por ello, el tutor será la persona de referencia que ayude a establecer un vínculo afectivo entre el niño y el centro.
2. En la Educación infantil cada grupo de niños tendrá un tutor, que será la persona de referencia para el niño, que establecerá la **relación y coordinación educativa con la familia** y tendrá la responsabilidad de coordinar todas las acciones de los profesionales que pudieran relacionarse con el niño.
3. Los tutores coordinarán su trabajo con el resto de tutores del ciclo y con todos los profesionales que intervengan en el centro con el fin de ofrecer una respuesta educativa coherente.
4. **Los centros cooperarán estrechamente con las familias generando cauces de participación y colaboración mutua** y harán explícitas las actuaciones previstas para favorecer su participación en el proceso educativo de sus hijos.

Si dentro de las funciones del tutor se añade la vigilancia del desarrollo e incluye la participación de las familias, se generará una nueva oportunidad de relación, comunicación y cooperación entre ambos agentes.

2.2.1.2. Orden ECI/734/2008 del 5 marzo. Evaluación en Educación Infantil

La evaluación en Educación Infantil está legislada por el Ministerio de Educación y Ciencia a través de la Orden ECI/734/2008 del 5 marzo. Este documento incluye 5 artículos que rigen el proceso de evaluación en esta etapa educativa y una gran parte de los enunciados se ajustarían al desarrollo de un proyecto de vigilancia del desarrollo en la escuela infantil. En esta línea, cabe destacar lo siguientes:

Artículo 2. Características de la evaluación

1. La evaluación debe ser global, continua y formativa, debiendo ser las fuentes de información las **entrevistas con la familia, la observación directa y sistemática y el análisis de las producciones de los niños.**
2. Debe ser una práctica **habitual y permanente.**
3. El objetivo es identificar los aprendizajes y ritmo y características de la evolución
4. El tutor es la persona responsable de este proceso, debiendo dejar constancia de las observaciones y **valoraciones sobre el desarrollo** y los aprendizajes de cada niño.
5. **Las consideraciones derivadas del proceso de evaluación deberán ser comunicadas de manera periódica a las familias para hacerlas partícipes del proceso educativo de sus hijos.**

En el diseño del proyecto se incluyen las mismas tres fuentes de información y respalda que la evaluación sea un proceso habitual y permanente a través del protocolo de vigilancia, del listado de hitos evolutivos y de señales de alarma. Y nuevamente, apoya la comunicación y cooperación con las familias.

Artículo 3. Documentos de evaluación

1. Cada alumno tendrá su **expediente personal** en el que se irá recogiendo la información sobre la evaluación
4. Cuando en un alumno se hayan identificado necesidades educativas especiales, se recogerá en su expediente personal una **copia de la valoración psicopedagógica, los apoyos y las adaptaciones curriculares que han sido necesarias.**
7. Al final del ciclo, y para facilitar la continuidad del proceso de aprendizaje, el tutor elaborará un informe individualizado de final de ciclo sobre los logros en su proceso de desarrollo y en la adquisición de los aprendizajes en relación con los objetivos establecidos

La presencia de información respecto al desarrollo de cada niño puede ser de gran utilidad, especialmente para los cambios de ciclo o etapa que supongan un traslado de centro y así garantizar la continuidad del proceso de aprendizaje y una correcta escolarización.

Artículo 4. Desarrollo del proceso de evaluación

1. La evaluación le corresponde al tutor del grupo
2. **Al incorporarse por primera vez un alumno a un centro de Educación Infantil el tutor realizará una evaluación inicial.**
4. A lo largo de cada uno de los ciclos y de forma continua, **se utilizarán las distintas situaciones diarias** para analizar los progresos y dificultades de los niños y niñas y para **observar tanto su proceso de desarrollo como los aprendizajes adquiridos**, con el fin de adecuar la intervención educativa a sus necesidades.
8. Se establecerán **al menos 3 sesiones de evaluación** a lo largo de todo el curso, **sin perjuicio de otras que se establezcan en la propuesta pedagógica.**

La Escuela Infantil 0-3 puede llegar a ofrecer tres niveles educativos (0-1, 1-2 y 2-3) pero lo cierto es que la mayor demanda es para el nivel de 2-3. Por ello, muchos niños, al tratarse de una etapa educativa no obligatoria, se incorporarán por primera vez con 2 años mientras que otros están desde los 4 meses. La valoración inicial a los niños de nueva incorporación es muy importante para conocer el punto de partida y si incluye la valoración del desarrollo será aún más valiosa.

Artículo 5. Información a las familias

1. Corresponde al **tutor informar regularmente a las familias sobre los progresos y dificultades detectadas en el proceso educativo de sus hijos**. Estos informes servirán para la **reflexión conjunta y la necesaria colaboración de las familias con el centro.**

2. La información recogida de la evaluación continua se compartirá y se trasladará las familias, en un **informe escrito trimestral y de forma personal las veces que sean necesarias**.
3. Los informes reflejarán los progresos efectuados por los niños y las niñas con referencia a los criterios de evaluación establecidos en el marco de la propuesta pedagógica. El **contenido y formato del informe será decidido por el equipo educativo de ciclo**.

El objetivo del proyecto y el hecho que la familia participe en él a través de la cumplimentación de los test de cribado, está claramente recogido en este artículo al mencionar “la reflexión conjunta”. Es inviable pensar el no contar con las familias en la valoración del desarrollo pues ellos son los únicos que pueden observar, salvo en situaciones extremas a nivel social, a los niños en su entorno de mayor seguridad. La combinación de la información de las familias junto a la de las educadoras va a ser muy reveladora, tal y como hemos podido ver en el capítulo 4.

El informe trimestral tiene un carácter flexible y esto podría permitir la incorporación de hitos evolutivos clave, que, como se explica en los elementos del proyecto, van a contribuir a que la familia esté al tanto del desarrollo y amplíen sus conocimientos al respecto.

2.2.1.3. DECRETO 201/2008, de 30 de septiembre

En este decreto se establecen los contenidos educativos y los requisitos de los centros que imparten el primer ciclo de Educación Infantil en la Comunidad Autónoma de Canarias. Este decreto es el único que ha sido publicado para el ámbito de la Comunidad de Canarias.

No incluye aspectos distintos, en relación al Proyecto presentado, a los ya destacados en los apartados anteriores

2.2.2. CONSIDERACIONES PREVIAS PARA SU DISEÑO

Las ideas plasmadas en este proyecto son reflejo de la investigación llevada a cabo, de años de estudio, experiencia y reflexión y además, para su

concreción, se han tenido en cuenta las directrices de distintas organizaciones.

2.2.2.1. Información procedente de las educadoras infantiles y directoras participantes en la investigación

Como cierre del proceso de investigación llevado a cabo en los centros, se diseñó una encuesta anónima (anexo 14) dirigida a las educadoras participantes y las directoras. El objetivo fue conocer su opinión respecto a la vigilancia del desarrollo y al propio proceso llevado a cabo. La participación fue del 50% por lo que hay conclusiones que no pueden generalizarse pero si son valiosas para la preparación del proyecto.

De entre las encuestas recogidas, las conclusiones son:

- Las educadoras se consideran más responsables de la vigilancia del desarrollo que los pediatras.
- El 100% de participantes piensa que la escuela debe vigilar el desarrollo
- El 100% considera que la familia debe participar de este proceso
- En cuanto a la valoración que conceden a los elementos necesarios para la correcta vigilancia:
 - Otorgan la mayor relevancia a la formación específica, al proceso de diagnóstico posterior y a recibir atención temprana.
 - Valoran de forma intermedia los conocimientos sobre el desarrollo, la experiencia y contar con personal cualificado.
 - Dan menos valor a la coordinación entre servicios, al uso de pruebas de cribado y a la observación junto al juicio clínico.
- Otras cuestiones a destacar:
 - Indican la dificultad para observar el desarrollo.
 - Se aprecia cierta infravaloración de la capacidad de las familias para observar el desarrollo de sus propios hijos.
 - Exponen la necesidad de contar con profesionales cualificados para informar a las familias.

Tras el análisis reflexivo de la información recolectada, podemos concluir que:

- Las educadoras son conscientes de su rol en cuanto a la vigilancia del desarrollo pero saben que necesitan formación y apoyo para llevarlo a cabo. No obstante, al otorgar menos valoración a la observación y al uso de pruebas de cribado podríamos pensar que los mecanismos para vigilar el desarrollo no están claros. Es fundamental que entiendan que, tal y como dijo Rydz (2005), la identificación es inefectiva cuando se basa sólo en la vigilancia rutinaria y por tanto es preciso el cribado del desarrollo.
- Les importa mucho que los procesos posteriores (diagnóstico y tratamiento) funcionen correctamente, por lo que generar un proyecto que los garantice motivará la implicación y participación de las educadoras. Esto coincide con las ideas, expuestas en el capítulo 2, de Wylly (1997), Glascoe (2013), Zero to Three (2010) y en el Libro Blanco de AT (2001).
- Saben que la familia debe participar pero se aprecia cierta “infravaloración” de su capacidad para observar el desarrollo (esto se observa más con familias de nivel socio-económico-cultural bajo). Al respecto, la formación debe ir encaminada a generar habilidades y estrategias que potencien el trabajo en equipo entre educadoras y familias y al reconocimiento de las observaciones hechas por padres.

2.2.2.2. Directrices procedentes de distintas organizaciones

A día de hoy, haciéndose evidente tras la búsqueda bibliográfica, el trabajo de investigación y de creación de programas procedente de Estados Unidos es una de las principales fuentes de referencias y directrices con la que contamos. Respecto al desarrollo del proyecto de vigilancia del desarrollo infantil existen 3 menciones muy valiosas que han sido tenidas en cuenta:

- 1) El National Institute of Child Health and Human Development (Instituto Nacional de Salud Infantil y Desarrollo Humano), organización que forma parte del Departamento de Salud y Servicios Humanos

de Los Estados Unidos (National Institute of Child Health and Human Development, 2002) recomienda:

- a. Basar los instrumentos en la teoría y datos del desarrollo del niño.
 - b. Desarrollar medidas que tengan relevancia práctica.
 - c. Uso de procedimientos de evaluación apropiados para la población.
 - d. Incluir evaluación directa con el niño y reporte de la familia y las educadoras (múltiples medidas de diversas perspectivas).
 - e. Uso de medidas con adecuadas propiedades psicométricas.
 - f. Establecer y mantener directrices para el entrenamiento y la administración de las pruebas de cribado.
 - g. Desarrollo de sistemas eficientes e integrados de evaluación que proporcionen medidas robustas a través de todas las áreas del aprendizaje.
 - h. Son necesarios 2 grupos de instrumentos: generales y específicos.
- 2) El Erickson Institute for Advanced Study in Child Development (Instituto Erickson para el estudio avanzado del Desarrollo Infantil) (Chicago, EEUU) concreta que los componentes más importantes de un programa de evaluación para niños pequeños en la escuela infantil son (Horton & Bowman, 2002 citado en Allen, 2007):
- a. La primera prioridad es forjar una fuerte y útil conexión entre el currículo y la evaluación de las habilidades y conocimientos del niño.
 - b. Llevar a cabo una evaluación individualizada a través de métodos informales que contribuyan a la comprensión de las habilidades y el conocimiento.
 - c. El uso de herramientas de cribado para testar el desarrollo al menos una vez al año.
 - d. Participación de las familias.

A estos componentes, un grupo de autores añaden el uso de herramientas acordes al desarrollo y que evalúen distintos dominios de funcionamiento (Anastasi & Urbina, 1988; Meisels & Atkins-Burnet, 2000 y Sattler, 1988 citados en Allen, 2007).

- 3) Además, según Sattler, profesor emérito de la Universidad de San Diego y experto en evaluación infantil, hay 4 directrices que pueden incrementar la precisión diagnóstica y desarrollar mejores planes de intervención (Sattler, 2010):
- a. Usar un enfoque de amplio espectro para la evaluación clínica, es decir, disponer de diversas fuentes para obtener información sobre el comportamiento del niño.
 - b. Emplear variedad de procedimientos de evaluación, es decir, aplicar múltiples métodos como la observación en el aula y en el hogar.
 - c. Emplear más de un método para evaluar un dominio concreto.
 - d. Evaluar al niño en más de una ocasión.

2.3. OBJETIVOS

2.3.1. OBJETIVO PRINCIPAL

El objetivo principal de este proyecto es mejorar la calidad de vida, presente y futura, de los niños y sus familias a través de un sistema de detección precoz de riesgo en el desarrollo, que posibilite una valoración diagnóstica y que active, en caso necesario, la intervención terapéutica temprana con sus beneficios asociados.

2.3.2. OBJETIVOS ESPECÍFICOS

Afortunadamente, un proyecto de estas dimensiones tiene otros objetivos específicos que van a beneficiar a toda la comunidad educativa:

- Dar respuesta a los desafíos (retrasos o trastornos) del desarrollo infantil desde la escuela y desde el aula.
- Aumentar la competencia profesional del equipo educativo.
- Empoderar a las familias a través de la información y participación.
- Incrementar la calidad de los servicios prestados por la Escuela Infantil.

2.4. ELEMENTOS DEL PROYECTO

A continuación se presentan los contenidos que forman el proyecto y que incluye acciones administrativas, de recursos humanos, de formación y de cooperación con las familias. Aunque se describen de forma aislada, es necesario mencionar que no se trata de departamentos estancos sino que son elementos interconectados y que se retroalimentan.

2.4.1. DEPARTAMENTO DE ORIENTACIÓN

Para desarrollar este proyecto es preciso contar con un departamento que dirija y organice todos los procedimientos relacionados con el mismo. Este servicio, perteneciente a la misma organización escolar o como servicio externo, estará formado por profesionales con estudios universitarios (Licenciatura o Grado) y con formación específica en Atención Temprana y/o en desarrollo infantil. Como mínimo es preciso contar con un psicopedagogo (en el caso de los psicopedagogos del plan de estudios 10/1995 y 11/2000 deberán haber cursado Magisterio de Educación Especial preferentemente) o un psicólogo y a partir de ahí, pueden añadirse las figuras del maestro de educación infantil, del terapeuta ocupacional pediátrico, del trabajador social, etc. en función de las características del centro y las demandas consiguientes. Siguiendo a Rydz (2005), es importante que el profesional encargado de llevar a cabo la detección precoz tenga un aceptado rol de autoridad, tal y como sucede con los pediatras. Por ello la demanda de un alto nivel de formación y experiencia.

Las funciones del Departamento en materia de la vigilancia del desarrollo son:

- Formación del equipo educativo.
- Mantener contacto con las familias a través de reuniones, entrevistas, etc.
- Planificar el protocolo de vigilancia.
- Apoyar y supervisar al personal educativo en la tarea de la vigilancia del desarrollo.
- Corregir los cuestionarios utilizados y agilizar la toma de decisiones.

- Llevar a cabo la valoración y el seguimiento de todo el alumnado.
- Coordinación con otros servicios (pediatría, neurología, asuntos sociales, centros de atención temprana, rehabilitación, etc.) y asociaciones a través de reuniones, llamadas telefónicas o informes de coordinación.
- Seguimiento de los niños derivados a servicios de valoración y/o tratamiento.
- Coordinación con 2º Ciclo de Educación Infantil
- Evaluación del Proyecto.
- Investigación

Si comparamos este departamento con otros servicios públicos existentes, podríamos equipararlo, de alguna manera, con los Equipos de Orientación Educativa y Psicopedagógica. Una de las referencias más afines a este proyecto la podemos encontrar en los EOEP de Atención Temprana (Dirección General de Educación Infantil Primaria y Secundaria de la Comunidad de Madrid, s.f.) con los que cuenta la Comunidad Autónoma de Madrid. Estos equipos llevan a cabo las siguientes acciones: actuaciones preventivas de la aparición trastornos y del agravamiento de discapacidades, coordinación con otras instituciones del sector y detección y atención de los problemas de desarrollo en los primeros años de vida, determinando las necesidades educativas especiales.

Los destinatarios de sus servicios son:

- Los equipos educativos de las escuelas infantiles de la Red Pública.
- Los alumnos escolarizados en escuelas infantiles de la Red Pública y sus familias.
- Los niños no escolarizados, menores de seis años, residentes en su sector.

2.4.2. FORMACIÓN DEL EQUIPO EDUCATIVO

Es discordante que la etapa 0-3, con lo delicada y decisiva que es para el desarrollo de la persona sea la que exige menor nivel formativo a los profesionales, concretamente Formación Profesional de Grado Superior

(2000 h de formación, divididas en 2 años escolares) y que además este colectivo profesional tenga sueldos muy bajos en relación al nivel de responsabilidad que asume. Aquí puede verse todavía el reflejo del carácter asistencial que se le otorgó a la entonces denominada guardería y que pareciera que aún no se ha superado pese a haber cambiado la denominación a Escuela Infantil y estar incluida en la legislación educativa.

Sin embargo, para trabajar en el 2º ciclo (3-6 años) se requiere el Grado de Educación Infantil, que se cursa en 4 años y contiene 240 ECTS (Sistema Europeo de Transferencia de Créditos) equivalente a 6000 horas.

No obstante, la formación continuada es, para cualquier profesión, no sólo una necesidad sino un derecho de los trabajadores. Todo organización debe, dentro de su Plan de Empresa, contemplar acciones formativas que van a beneficiar tanto al propio personal como a los usuarios. Para los primeros, son destacables la adquisición de conocimientos y destrezas, el perfeccionamiento, la disminución de la sensación de estancamiento profesional, la productividad, la eficiencia; además, la entidad también sale favorecida por la confianza que se genera en la propia organización, la adhesión y sensación de pertenencia que se genera y el incremento de la motivación y participación de los empleados.

El XI Convenio Colectivo de Ámbito Estatal de Centros de Asistencia y Educación Infantil recoge en dos de sus capítulos referencias a la formación. Por un lado, en el capítulo X, los artículos 36, 37 y 38 concretan el Derecho a la formación, la formación para el empleo y los exámenes oficiales respectivamente; por otro lado, el capítulo XIII, en el artículo 56, alude a los complementos de desarrollo y perfeccionamiento profesional. Según este artículo, cada trienio la empresa debe organizar o autorizar acciones formativas por un total de 60h de formación, lo que supondría 20 horas anuales. A priori esta cantidad de horas podría parecer insuficiente para dar respuesta a todas las necesidades y requerimientos precisos para conseguir los beneficios anteriormente nombrados.

Por tanto, un buen programa de vigilancia del desarrollo debe incorporar las acciones formativas periódicas necesarias que incorporen, refuercen y/o amplíen los conocimientos sobre los siguientes temas:

- Desarrollo típico integral: hitos evolutivos, desarrollo del cerebro, observación estandarizada del desarrollo.
- Factores de riesgo de trastornos del desarrollo.
- Estrategias de comunicación con las familias en relación al desarrollo infantil.
- Vigilancia del desarrollo a través de la observación de las señales de alerta.
- Pruebas de cribado: concepto, beneficios y aplicación. Entrenamiento específico en las herramientas a utilizar.
- Ajustes curriculares.
- Inclusión educativa: respuesta desde el aula a los trastornos del desarrollo.
- Formación personal.

Dentro de este proyecto, es destacable el valor dado a la formación personal del equipo educativo. Contar con profesionales concienciados, motivados e ilusionados es imprescindible por la calidad que estos elementos aportan a la labor educativa y preventiva y por que se extenderá entre toda la comunidad educativa (familias, personal no educativo) y mayor será el beneficio para los niños.

Además, consideramos preciso superar un posible efecto derivado de la corta estancia (tres cursos máximo) de los niños en las escuelas que solo ofrecen el primer ciclo de Ed.I. El hecho de que cambien de centro puede suponer que el equipo educativo no pueda hacer el seguimiento de su evolución y no comprueben si sus acciones fueron ajustadas a las características y necesidades de cada uno de ellos. Además, nadie les podrá pedir explicaciones y/o responsabilidades al respecto, cosa que si sucede en los centros en los que hay continuidad. Por tanto, no reciben una retroalimentación que mejore y/o afiance su práctica y esto podría provocar que los niveles de compromiso, responsabilidad, implicación se vean “amenazados” y por tanto, la formación debe tener en cuenta estas circunstancias para prevenirlas y/o compensarlas.

2.4.3. FAMILIAS: INFORMACIÓN Y PARTICIPACIÓN

Como decía Winnicott (1993):

no existe tal cosa llamada bebé. El bebé existe siempre con alguien más una mamá que lo corporaliza, lo construye, lo invita amorosamente a vivir, la que cumple la función materna, que debe ser lo suficientemente buena para garantizar su salud física y psíquica.

En esta línea, la escuela debe cuidar, favorecer y respetar la unidad familiar y, en relación al proyecto, puede hacerlo informándolas y favoreciendo y valorando su participación.

La información que manejan las familias respecto al desarrollo infantil varían mucho de unas a otras y por lo tanto sus necesidades y dudas también. Es frecuente observar como los mayores conocimientos están relacionados con los cuidados básicos y en menor medida sobre el desarrollo del cerebro. Tal y como señala Siegel (2012 p.19):

Incluso los padres más afectuosos y cultos a menudo carecen de la información básica sobre el cerebro de su hijo. ¿No es sorprendente? Sobre todo cuando uno tiene en cuenta el papel fundamental del cerebro en prácticamente todos los aspectos de la vida del niño que preocupan a los padres: la disciplina, la toma de decisiones, la conciencia de sí mismo, el colegio, las relaciones, etc. De hecho, el cerebro determina en gran medida quiénes somos y que hacemos.

Es muy importante que la escuela, dentro de su labor comunitaria, contribuya al conocimiento de las familias acerca del desarrollo infantil integral y sobre cómo respaldarlo desde el hogar. Para informarles se llevarán a cabo distintas acciones:

- Reuniones informativas periódicas.
- Folletos informativos sobre desarrollo infantil en cada etapa: hitos evolutivos y señales de alerta, sugerencias para respaldarlo desde casa, orientaciones, etc.

- Disponibilidad del Departamento de Orientación para atender a las familias (dudas, preocupaciones, etc.).

Este enfoque ayudará a los padres a reconocer que los profesionales son una fuente de información útil y a aumentar la sensación de que los servicios del profesional son relevantes, oportunos y dignos para los esfuerzos sustanciales que supone acudir a las citas (Sices et al, 2008 citado en F. P. Glascoe & Marks, 2011).

Estas vías de información van a ser de gran utilidad para los tres grupos de familias que podemos encontrar, según Wetherby et al. (2003), en relación a las preocupaciones sobre el desarrollo evolutivo: un primer grupo que son las primeras en alertarse al respecto y con las que es muy importante comenzar un proceso de cribado. Otras se preocupan pero su hijo muestra un desarrollo típico y requieren información sobre los hitos evolutivos. Un tercer grupo representa a la población que presenta retraso y sus familiares no son conscientes de ello, pudiendo ser difícil para ellos asumir que su hijo no se está desarrollando como se espera. Ante esta situación, es importante no alarmarlas más sino ofrecer soporte al tiempo que van surgiendo las complicaciones, recordando que puede ser muy confuso para una familia que un profesional le diga que todo va bien y otro le muestre su preocupación.

En cuanto a la participación, es clave que las familias se sientan valoradas y competentes en este proyecto: cuidar a ellas también es cuidar a los niños. Cuando los padres están activamente involucrados en la detección precoz es más probable que acudan a las visitas programadas y sigan las recomendaciones de los profesionales (Smith, 2005; Schonwald et al, 2009 citado en F. P. Glascoe & Marks, 2011).

Las familias podrán participar de forma activa en la vigilancia del desarrollo de, al menos, estas cuatro maneras:

- Asistencia a reuniones con la educadora o con personal del Departamento de Orientación.
- La cumplimentación de las pruebas de cribado establecidas.
- Asistencia a la escuela para observar “sin ser observados” algunos momentos de su hijos con el objetivo de profundizar en el conoci-

miento del desarrollo. Este será muy valioso en las situaciones en las que los cribados rellenos por las familias y educadoras difieren en los resultados.

- Aportando videos hechos en el entorno familiar que muestren distintos aspectos del desarrollo, del comportamiento del niño, que enriquezcan el proceso de vigilancia del desarrollo.

2.4.4. VIGILANCIA Y CRIBADO DEL DESARROLLO

Este programa incluye dos formas principales de obtención de información, la observación directa y las pruebas de cribado aportando mayor calidad y eficacia a la vigilancia.

2.4.4.1. Vigilancia a través de la observación

La vigilancia del desarrollo desarrollada a través de la observación tiene 3 vertientes:

1. Plantilla de hitos evolutivos y señales de alerta

El Departamento de Orientación se encargará de diseñar unas plantillas de valoración del desarrollo para cada grupo y edad, incluyendo hitos evolutivos y señales de alerta, que las educadoras irán completando de forma paralela al currículum estrictamente educativo. De esta manera, se vigilará el desarrollo de todos los niños, haciendo especial énfasis en aquellos con hermanos mayores con trastornos en su desarrollo. Así, por ejemplo, en familias con hijos con Trastorno de Espectro Autista la frecuencia estimada de que los hermanos pequeños también lo desarrollen es del 14% (Constantino JN, Zhang Y, Frazier T, Abbacchi Am, Law P, 2010 citado en Zwaigenbaum et al., 2015).

Dada la relevancia del desarrollo socioemocional enunciado por Greenspan y Wieder, descrito en el capítulo 3, se tomarán como referencia los hitos evolutivos de las etapas socioemocionales para la elaboración de estas guías de observación. Además, existen otras reseñas destacables

a tener en cuenta para su realización como la campaña “Conozca los signos, Reaccione pronto” desarrollada por El Centro de Control de Enfermedades (CDC) de Estados Unidos (2009), el Hawaii Early Learning Profile 2º Edición (HELP) (Parks, 2006) que también está disponible en español y otras iniciativas nacionales como el blog desarrolloinfantilyatenciontemprana.blogspot.com.es desarrollado por profesionales de A.T. de León.

2. Incorporación de hitos evolutivos a los boletines trimestrales de evaluación

En los boletines de evaluación trimestrales se incluirán los hitos evolutivos más relevantes, en bloques de tres meses, observados a través de las plantillas de registro mencionadas y las recomendaciones básicas para favorecer el desarrollo desde el entorno familiar. El objetivo es compartir con las familias, también por este medio, información al respecto y reforzar así sus conocimientos. Cuanto más implicada e informada esté la familia, mayor será el beneficio para los niños. Es importante recordar que toda situación de riesgo siempre será comunicada a través de una reunión/tutoría con la familia y no a través del boletín de evaluación trimestral. La forma en que se organizaría a lo largo del curso queda recogida en la Tabla 43.

Tabla 43. Modelo de Calendario de Vigilancia por observación de hitos evolutivos

TRIMESTRE 1	TRIMESTRE 2	TRIMESTRE 3
Evaluación inicial	Observación de hitos	Observación de hitos
Observación de hitos		Evaluación final
Boletín de evaluación		
valorar en función del caso la inclusión para niños de nueva admisión	Boletín de evaluación	Boletín de evaluación

Fuente: elaboración propia

3. Observación por parte del Departamento de Orientación

Los profesionales que formen parte del Departamento de Orientación llevarán a cabo sesiones rutinarias de observación del desarrollo, a petición de las educadoras o de las familias, en los distintos espacios y rutinas de la escuela con el fin de obtener información a través de un análisis más especializado de las situaciones. Los datos recogidos se compartirán con la educadora de cada grupo a través de reuniones establecidas y, a partir de las conclusiones, se tomarán las decisiones que se consideren más beneficiosas para cada niño.

2.4.4.2. Vigilancia a través de sistemas de cribado

La experiencia y la formación son dos elementos muy importantes en la detección precoz pero el uso de cribados del desarrollo, dadas sus características, debe ser “implementado como estrategia para la mejora de la detección de problemas por parte de los equipos educativos de las escuelas infantiles 0-3” (Alonso, 2014, p. 68). Esta medida puede resultar novedosa dentro del ámbito escolar, especialmente en el primer ciclo de Ed.I., pues de forma tradicional se ha utilizado más en el ámbito sanitario y clínico; aún así, es importante que las educadoras entiendan el valor de estas herramientas, se familiaricen con ellas y las utilicen de forma rutinaria.

Es muy valioso ofrecer a las familias el uso combinado de test completados por ellos mismos y evaluación directa por parte de profesionales. Aquellas familias que elijan ambos tendrán la oportunidad de converger informaciones que, si son discrepantes, darán pie a explorar las razones (A. Wetherby, Goldstein, Cleary, Allen, & Kublin, 2003). La combinación de ambas fuentes de información, familia y educadoras, es la mejor estrategia que puede llevarse a cabo.

Además de las pruebas de cribado, para la evaluación del desarrollo existen otras herramientas disponibles y que han mostrado claramente su validez, como son la Escala Bayley del Desarrollo Infantil y el Inventario de Desarrollo Battelle, pero ambos requieren de entrenamiento especia-

lizado, de tiempo de aplicación y son costosas, lo que imposibilita su uso en las guarderías (Filgueiras et al., 2013); mientras que, tal y como se ha detallado en el capítulo 2, los cribados del desarrollo son herramientas diseñadas para identificar aquellos niños que precisen de una evaluación más exhaustiva y una gran cantidad de estos instrumentos están preparados para que sean las familias y/o las educadoras quienes los cumplimenten.

El proyecto de vigilancia incluye el uso de diversas pruebas, todas ellas descritas en el capítulo 2. Las dos herramientas principales van a ser el Ages and Stages Questionnaire®-3 (J Squires, Twombly, Bricker, & Potter, 2009) como cribado general y el Perfil de Desarrollo de la Escala de Conducta comunicativa y Simbólica (CSBS-DP)(A. M. Wetherby & Prizant, 2002) como cribado específico. Han sido seleccionadas por la validez de sus constructos, por sus valores psicométricos y por ser dos pruebas de bajo coste o incluso de libre acceso. Es preciso recordar que estas pruebas, lamentablemente, aún no están validadas para la población española pero si están traducidas y son utilizadas en nuestro país y otros países de habla hispana.

El diseño del calendario de aplicación se ha elaborado dividiendo los niveles educativos según año natural, así encontramos las 3 posibles opciones de escolarización en función de la edad de inicio, es decir, en el nivel 0-1 año, el de 1-2 años y el de 2-3 años tal y como se muestra en la Tabla 44. Así, para los niños que comienzan en la escuela entre los 4 y 9 meses les corresponderá el itinerario 1, para aquellos que comienzan con 16-22 meses seguirán el itinerario 2 y el itinerario 3 está destinado a los niños que se escolarizan con 28-34 meses. No obstante, si la división de niveles respondiera a otro criterio, el calendario se reorganizará adecuándose al mismo.

Tabla 44. Modelo de Calendario de vigilancia del desarrollo a través del uso de pruebas de cribado

	0-1 AÑO		1-2 AÑOS		2-3 AÑOS	
	SEPTIEMBRE: 4-9 meses	MAYO 13-19 meses	SEPTIEMBRE 16-22 meses	MAYO 25-31 meses	SEPTIEMBRE 28-34 meses	MAYO 35-43 meses
ITINERARIO 1	<ul style="list-style-type: none"> • 13 meses: CSBS-DP • 10-15 *meses: ASQ-3 *A determinar en función de fecha de nacimiento menos a los 12 meses		<ul style="list-style-type: none"> • 22-26* meses: ASQ *A determinar en función de fecha de nacimiento menos a los 24 meses		<ul style="list-style-type: none"> • 32-38* meses: ASQ *A determinar en función de fecha de nacimiento menos a los 36 meses	
ITINERARIO 2	 Nueva admisión		SEPTIEMBRE 16-22 meses	MAYO 25-31 meses	SEPTIEMBRE: 28-34 meses	MAYO 35-43 meses
			<ul style="list-style-type: none"> • 20-24,5* meses CSBS • 26-28 meses: ASQ *A determinar en función de fecha de nacimiento menos a los 24 meses		<ul style="list-style-type: none"> • 32-38* meses: ASQ *A determinar en función de fecha de nacimiento menos a los 36 meses	
ITINERARIO 3	 Nueva admisión		 Nueva admisión		SEPTIEMBRE 28-34 meses	MAYO 35-43 meses
					<ul style="list-style-type: none"> • 32-38* meses *A determinar en función de fecha de nacimiento menos a los 36 meses	

Fuente: Elaboración propia

Además de las pruebas ya mencionadas, es preciso contar con otras específicas para profundizar en la detección y además de herramientas estandarizadas de desarrollo:

A. Cribados específicos

Estos tratan de estudiar áreas concretas o buscan conductas prototípicas de un determinado trastorno. Su uso como 2ª fase en la detección precoz en niños que muestran un desvío en su desarrollo evolutivo está recomendado por la Academia Americana de Neurología y por la Sociedad de Neurología Infantil (Filipek et al. 2000 citado en Oosterling et al., 2009).

Los instrumentos seleccionados y que se han descrito en el capítulo dos son:

- M-Chat (Robins, Fein, Barton, & Green, 2001).
- Perfil Sensorial para bebés y niños pequeños (Dunn, 2002).
- ASQ:SE-2 (Jane Squires, Bricker, & Twombly, 2015).

Por último, respecto a las pruebas para la detección precoz, es interesante tener presente iniciativas que se están llevando a cabo en nuestro país. Concretamente, la Facultad de Psicología de la Universidad de Valencia está desarrollando una prueba de detección precoz de trastornos del desarrollo (0-36 meses) para padres y cuidadores (SDPTD). Actualmente está en proceso de validación bajo la dirección del Dr. Alcantud y por parte del Dr. Rico y la Dra. Alonso. Uno de los mayores valores de esta propuesta es la inclusión de fotos y videos para ilustrar los distintos hitos evolutivos evaluados.

B. Pruebas de desarrollo

La escuela, a través del Departamento de Orientación, contará con al menos una prueba de desarrollo. Estas herramientas son test estandarizados que miden el desarrollo infantil respecto a la norma, indicando la edad evolutiva y los porcentajes de retraso. Dentro de la variedad existente, Fernández y Riquelme (2006 citado en Observatorio Social de Universidad Alberto Hurtado, 2009) recalcan que los mejores instrumentos son el Inventario de Desarrollo Battelle (Newborg, Stock, & Wnek, 1998) y la Escala del Desarrollo Bayley (2005) según los estándares de oro internacionales para la evaluación del desarrollo global. El contrapunto es que requieren de un escenario adecuado y de aplicadores entrenados lo que puede su-

poner una desventaja, mayor gasto de recursos y tiempo. Respecto a estas herramientas, en España disponemos del Inventario de Desarrollo Battelle completo desde 1996, incluido el screening, y validada para nuestra población; sin embargo, la reciente publicación de la versión española del Bayley-3, en mayo de 2015, sólo incluye tres áreas del desarrollo (cognitiva, motora y lenguaje) y no ha incorporado otras áreas (socioemocional y adaptativa) ni el screening que sí están en la versión original.

Por otro lado, encontramos una opción actual y muy completa en la Escala de Desarrollo Revisada Merrill-Palmer adaptada para la población española (Roid & Sampers, 2011), que ofrece importantes ventajas para su uso en la E.I. como la inclusión de todas las áreas del desarrollo (frente al Bayley que sólo incluye 3 áreas en la versión española publicada en 2015) y combina diversas fuentes de información (observación, ejecución y cuestionarios para padres o profesores) y la desventaja de no tener prueba de screening.

2.6. TEMPORALIZACIÓN DEL PROYECTO

El desarrollo del proyecto requiere para su puesta en marcha de, como mínimo, dos cursos escolares. Un primero para la dotación del Departamento de Orientación y la preparación del equipo educativo y a partir del segundo curso la vigilancia del desarrollo propiamente dicha.

2.6.1. CREACIÓN DEL DEPARTAMENTO DE ORIENTACIÓN

El primer paso dentro de este proyecto corresponde a la dotación (personal, material, instalaciones, etc.) del departamento atendiendo a los requerimientos del centro. Si el equipo estuviera formado por más de un profesional, el psicopedagogo o psicólogo con más formación, experiencia y habilidades de liderazgo ejercerá la función de coordinación.

El departamento, una vez esté conformado, llevará a cabo las siguientes tareas:

- Elaboración del material docente para la formación del equipo educativo. El diseño del plan de formación será específico para cada centro, con sus características y necesidades.

- Elaboración del material de información a familias adaptado a los perfiles socioculturales existentes en la escuela.
- Adquisición de pruebas de cribado, creación de listados de hitos del desarrollo y de señales de alerta.
- Elaboración de la documentación para la inclusión del Proyecto en la Propuesta Pedagógica.

2.6.2. FORMACIÓN A EDUCADORAS

Asegurar la correcta vigilancia del desarrollo por parte de las educadoras precisa de un proceso de preparación del equipo que incluya formación personal, teórica y práctica. El proceso durará un mínimo de 6 meses. Se iniciará con una toma de contacto y una “evaluación inicial” sobre la que crear un programa de formación ajustado a la realidad del centro y del equipo educativo y se llevará a cabo a través de sesiones periódicas tipo seminario, taller, clases, etc.. Los contenidos iniciales han sido recogidos previamente.

2.6.3. INFORMACIÓN A FAMILIAS

Las familias son las más interesadas en el bienestar y correcto desarrollo de sus hijos. La novedad de hacerles partícipes de la vigilancia del desarrollo desde la Escuela, junto a otros motivos, puede hacer que baje el porcentaje de participación, tal y como ha sucedido en la investigación llevada a cabo. Incorporarlas en esta serie de acciones tiene, como se mencionó en el capítulo 2 múltiples beneficios y por tanto, se debe aportar toda la información necesaria (objetivos del proyecto, provecho para sus hijos, ventajas de su participación, beneficios de la detección precoz y la intervención temprana, apoyo disponible desde la escuela) para favorecer su implicación, pues al fin y al cabo, se busca mejorar la calidad de vida de sus propios hijos.

Se informará a las familias de la iniciativa desde el proceso de matriculación del curso (del 2º año del proyecto), en las reuniones trimestrales que se lleven a cabo durante el curso y en los boletines trimestrales. Ade-

más, las tutorías individuales podrán servir de recordatorio o un buen momento para aclarar dudas al respecto.

2.6.4. VIGILANCIA DEL DESARROLLO

Partiendo de las propuestas de calendarios previamente presentadas, y haciendo los ajustes necesarios, se comenzará el período de vigilancia. Sea como fuere, dichos calendarios van asociados al curso escolar y, además, tienen en cuenta otros elementos:

- Las pruebas de cribado serán aplicadas una vez que el niño cumple una determinada edad y no en bloque a todo un grupo/aula para escalonar su aplicación y favorecer la correcta cumplimentación.
- Las edades de aplicación se han seleccionado teniendo en cuenta varios criterios: calendario escolar, nivel educativo, edad de comienzo y finalización del curso. Se sugiere que la fecha de valoración no coincida con fechas próximas al cumpleaños del niño ni con Navidad pues son fechas muy señaladas para las familias a nivel emocional.
- En niños de nueva admisión, salvo situaciones muy evidentes, esperar a enero para aplicar los instrumentos y así dar tiempo a que se adapten y a que su educadora de referencia tenga tiempo para conocerlo. En caso de señales de alerta claras, el proceso de detección debe llevarse a cabo antes de la finalización del mes de noviembre.
- Cualquier proceso debe llevarse a cabo hasta el mes de mayo para que la familia disponga de un tiempo mínimo para activar los servicios necesarios antes del verano.

A partir del calendario acordado, el Departamento de Orientación confeccionará la agenda concreta para cada aula en función de las edades de los niños que forman el grupo.

No obstante, y más allá del de la planificación, el proceso de observación y cribado se podrá iniciar en momento que cualquier familia comunique al centro sus preocupaciones sobre el desarrollo de su hijo.

La vigilancia del desarrollo incluirá las siguientes acciones:

2.6.4.1. Recogida de información a través de la observación y cribado

A la hora de llevar a cabo la vigilancia se diferenciarán dos grupos. Por un lado, los niños de nueva admisión; por otro, aquellos de renovación, es decir, que ya llevan al menos un curso escolarizados y a los que se le aplicará el calendario establecido. Esta diferenciación viene a dar respuesta al importante momento que supone la adaptación. Es lógico pensar que valorar el desarrollo de un alumno que asiste a la escuela por primera vez, con todo lo que ello conlleva, no sería lo más adecuado. Así, en estos casos, una vez superado el proceso de adaptación comenzará a observarse el desarrollo, siguiendo el calendario dispuesto, salvo en situaciones muy llamativas en las que se detecten señales de alarma inequívocas desde los primeros contactos. Si este fuera el caso, el Departamento de Orientación intervendrá de inmediato llevando a cabo las acciones que, en coordinación con la educadora, estimen oportunas e informando a la familia al respecto.

2.6.4.2. Análisis de resultados y conclusiones

A partir de la información recogida a través de la observación directa y de los test de cribado, cumplimentados por familias y por educadoras, el profesional responsable del Departamento de Orientación, junto a la tutora, analizarán los resultados obtenidos. Tras este proceso se concluirá acerca del desarrollo de cada niño, pudiéndolos diferenciar en dos grupos. Un primero formado por aquellos cuyos indicadores muestran que su desarrollo es adecuado para su edad y un segundo compuesto por los que cumplen criterios para considerar la presencia de riesgo en su desarrollo.

2.6.4.3. Información a las familias y toma conjunta de decisiones

Los niños que forman parte del grupo sin riesgo, seguirán con el calendario de vigilancia del desarrollo acordado y sus familias serán informadas

al respecto. En los casos que parezca existir riesgo se convocará una reunión con la familia para tratar la situación y proceder a la toma conjunta de decisiones, participando la educadora, el responsable del Departamento de Orientación y cualquier otro profesional que se estime oportuno.

Dentro de una situación de riesgo hay que considerar tres niveles de alarma:

- Cuando la situación de riesgo sea evidente se procederá, de forma inmediata, a la derivación para una evaluación completa a distintos servicios, públicos inicialmente y/o privados si fuera preciso, en función de las necesidades y circunstancias del niño y de su familia. Para ello se redactará un informe que incluirá la información recogida en todo el proceso.
- Si el riesgo fuera dudoso, se emplearán otras pruebas de específicas para profundizar y recolectar más información del entorno y con los resultados volver a valorar la situación.
- En las situaciones de riesgo moderado o ligero desfase se llevará a cabo la implementación de orientaciones enfocadas a los déficits encontrados, tanto en la escuela como en el hogar, volviéndose a valorar en 6 meses y la consiguiente nueva toma de decisiones (derivar, seguir con las orientaciones o considerar que el desarrollo se ha reconducido y sólo es preciso hacer un seguimiento).

2.6.4.4. Apoyo a familias

En cualquiera de las tres situaciones antes descritas se llevará a cabo un proceso de acompañamiento y asesoramiento a las familias. Darles respaldo y soporte ante esta situación es vital pues sabemos que en estos momentos pueden resultar difíciles de asimilar, pudiendo incluso dejarles paralizados. Al respecto, Fernández y Riquelme nos recuerdan que existe una considerable actitud negativa para iniciar la valoración y tratamiento una vez identificados casos en riesgo tras el uso de los test de cribado (2006 citado en Observatorio Social de Universidad Alberto Hurtado, 2009) impidiéndose la tan importante puesta en marcha del proceso de

evaluación y tratamiento. Este apoyo será llevado a cabo principalmente por el Departamento de Orientación a través de reuniones o llamadas telefónicas y por la educadora, dentro de su nivel de competencia, en el día a día.

2.6.4.5 Atención en la escuela

Desde que un caso es identificado, la escuela pondrá todos los medios a su alcance para adaptar la intervención social y educativa a las necesidades y capacidades del niño. Esto puede incluir algunas de estas medidas: variación del diseño curricular (objetivos, contenidos, criterios de evaluación), de la metodología, reducción de la jornada escolar si fuera posible por parte de la familia, cambio de nivel o de grupo, etc. Estas medidas serán tomadas en consenso entre educadora, dirección, familia y Departamento de Orientación.

2.6.4.6. Seguimiento de los casos derivados y coordinación con otros servicios

El Departamento de Orientación llevará a cabo el seguimiento del proceso diagnóstico y del inicio de la intervención terapéutica, documentándolo y sirviendo de fuente de información y asesoramiento a las familias. También tendrá que promover y llevar a cabo la coordinación con otros servicios intervinientes en el proceso de evaluación y/o tratamiento. Todos los datos recogidos deberán ir en el expediente del niño.

2.6.4.7. Coordinación con el Segundo Ciclo de Infantil

Actualmente podemos encontrarnos dos opciones en relación al paso del primer al segundo ciclo de educación infantil. De forma minoritaria existen centros, de carácter privado y/o concertado, que disponen de ambos ciclos en su oferta educativa, lo que nos puede hacer pensar que la coordinación puede verse favorecida por la continuidad en el mismo centro. Sin embargo, no ocurre lo mismo para la mayoría de los niños que asisten

a un centro hasta los 3 años y posteriormente tienen que matricularse en el colegio. En estos casos es preciso garantizar dicha coordinación, especialmente en los casos en los que se han detectado dificultades en el desarrollo. En caso contrario, el nuevo equipo educativo sólo contará con la información que pueda aportar la familia y pudiera no ser suficiente para la toma de las decisiones oportunas y para dar la respuesta educativa ajustada.

2.7. EVALUACIÓN

Como último elemento de este proyecto se presenta un plan de evaluación (Tabla 45) que incluye tanto la valoración del propio programa por parte de las educadoras, las familias y el Departamento de Orientación como la correspondiente a la evaluación de los niños y del equipo educativo.

Dentro del plan de formación del equipo educativo se llevará a cabo primero una evaluación inicial para conocer el punto de partida y una final para confirmar el nivel de conocimientos adquiridos. Además, se realizará una valoración sumativa a través de las reuniones periódicas y el contacto directo, permitiendo ir apoyando el aprendizaje de cada participante, entendiendo que los distintos recorridos formativos y la experiencia, entre otros factores, pueden generar diferencias en el nivel de conocimiento entre los profesionales.

Por parte de los niños, los tipos de evaluación que incluye este proyecto son tres: inicial, sumativa y final. Este proceso queda recogido en el plan de vigilancia, previamente expuesto, a través de la observación y del uso de herramientas de cribado a desarrollar por las educadoras que quedará reflejado en los boletines de notas trimestrales y en el expediente del alumno. Las familias serán partícipes a través de la cumplimentación de las pruebas de cribado según el calendario previsto.

Tabla 45. Plan de evaluación del proyecto

	TIPO DE EVALUACIÓN	AGENTES PARTICIPANTES		
		FAMILIA	EDUCADORAS	DEPARTAMENTO ORIENTACIÓN
FORMACIÓN	Inicial			X
EDUCADORAS	Final			X
	Autoevaluación		X	
NIÑOS	Inicial		X	
	Sumativa	X	X	X
	Final		X	
PROYECTO	Sumativa		X	X
	Final	X	X	X

Fuente: Elaboración propia

CONCLUSIONES Y PERSPECTIVAS DE FUTURO



Tras la elaboración de este trabajo son muchas las conclusiones que se podrían destacar, procedentes no solo de la investigación empírica sino también de la elaboración del marco teórico. En el transcurso de esta tarea, muchos de los datos encontrados han sido verdaderos descubrimientos y han influido notablemente en el desarrollo de esta tesis.

Los capítulos teóricos nos han permitido ampliar el conocimiento del desarrollo infantil gracias a las aportaciones de nuevas investigaciones y trabajos. También hemos podido confirmar, a través de la evidencia científica, la eficacia de las intervenciones dirigidas a cuidar el desarrollo y prevenir y/o tratar situaciones de riesgo. El ámbito que abarca este conjunto de actuaciones en España, además de otras, es La Atención Temprana, concretamente a través de la publicación del Libro Blanco de la A.T. Este marco teórico, muy amplio y completo propone un conjunto de actuaciones a llevar a cabo en relación a la etapa 0-6 años, cuya puesta en práctica no ha alcanzado el mismo desarrollo en las distintas comunidades autónomas. Lamentablemente, en la Comunidad Autónoma de Canarias no contamos con leyes de A.T. propias y los distintos agentes siguen funcionando bajo las leyes de los años ochenta y los servicios que se ofrecen a la población canaria son limitados en relación con otras comunidades.

En la comparativa entre el marco del A.T. y el del Modelo DIR[®], ha sido gratificante observar el buen acople entre ambos por lo que se puede concluir que el Modelo DIR[®] puede ser un abordaje a utilizar bajo el amparo de A.T. Además, también es totalmente compatible y asumible en la Es-

cuela Infantil por la consonancia con las edades de la escuela infantil y porque este enfoque permitiría mirar y respaldar profundamente el desarrollo global infantil versus los contenidos académicos.

Profundizar en conocimiento de los sistemas de cribado del desarrollo y su origen nos ha llevado a su mayor reconocimiento, máxime cuando existen una gran cantidad de publicaciones que avalan su uso y que, además, apuestan por la participación de las familias en su cumplimentación. Así, se realza la posición de las familias como conocedores del desarrollo de sus hijos, otorgándoles un rol activo y favorecedor de los procesos posteriores. El uso de estas herramientas para la detección precoz de dificultades del desarrollo queda totalmente validado y los diseños con los que contamos nos permiten obtener información de diversas fuentes. Si bien su aplicación está más asociada a los servicios de pediatría, todos los motivos sugeridos en este trabajo apuntan a la idoneidad de su aplicación en la Escuela Infantil (0-3), siempre dentro de un programa diseñado específicamente para este fin. Desafortunadamente, y pese a todos los beneficios que suponen, en España no disponemos de un gran abanico de test validados para nuestra población.

Para poder seguir avanzando en conseguir una verdadera detección precoz, desde los primeros indicios de riesgo, los profesionales tenemos el deber de estar actualizados en todo momento. La comunidad científica nos está ofreciendo cada vez más información acerca de indicadores tempranos, por ejemplo, de los TEA, en los primeros meses de vida (Jones & Klin, 2013) que debemos aprovechar y aplicar en nuestra práctica diaria.

Tras la pesquisa llevada a cabo se ha podido concluir el alto porcentaje de disparidad en la percepción del desarrollo socioemocional entre familias y educadoras. Esto es relevante pues son los dos agentes que más tiempo pasan con los niños y nos invita a pensar qué percepción pueden tener los pediatras en las visitas que tienen una duración media de catorce minutos.

Este antagonismo se ha visto influenciado por la alta tasa de riesgo procedente de los cuestionarios cumplimentados por las educadoras. Así, el mayor riesgo detectado desde la escuela nos hace reflexionar acerca de los diversos motivos que pueden haber generado este fenómeno y

cuántos de ellos podrían subsanarse desde los centros educativos.

No obstante, es importante recordar que la muestra sobre la que se ha investigado ha estado delimitada por la población de las cuatro escuelas, que nos hemos centrado en el área socioemocional y que no se han encontrado referencias previas con las que comparar los resultados.

Sea como fuere, esta ha sido una oportunidad para indagar en aspectos relacionados con el desarrollo infantil. Consideramos que pueden tener un alto impacto en la forma de llevar a cabo los procesos de detección precoz y contribuir en adelantar las edades con las que distintas dificultades son identificadas. Así los resultados de las intervenciones terapéuticas serán más efectivas, mejorándose la calidad de vida de los niños y sus familias.

Respecto al proyecto diseñado, esperamos que sea de utilidad para la sociedad, especialmente para la infancia. Su uso puede ajustarse a las distintas modalidades educativas con las que contamos en la actualidad, desde las más clásicas hasta las nuevas tendencias. Además, entendemos los beneficios que su aplicación puede aportar al Sistema de Salud Pública y al Sistema Educativo por lo que sería altamente gratificante que se soportara su puesta en marcha en las Escuelas infantiles (0-3). De esta manera conseguiríamos que la escuela sea un verdadero agente activo e implicado en los 3 niveles de prevención del marco de A.T.

PERSPECTIVAS DE FUTURO

Con este trabajo nos hemos aproximado a la comparativa de la percepción del desarrollo por parte de familias y educadoras en una pequeña muestra y en un área muy concreta.

Los resultados obtenidos, si bien en parte eran esperados, han superado nuestras expectativas y esperamos que contribuya a la reflexión y a la toma de decisiones por parte de quien corresponda.

Deseamos que este trabajo abra nuevas líneas de investigación entre las que podrían encontrarse:

- Llevar a cabo una valoración diagnóstica por parte de especialistas a los niños que, según la investigación realizada, estarían en supues-

to riesgo y detectar los falsos positivos y reanalizar las coincidencias. Ante esto, sería una gran oportunidad de creación de conocimiento pues el no contar con esta información ha supuesto una limitación en esta investigación.

- Replicar el estudio pero cribando otras áreas del desarrollo y comparar los porcentajes de coincidencia para determinar si hay áreas del desarrollo cuya percepción sea más coincidente entre familias y educadoras.
- Llevar a cabo un investigación similar en el 2º Ciclo de Educación Infantil y comparar los resultados.
- Replicar este estudio en otros contextos educativos, con los ajustes aprendidos y también en otras áreas del desarrollo.
- Replicar este estudio pero incluyendo a otros agentes (pediatras) implicados en la detección precoz.
- Iniciar procesos de validación de pruebas de cribado del desarrollo para la población española.
- Replicar este estudio pero comparando las respuestas entre madres y padres u otro tipo de configuración familiar para analizar las coincidencias intrafamiliares respecto al desarrollo de los hijos.
- Comparar la percepción dentro de la propia familia.

Con este breve esbozo deseamos poder servir de guía a futuras investigaciones que contribuyan a mejorar la atención a la infancia, especialmente en situaciones de riesgo, mostrando nuestra disposición para colaborar con quienes quieran llevar estas iniciativas adelante.

BIBLIOGRAFÍA



- AEAAP (2009). Supervisión del desarrollo psicomotor y afectivo. Trastornos asociados. Programa de Salud Infantil. Retrieved from <http://www.pediatrasandalucia.org/Pdfs/psiaepap.pdf>
- Aguilar, F. (2003). Plasticidad cerebral. *Revista de Medicina IMSS*, 41 (1), 55-64.
- Alcrudo, P. (2008). *La educación infantil: la historia interminable o de nuevo, la oportunidad perdida*. Paper presented at the Convención de Movimientos Sociales, Madrid.
- Allen, S. F. (2007). Assessing the Development of Young Children in Child Care: A Survey of Formal Assessment Practices in One State. *Early Childhood Education Journal*, 34(6), 455-465. doi:10.1007/s10643-007-0153-z
- Alonso, Y. (2014). *Validación del sistema de detección precoz de los trastornos del desarrollo (SDPTD): 0-12 meses*. (Dissertation/Thesis), Univesidad de Valencia. ProQuest, UMI Dissertations Publishing, Valencia. España.
- Álvarez, M. J., Soria, J., & Galbe, J. (2009). Importancia de la vigilancia del desarrollo psicomotor por el pediatra de Atención Primaria: revisión del tema y experiencia de seguimiento en una consulta en Navarra. *Pediatría Atención Primaria*, 11, 65-87.
- Álvarez Otero, S., & Fernández Méndez, J. C. (2014). *Detección temprana de los trastornos del espectro autista entre profesionales de Educación Infantil y Primaria*. Coruña. España: Universidade da Coruña.
- APA (2013). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM-5®)*. London. England: American Psychiatric Association.
- Baron-Cohen, S., Allen, J., & Gillberg, C. (1992). Can autism be detected at 18 months? The needle, the haystack, and the CHAT. *The British Journal of Psychiatry*, 161, 839-843. doi:10.1192/bjp.161.6.839

- Bassok, D., Latham, S., & Rorem, A. (2014). Is kindergarten the new first grade. The Changing Nature of Kindergarten in the Age of Accountability. Retrieved from http://curry.virginia.edu/uploads/resourceLibrary/20_Bassok_Is_Kindergarten_The_New_First_Grade.pdf
- Bayley, N. (2005). *Bayley Scales of Infant and Toddler Development®*, Third Edition (Bayley-III®).
- Berger, K. S. (2007). *Psicología del desarrollo: infancia y adolescencia*. Madrid, España: Ed. Médica Panamericana.
- Bethencout, A. (2008). *Atención Temprana en la Comunidad Autónoma de Canarias. Estudio de Centros Base y Centros de Atención Temprana*. Universidad Complutense de Madrid. Madrid, España.
- Brazelton, T. B., Freedman, D., & Horowitz, F. (1973). *Neonatal Behavioural Assessment Scale* (Vol. 50). London, England: Spastics International Medical Publications.
- Breinbauer, C. (2006). Fortaleciendo el desarrollo de niños con necesidades especiales: Introducción al Modelo DIR y la terapia Floortime o Juego Circular. *Revista de la Asociación Peruana de Psicoterapia Psicoanalítica de Niños y Adolescentes*, 11, 00-00.
- Briggs-Gowan, M. J., & Carter, A. S. (2008). Social-emotional screening status in early childhood predicts elementary school outcomes. *Pediatrics*, 121(5), 957-962. doi:10.1542/peds.2007-1948
- Bugié, C. (2002). Centros de desarrollo infantil y atención temprana. *Revista Neurología*, 34(1), 139-143.
- Camp, B. W. (2006). What the clinician really needs to know: questioning the clinical usefulness of sensitivity and specificity in studies of screening tests. *Journal of Developmental & Behavioral Pediatrics*, 27(3), 226-230.
- Campos-Castelló, J. (2013). Retraso madurativo neurológico. *Revista Neurología*, 57(Supl 1), S211-219.
- Canal Bedia, R., García Primo, P., Touriño Aguilera, E., Martín Cilleros, M. V., Ferrari, M., Martínez Velarte, M.,... Fuentes Biggi, J. (2006). La detección precoz del autismo. *Intervención psicosocial*, 15(1), 29-47.
- Canal, R., Santos, J., Rey, F., Franco, M., Martínez, M., Ferrari, M., & Posada, M. (2007). Detección y diagnóstico de trastornos del espectro autista. *Madrid: Real Patronato sobre Discapacidad*.

- Canal-Bedia, R., Garcia-Primo, P., Martin-Cilleros, M. V., Santos-Borbujo, J., Guisuraga-Fernandez, Z., Herraiez-Garcia, L.,... Posada-de la Paz, M. (2011). Modified checklist for autism in toddlers: cross-cultural adaptation and validation in Spain. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, 41(10), 1342-1351. doi:10.1007/s10803-010-1163-z
- Canal-Bedia, R., García-Primo, P., Santos-Borbujo, J., Bueno-Carrera, G., & Posada-De la Paz, M. (2014). Programas de cribado y atención temprana en niños con trastornos del espectro autista. *revista de neurología*, 58, 123-127.
- Casals-Hierro, V., & Abelenda, J. (2012). El modelo DIR®/Floortime®: un abordaje relacional e interdisciplinar para las dificultades de relación y comunicación. 10(44). *Norte de Salud Mental*, 10(44), 54-61.
- Casenhiser, D., & Breinbauer, C. (2007, november). *Evaluating Greenspan's Social Emotional Growth Scale/Chart as a screening for autism*. Paper presented at the ICDL 11th Annual International Conference: Critical Factors for Optimal Outcomes for Children with Autism and Special Needs, Tyson's Corner, VA.
- Consejería de Educación, Universidades, Cultura y Deportes (2008). DE-CRETO 201/2008. Retrieved from <http://www.gobiernodecanarias.org/boc/2008/203/boc-2008-203-004.pdf>
- Consejería de Educación y Universidades (s.f.). Funciones de los EOEP's Específicos. Gobierno de Canarias. Retrieved from http://www.gobiernodecanarias.org/educacion/web/servicios/eoep/funciones_eoep_especificos/
- Consejería de Educación, Universidades, Cultura y Deportes (2009). ORDEN 192 Retrieved from <http://www.gobcan.es/boc/2009/028/boc-2009-028-001.pdf>
- Cordero, M., & Breinbauer, C. (2006). *El Modelo DIR y la terapia Floortime/ Juego Circular*. Paper presented at the Intervención en X-Frágil y otros TGD, Las Palmas de G.C. España.
- De Andres, B., Rodríguez, A. L., Gueita, J., & Lambeck, J. (2015). Evaluation of the psychometric properties of the Spanish version of the Denver Developmental Screening Test II. *European Journal of Pediatrics*, 174(3), 325-329. doi:10.1007/s00431-014-2410-7

- Dirección General de Educación Infantil Primaria y Secundaria de la Comunidad de Madrid (s.f.). EOEP de Atención Temprana. Retrieved from http://www.madrid.org/cs/Satellite?c=CM_Actuaciones_FA&cid=1142329774100&idConsejeria=1109266187254&idListConsj=1109266100973&idOrganismo=1142359974952&language=es&pagename=ComunidadMadrid%2FEstructura&pv=1142556610580&sm=1109266100977
- Dirección general de Ordenación Innovación y Promoción Educativa (2011). Guía para la detección temprana de discapacidades, trastornos, dificultades de aprendizaje y altas capacidades. Retrieved from http://www.gobiernodecanarias.org/opencmsweb/export/sites/educacion/web/_galerias/descargas/eoep/Guia_deteccion_tempranaB.pdf
- División de Desarrollo Humano, Centro Nacional de Defectos Congénitos y Discapacidades del Desarrollo, Centros para el Control y Prevención de Enfermedades (2009, agosto 2014). Aprenda los signos. reaccione pronto. Retrieved from <http://www.cdc.gov/ncbddd/Spanish/actearly/index.html>
- Dunn, W. (2002). *The infant toddler sensory profile*. San Antonio, TX: Psychological Corporation.
- Eadie, P. A., Ukoumunne, O., Skeat, J., Prior, M. R., Bavin, E., Bretherton, L., & Reilly, S. (2010). Assessing early communication behaviours: structure and validity of the Communication and Symbolic Behaviour Scales-Developmental Profile (CSBS-DP) in 12-month-old infants. *International Journal of Language & Communication Disorders*, 45(5), 572-585. doi: 10.3109/13682820903277944
- Encuesta sobre Discapacidades, Deficiencias y Estado de Salud 1999 (2000). Retrieved from <http://www.ine.es/prodyser/pubweb/discapa/disctodo.pdf>
- Fenikile, T. S., Ellerbeck, K., Filippi, M. K., & Daley, C. M. (2015). Barriers to autism screening in family medicine practice: a qualitative study. *Primary health care research & development*, 16(4), 356-366. doi:10.1017/S1463423614000449
- Fernández Sacasas, J. A., & Díaz Novás, J. (2009). Algunas consideraciones teóricas sobre la pesquisa activa. *Revista Cubana de Medicina General Integral*, 25(4), 107-116.

- Filgueiras, A., Pires, P., Maissonette, S., & Landeira-Fernandez, J. (2013). Psychometric properties of the Brazilian-adapted version of the Ages and Stages Questionnaire in public child daycare centers. *Early human development, 89*(8), 561-576.
- Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (2010). Para la vida. 4ª edición. Retrieved from http://www.unicef.org/spanish/publications/index_53254.html
- Fortea, M. d. S., Escandell, M. O., & Castro, J. J. (2013). Detección temprana del autismo: profesionales implicados. *Revista Española de Salud Pública, 87*, 191-199. Retrieved from http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1135-57272013000200008&nrm=iso
- Fortea Sevilla, M. d. S. (2011). *Los Trastornos del Espectro Autista en la Comunidad Canaria. Detección temprana y diagnóstico*. Universidad de Las Palmas de Gran Canaria, Las Palmas de Gran Canaria. España.
- Frankenburg, W. K., Dodds, J., Archer, P., Shapiro, H., & Bresnick, B. (1992). The Denver II: a major revision and restandardization of the Denver Developmental Screening Test. *Pediatrics, 89*(1), 91-97.
- Frankenburg, W. K., & Dodds, J. B. (1967). The Denver developmental screening test. *The Journal of pediatrics, 71*(2), 181-191.
- Garcés-Vieira, M. V., & Suárez-Escudero, J. C. (2014). Neuroplasticidad: aspectos bioquímicos y neurofisiológicos. *Revista CES MEDICINA Volumen, 28*(1), 119-132.
- GAT (2011). La realidad actual de la Atención Temprana en España. Retrieved from <http://www.gat-atenciontemprana.org/>
- Genaró, M. (2013). *Detección precoz de alteraciones en el desarrollo en las Escuelas Infantiles: experiencia en el CDIAP*. Retrieved from <http://www.isep.es/wp-content/uploads/2014/07/deteccion-precoz-de-alteraciones-en-el-desarrollo-en-las-escuelas-infantiles.pdf>
- Glascoe, F., & Dworkin, P. H. (1993). Obstacles to effective developmental surveillance: errors in clinical reasoning. *Journal of Developmental & Behavioral Pediatrics, 14*(5), 344-349.
- Glascoe, F., Marks, K., Poon, J., & Macias, M. (2013). Identifying and addressing developmental-behavioral problems: A practical guide for medical and non-medical professionals, trainees, researchers and advocates.

- Nolensville, TN: PEDStest.com. Retrieved from <http://www.pedstest.com/TheBook/Chapter4.aspx>
- Glascoe, F. P., & Dworkin, P. H. (1995). The role of parents in the detection of developmental and behavioral problems. *Pediatrics*, *95*(6), 829-836.
- Glascoe, F. P., & Marks, K. P. (2011). Detecting children with developmental behavioral problems: The value of collaborating with parents. *Psychological Test and Assessment Modeling*, *53*, 258-279.
- Greenspan, S. I. (2004). *Greenspan social-emotional growth chart: A screening questionnaire for infants and young children*. Bulverde, TX: PsychCorp.
- Greenspan, S. I., DeGangi, G. A., & Wieder, S. (2001). *The functional emotional assessment scale (FEAS) for infancy and early childhood: Clinical and research applications*. Bethesda, MD: Interdisciplinary Council on Developmental and Learning Disorders
- Greenspan, S. I., & Shanker, S. (2006). *The first idea: How symbols, language, and intelligence evolved from our primate ancestors to modern humans*. United States of America: Da Capo Press.
- Greenspan, S. I., & Thorndike, N. (1997). *Las primeras emociones: Las seis etapas principales del desarrollo emocional durante los primeros años de vida. 1ª Edición*. Barcelona, España: Ediciones Paidós Ibérica.
- Greenspan, S. I., & Wieder, S. (2006a). *El Niño con Necesidades Especiales*. Bethesda, MD: ICDL.
- Greenspan, S. I., & Wieder, S. (2006b). *Infant and early childhood mental health: A comprehensive developmental approach to assessment and intervention*. London, England: American Psychiatric Pub.
- Greenspan, S. I., & Wieder, S. (2008). *Comprender el autismo. 1ª edición*. Barcelona, España: RBA Libros.
- Grupo de Atención Temprana (2001). *Libro Blanco de la Atención Temprana*. Madrid. España: Real Patronato de Prevención y de Atención a Personas con Minusvalía.
- Grupo de trabajo de la Ponencia de Cribado de la Comisión de Salud Pública (2011). Documento marco sobre cribado poblacional. *Documento marco sobre cribado poblacional*. Retrieved from http://www.msssi.gob.es/profesionales/saludPublica/prevPromocion/docs/Cribado_poblacional.pdf.

- Gutiez , P., & Ruiz , E. (2012). Orígenes y Evolución de la Atención Temprana. Una Perspectiva Histórica de la Génesis de la Atención Temprana en Nuestro País. Agentes Contextos y Procesos Origins and Evolution of Early Childhood Intervention. A Historical Perspective of the Genesis of Early Childhood. *Psicología educativa*, 18(2), 107-122.
- Gutiez, P. E. (2005). *Atención Temprana*. Madrid. España: Editorial Complutense.
- Hernández, S., & Mulas, F. (2005). *Neurodesarrollo y fundamentos anatómicos y neurobiológicos de la Atención Temprana*. Valencia. España: Promolibro.
- Hickson, G. B., Altemeier, W. A., & O'Connor, S. (1983). Concerns of mothers seeking care in private pediatric offices: opportunities for expanding services. *Pediatrics*, 72(5), 619-624.
- Hix-Small, H., Marks, K., Squires, J., & Nickel, R. (2007). Impact of implementing developmental screening at 12 and 24 months in a pediatric practice. *Pediatrics*, 120(2), 381-389.
- Holland, W. W., & Stewart, S. (2005). *Screening in disease prevention: what works?* Oxon, United Kingdom: Radcliffe Publishing.
- ICDL (2000). Clinical practice guidelines: Redefining the standards of care for infants, children, and families with special needs. Bethesda, MD: Interdisciplinary Council on Developmental and Learning Disorders.
- ICDL (2005). *ICDL-DMIC, Diagnostic Manual for Infancy and Early Childhood, Mental Health, Developmental, Regulatory-Sensory Processing, Language and Learning Disorder*. Bethesda, MD: ICDL.
- Illingworth, R. (1992). *El desarrollo del lactante y el niño*. London: Churchill Livingstone (version española en Alhambra Longman).
- Inmigración, M. d. E. e. (2010). *Resolución 4729: XI Convenio colectivo de ámbito estatal de centros de asistencia de educación infantil*. Retrieved from <http://www.boe.es/boe/dias/2010/03/22/pdfs/BOE-A-2010-4729.pdf>.
- Inspección Educativa de Canarias (2014). *Plan de Trabajo Anual de la inspección Curso 2014-2015*. Consejería de Educación, Universidades y Sostenibilidad. Gobierno de Canarias. Retrieved from http://www.gobiernodecanarias.org/opencmsweb/export/sites/educacion/web/servicios/inspeccion_educativa/documentos/Plan-trabajo-inspeccion-2014-2015.pdf

- Instituto Nacional de Estadística (2015). Tasas de escolarización por edad en niveles no obligatorios. Retrieved from http://www.ine.es/ss/Sa-tellite?L=es_ES&c=INESeccion_C&cid=1259925953043&p=125473511672&pagename=ProductosYServicios%2FPYSLayout¶m3=1259924822888
- Jones, W., & Klin, A. (2013). Attention to eyes is present but in decline in 2-6-month-old infants later diagnosed with autism. *Nature*, *504*(7480), 427-431. doi:10.1038/nature12715
- Klin, A., Klaiman, C., & Jones, W. (2015). Reducing age of autism diagnosis: developmental social neuroscience meets public health challenge. *revista de neurología*, *60*(501), S3-S11.
- Kolb, B., & Whishaw, I. Q. (2006). *Neuropsicología humana*. Madrid. España: Ed. Médica Panamericana.
- Lavigne, J. V., Binns, H. J., Christoffel, K. K., Rosenbaum, D., Arend, R., Smith, K.,... MCGuire, P. A. (1993). Behavioral and emotional problems among preschool children in pediatric primary care: prevalence and pediatricians' recognition. *Pediatrics*, *91*(3), 649-655.
- Macy, M., Marks, K., & Towle, A. (2014). Missed, Misused, or Mismanaged Improving Early Detection Systems to Optimize Child Outcomes. *Topics in Early Childhood Special Education*, *34*(2), 94-105.
- Ministerio de Educación, Cultura y Deportes (2006). Ley Orgánica de Educación Retrieved from <http://www.mecd.gob.es/dms-static/a76f416c-f67f-4497-847e-7d949d7fa12a/loe-titii-capi-seccion1-pdf.pdf>
- Ministerio de Educación, Cultura y Deportes (2007). ORDEN ECI/ 3960/2007. Retrieved from <https://www.boe.es/boe/dias/2008/01/05/pdfs/A01016-01036.pdf>
- Ministerio de Educación, Cultura y Deportes (2008). ORDEN ECI/ 734/2008 Retrieved from <http://www.boe.es/boe/dias/2008/03/19/pdfs/A16431-16435.pdf>
- Ministerio de Educación, C. y. D. (2009). ORDEN ESD/4066/2008. *Currículo del ciclo formativo de Grado Superior correspondiente al título de Técnico Superior en Educación Infantil*. Retrieved from <https://www.boe.es/boe/dias/2009/03/05/pdfs/BOE-A-2009-3788.pdf>.
- National Institute of Child Health and Human Development (2002). Retrieved from <https://www.nichd.nih.gov/Pages/index.aspx>

- Newborg, J., Stock, J., & Wnek, L. (1998). *Inventario de Desarrollo Battelle*. Madrid, España: TEA Ediciones.
- Nunes, C., & Ayala, M. (2011). De qué hablan los pediatras y las madres en la consulta de seguimiento de la salud infantil? *Anales de Pediatría*, 75(4), 239-246. doi:10.1016/j.anpedi.2011.03.020
- Observatorio Social de Universidad Alberto Hurtado (2009). Estudio de revision y sistematizacion de la literatura disponible sobre medicion del desarrollo infantil entre 0-72 meses. Retrieved from <http://www.crececontigo.gob.cl/wp-content/uploads/2013/07/6-Informe-final-Revision-y-sistematizacion-literatura-sobre-medicion-del-desarrollo-infantil-entre-0-y-72-meses-de-edad.pdf>
- ONU (2006). Convención sobre los Derechos del Niño. Observacion General No.7 CDN. New York.
- Oosterling, I., Swinkels, S., van der Gaag, R., Visser, J., Dietz, C., & Buitelaar, J. (2009). Comparative Analysis of Three Screening Instruments for Autism Spectrum Disorder in Toddlers at High Risk. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, 39(6), 897-909. doi:10.1007/s10803-009-0692-9
- Palfrey, J. S., Singer, J. D., Walker, D. K., & Butler, J. A. (1987). Early identification of children's special needs: a study in five metropolitan communities. *The Journal of pediatrics*, 111(5), 651-659.
- Parks, S. (2006). *Inside Help: Administration and Reference Manual*.
- Pierce, K., Carter, C., Weinfeld, M., Desmond, J., Hazin, R., Bjork, R., & Gallagher, N. (2011). Detecting, studying, and treating autism early: the one-year well-baby check-up approach. *J Pediatr*, 159(3), 458-465 e451-456. doi:10.1016/j.jpeds.2011.02.036
- Pina, J. (2008). *Análisis de un modelo de seguimiento en Atención Temprana*. Universidad Complutense de Madrid, Madrid. España.
- Rico, D. (2013). *Construcción y validación de un sistema de detección precoz de trastornos de desarrollo (SDPTD) en niños de 18, 24, y 36 meses*. Universidad de Valencia, Valencia. España.
- Robins, D. L., Fein, D., Barton, M. L., & Green, J. A. (2001). The Modified Checklist for Autism in Toddlers: an initial study investigating the early detection of autism and pervasive developmental disorders. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, 31(2), 131-144.

- Robles, M. C., Pilar, P. M., & Poch, M. (2008). Atención temprana: recursos y pautas de intervención en niños de riesgo o con retrasos del desarrollo. Retrieved from <http://www.aeped.es/sites/default/files/documentos/37-atenciontemprana.pdf>
- Roid, G., & Sampers, J. (2011). *Escalas de Desarrollo Merill-Palmer Revisadas*. Madrid, España: TEA Ediciones.
- Rydz, D., Shevell, M. I., Majnemer, A., & Oskoui, M. (2005). Topical review: developmental screening. *Journal of child neurology*, 20(1), 4-21.
- Rydz, D., Srour, M., Oskoui, M., Marget, N., Shiller, M., Birnbaum, R.,... Shevell, M. I. (2006). Screening for developmental delay in the setting of a community pediatric clinic: a prospective assessment of parent-report questionnaires. *Pediatrics*, 118(4), e1178-e1186.
- Sanchidrián, C., Berrio, J. R., Pérez, M. C. D., Orzaes, M. C. C., Blanco, C. S., Crespo, C. G.,... Reina, V. G. (2010). *Historia y perspectiva actual de la educación infantil* (Vol. 28). Barcelona, España: Grao.
- Sattler, J. M. (2010). *Evaluación infantil: Fundamentos cognitivos Vol. I*: Editorial El Manual Moderno.
- Schonhaut, L., & Armijo, I. (2014). Aplicabilidad del Ages & Stages Questionnaires para el tamizaje del desarrollo psicomotor. *Revista chilena de pediatría*, 85, 12-21. Retrieved from http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0370-41062014000100002&nrm=iso
- Schonhaut, L., Salinas, P., Armijo, I., Schönstedt, M., Álvarez, J., & Manríquez, M. (2009). Validación de un cuestionario autoadministrado para la evaluación del desarrollo psicomotor. *Revista chilena de pediatría*, 80(6), 513-519.
- Siegel, D. J. (2012). *El cerebro del niño*. Barcelona, España: ALBA Editorial.
- Siegel, D. J., & Hartzell, M. (2012). *Ser padres conscientes: Un mejor conocimiento y comprensión de nosotros mismos contribuye a un desarrollo integral y sano de nuestros hijos. 2ª edición*. Barcelona, España: La Llave.
- Squires, J., Bricker, D., & Twombly, E. (2015). *ASQ-SE-2 User's Guide*. Baltimore, MD: Paul H Brookes.
- Squires, J., Bricker, D., & Twombly, E. (2015). *The ASQ: SE-2 user's guide: For Ages and Stages Questionnaires Social-Emotional Second Edition*. Baltimore, MD: Paul H. Brookes Publishing

- Squires, J., Twombly, E., Bricker, D., & Potter, L. (2009). *ASQ-3 (TM) User's Guide 3rd Edition*. Baltimore, MD: Paul H. Brookers Publishing CO.
- Squires, J. K., Potter, L., Bricker, D. D., & Lamorey, S. (1998). Parent-completed developmental questionnaires: Effectiveness with low and middle income parents. *Early Childhood Research Quarterly*, *13*, 345-354. doi:10.1016/S0885-2006(99)80043-X
- Univerdad de Las Palmas de Gran Canaria. (s.f.). Grado de Educación Infantil. Retrieved from http://www2.ulpgc.es/index.php?pagina=plan_estudio&ver=wpeo02&codTitulacion=4016&tipotitulacion=G
- Wetherby, A., Goldstein, H., Cleary, J., Allen, L., & Kublin, K. (2003). Early identification of Children with communication disorders: concurrent and predictive validity of the CSBS Developmental Profile. *Infants & Young Children*, *16*(2), 161-174. doi:10.1097/00001163-200304000-00008
- Wetherby, A. M., & Prizant, B. M. (2002). *Communication and symbolic behavior scales: Developmental profile*. Baltimore. USA: Paul H Brookes Publishing.
- Wieder, S., & Wachs, H. (2012). *Visual/Spatial Portals to Thinking, Feeling and Movement*. (1 ed.). Mendham, New Jersey: Profectum Foundation.
- Winnicott, D. W. (1993). *Los procesos de maduración y el ambiente facilitador: estudios para una teoría del desarrollo emocional*. Buenos Aires, Argentina: Paidós.
- World Health Organization (s.f). *International classification of functioning, disability and health: ICF*. Geneva. Italy: WHO.
- Wyly, M. V. (1997). *Infant assessment*. Boulder, CO: Westview Press.
- Zero to Three. (2010). *Infant/Toddler Development, Screening, and Assessment*. Retrieved from <http://www.zerotothree.org/public-policy/state-community-policy/nitcci/multidisciplinary-consultant-module-2.pdf>
- Zwaigenbaum, L., Bauman, M. L., Fein, D., Pierce, K., Buie, T., Davis, P. A.,... Choueiri, R. (2015). Early screening of autism spectrum disorder: recommendations for practice and research. *Pediatrics*, *136* (Supplement 1), S41-S59. doi:10.1542/peds.2014-3667D

ANEXOS





Questionnaire

Stanley I. Greenspan, M.D.

Child's name: _____ Age in months: _____

Sex: Male Female

Completed by: _____

Relationship to child: _____

Examiner's name: _____

Date of testing: _____

Directions

For each question, place a check mark in the column that best describes how often you observe the behavior. Make **only one** check mark for each question. Complete the questionnaire until you reach the stop point for your child's age. If your child has not displayed the behavior, please mark **Can't tell**.

	Year	Month	Day
Date of Test			
Date of Birth			
Age			
Age in Months and Days	Years x 12	+ Months	
Adjustment for Prematurity	Adjust Through 24 Months		
Corrected Age			

	BEHAVIOR FREQUENCY					
	Can't tell	None of the time	Some of the time	Half of the time	Most of the time	All of the time
1. Does your child take a calm and enjoyable interest in most sounds?	<input type="checkbox"/>					
2. Can you easily get your child's attention without having to be very dramatic?	<input type="checkbox"/>					
3. Does your child take a calm and enjoyable interest in most sights, including colorful or bright things?	<input type="checkbox"/>					
4. Can you easily get your child to look at things without them being very bright or colorful?	<input type="checkbox"/>					
5. Does your child calmly enjoy touching or being touched by different things?	<input type="checkbox"/>					
6. Can you easily get your child to respond to your touch without having to touch your child firmly to get his or her attention?	<input type="checkbox"/>					
7. Does your child like it when you swing him or her around, dance with him or her in your arms, or quickly lift him or her up in the air?	<input type="checkbox"/>					
8. Can you easily get your child's attention by approaching him or her, or moving him or her around slowly?	<input type="checkbox"/>					
For Sensory Processing Score calculations, total the check marking for each column for Items 1-8.	<input type="checkbox"/>					

continued

PsychCorp
To order, call 1-800-211-8378

Copyright © 2004 by Harcourt Assessment, Inc.
All rights reserved. Printed in the United States of America.
3 4 5 6 7 8 9 10 11 12 A B C D E



	BEHAVIOR FREQUENCY					
	Can't tell	None of the time	Some of the time	Half of the time	Most of the time	All of the time
9. Can you help your child calm down?	<input type="checkbox"/>					
10. Does your child look at interesting sights, such as your face or a toy?	<input type="checkbox"/>					
11. Does your child look at or turn toward interesting sounds?	<input type="checkbox"/>					
Stop here if your child is 0-3 months old.			Stage 1			
12. Does your child seem happy or pleased when he or she sees a favorite person (e.g., look or smile, make sounds, or move arms in a way that expresses joy or delight)?	<input type="checkbox"/>					
13. Does your child respond to people talking or playing with him or her by making sounds or faces (e.g., happy sounds or a curious or annoyed look)?	<input type="checkbox"/>					
Stop here if your child is 4-5 months old.			Stage 2			
14. Does your child reach for or point at things, or make distinct sounds to show you what he or she wants (e.g., reach out to be picked up or point at a toy)?	<input type="checkbox"/>					
15. Does your child exchange two or more smiles, other looks, sounds, or actions (e.g., reaching, giving, or taking) with a favorite person?	<input type="checkbox"/>					
Stop here if your child is 6-9 months old.			Stage 3			
16. Does your child show you that he or she understands your actions or gestures by making an appropriate gesture in return (e.g., make a funny face back at you; look at something you point to; stop doing something when you shake your head and use a firm voice to say "No!"; or smile and do more of something when you nod with a big smile and say "Yes!")?	<input type="checkbox"/>					
17. Does your child use many consecutive actions in a back-and-forth way to show you what he or she wants or to have fun with you (e.g., smile, reach out for a hug, and, when you hug, take your hat, put it on his or her head, and smile proudly OR take your hand, lead you to the refrigerator, tug on the handle, and, after you open it, point to something he or she likes, such as food, a bottle of juice, or milk)?	<input type="checkbox"/>					
Stop here if your child is 10-14 months old.			Stage 4a			
18. Does your child copy or imitate many of your sounds, words, or actions while playing with you (e.g., if you make funny faces and sounds, does she or he copy them)?	<input type="checkbox"/>					
19. Does your child search for something he or she wants by looking or getting you to look for it?	<input type="checkbox"/>					
20. Does your child show you what he or she wants or needs by using a few actions in a row (e.g., lead you by the hand to open a door and then touch or bang on the door)?	<input type="checkbox"/>					
21. Does your child use words or try to use words when people talk with or play with him or her?	<input type="checkbox"/>					
Stop here if your child is 15-18 months old.			Stage 4b			

	BEHAVIOR FREQUENCY					
	Can't tell	None of the time	Some of the time	Half of the time	Most of the time	All of the time
22. Does your child copy or imitate familiar make-believe play (e.g., feed or hug a doll)?	<input type="checkbox"/>					
23. Does your child tell you what he or she wants with one or a few words (e.g., "Juice," "Open," or "Kiss")?	<input type="checkbox"/>					
24. Does your child show you he or she understands your simple verbal wish (e.g., "Please show me your toy.")?	<input type="checkbox"/>					
Stop here if your child is 19–24 months old.			Stage 5a			
25. Does your child play make-believe (e.g., feed a doll, play house, or pretend to be a TV or movie character) with you or others?	<input type="checkbox"/>					
26. Does your child use words or pictures to tell you what he or she is interested in (e.g., "See truck!")?	<input type="checkbox"/>					
27. Does your child use words with one or more peers?	<input type="checkbox"/>					
28. Does your child use words or pictures to show what he or she likes or dislikes (e.g., "Want that" or "No want")?	<input type="checkbox"/>					
Stop here if your child is 25–30 months old.			Stage 5b			
29. Does your child play make-believe with one or more peers?	<input type="checkbox"/>					
30. Does your child play make-believe with you or others where the story makes sense (e.g., have the bears go visit grandmother and then have a big lunch)?	<input type="checkbox"/>					
31. Does your child use phrases or sentences with you to ask a question about something he or she wants to do (e.g., "Mommy go out?" "What you doing outside?" "Play?")?	<input type="checkbox"/>					
32. Can your child explain why he or she wants something or wants to do something (e.g., "Why do you want the juice?" "Because I'm thirsty.")?	<input type="checkbox"/>					
33. Does your child describe his or her feelings to explain why he or she is doing something or wants something (e.g., "Because I'm happy/sad/excited.")?	<input type="checkbox"/>					
34. Does your child play make-believe with peers as well as adults where the story makes sense and has many parts to it (e.g., the children go to school, do work, have lunch, and meet an elephant on the way home)?	<input type="checkbox"/>					
35. Does your child have conversations with adults and peers that make sense, with four or more back-and-forth exchanges about a variety of topics (e.g., feelings, foods, bedtimes, friends, or school)?	<input type="checkbox"/>					
Stop here if your child is 31–42 months old.			Stage 6			
Total check marks in each column (Items 1–35)						
	<input type="checkbox"/>					

GREENSPAN SOCIAL-EMOTIONAL GROWTH CHART

FOR EXAMINER USE ONLY

	BEHAVIOR FREQUENCY					
	Can't tell	None of the time	Some of the time	Half of the time	Most of the time	All of the time
Total check marks for each column (Items 1-35):						
Multiply	x 0	x 1	x 2	x 3	x 4	x 5
Sum						

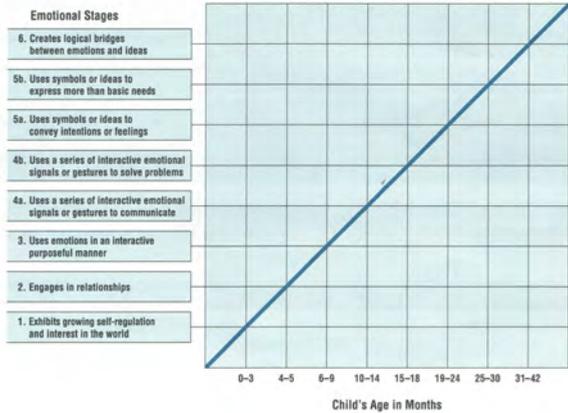
Total Growth Chart Score

	BEHAVIOR FREQUENCY					
	Can't tell	None of the time	Some of the time	Half of the time	Most of the time	All of the time
Total check marks for each column (Items 1-8):						
Multiply	x 0	x 1	x 2	x 3	x 4	x 5
Sum						

Sensory Processing Score

Score Summary				
	Possible Challenges	Emerging Mastery	Full Mastery	Highest Stage Mastered (Scores of Most or All of the time):
Total Growth Chart Score: _____	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	
Sensory Processing Score: _____	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	

Social-Emotional Growth Chart



ANEXO 2


CSBS DP Cuestionario del bebé y niño pequeño

Nombre del niño o niña: _____ Fecha de nacimiento: _____ Fecha en que se llenó el formulario: _____

¿Fue prematuro el parto? _____ ¿Por cuántas semanas? _____

Llenado por: _____ Relación con el niño o niña: _____

Instrucciones para la persona que cuida al niño o niña: Esta lista fue diseñada para identificar distintos aspectos del desarrollo del bebé y el niño pequeño. Antes de aprender a hablar, hay varios comportamientos que pueden indicar si el niño o niña tendrá problemas para aprender a hablar. Este formulario debe ser llenado cuando el niño o niña tiene entre 6 y 24 meses de edad, por los padres o la persona que cuida al niño, para determinar si es necesario hacer una evaluación más completa. La persona que llena el formulario debe ser alguien que esté en contacto diario con el niño o niña, ya sean sus padres u otra persona. Marque la opción que describa mejor el comportamiento de su niño o niña. Si tiene dudas, marque la opción más adecuada según su experiencia con el niño o niña. Los niños y niñas de estas edades no necesariamente presentan todos los comportamientos que se describen aquí.

Emociones y mirada

- | | | | |
|--|-------------------------------------|----------------------------------|---|
| 1. ¿Puede usted distinguir cuando su niño o niña está contento y cuando está triste? | <input type="checkbox"/> Todavía no | <input type="checkbox"/> A veces | <input type="checkbox"/> Frecuentemente |
| 2. Cuando juega con juguetes, ¿se vuelve a mirarle para ver si lo está observando? | <input type="checkbox"/> Todavía no | <input type="checkbox"/> A veces | <input type="checkbox"/> Frecuentemente |
| 3. ¿Sonríe o le mientras la mira? | <input type="checkbox"/> Todavía no | <input type="checkbox"/> A veces | <input type="checkbox"/> Frecuentemente |
| 4. Si usted mira y señala un juguete al otro lado del cuarto, ¿su niño o niña se vuelve a verlo? | <input type="checkbox"/> Todavía no | <input type="checkbox"/> A veces | <input type="checkbox"/> Frecuentemente |

Comunicación

- | | | | |
|--|-------------------------------------|----------------------------------|---|
| 5. ¿Su niño o niña puede indicarle cuando necesita ayuda o cuando quiere algo que no puede alcanzar? | <input type="checkbox"/> Todavía no | <input type="checkbox"/> A veces | <input type="checkbox"/> Frecuentemente |
| 6. Si usted no le presta atención, ¿su niño o niña trata de llamar su atención? | <input type="checkbox"/> Todavía no | <input type="checkbox"/> A veces | <input type="checkbox"/> Frecuentemente |
| 7. ¿Hace su niño o niña cosas sólo para hacerle reír? | <input type="checkbox"/> Todavía no | <input type="checkbox"/> A veces | <input type="checkbox"/> Frecuentemente |
| 8. ¿Trata su niño o niña de mostrarle objetos interesantes para que usted los vea, sin que quiera que haga algo con ellos? | <input type="checkbox"/> Todavía no | <input type="checkbox"/> A veces | <input type="checkbox"/> Frecuentemente |

Gestos

- | | | | |
|--|-------------------------------------|----------------------------------|---|
| 9. ¿Su niño o niña recoge objetos y se los da a usted? | <input type="checkbox"/> Todavía no | <input type="checkbox"/> A veces | <input type="checkbox"/> Frecuentemente |
| 10. ¿Le muestra su niño o niña objetos sin dárselos? | <input type="checkbox"/> Todavía no | <input type="checkbox"/> A veces | <input type="checkbox"/> Frecuentemente |
| 11. ¿Su niño o niña saluda moviendo la mano? | <input type="checkbox"/> Todavía no | <input type="checkbox"/> A veces | <input type="checkbox"/> Frecuentemente |
| 12. ¿Su niño o niña señala los objetos? | <input type="checkbox"/> Todavía no | <input type="checkbox"/> A veces | <input type="checkbox"/> Frecuentemente |
| 13. ¿Su niño o niña mueve la cabeza para decir que sí? | <input type="checkbox"/> Todavía no | <input type="checkbox"/> A veces | <input type="checkbox"/> Frecuentemente |

Sonidos

- | | | | | | |
|--|-------------------------------------|----------------------------------|---|--------------------------------|-----------------------------------|
| 14. ¿Su niño o niña usa sonidos o palabras para llamar la atención o pedir ayuda? | <input type="checkbox"/> Todavía no | <input type="checkbox"/> A veces | <input type="checkbox"/> Frecuentemente | | |
| 15. ¿Su niño o niña usa varios sonidos, como por ejemplo, ah-oh, mamá, gaga, naná, papá? | <input type="checkbox"/> Todavía no | <input type="checkbox"/> A veces | <input type="checkbox"/> Frecuentemente | | |
| 16. Aproximadamente cuántos de los siguientes sonidos consonantes usa su niño o niña: má, ná, bá, dá, gá, pab, la, yá, sá? | <input type="checkbox"/> Ninguno | <input type="checkbox"/> 1 a 2 | <input type="checkbox"/> 3 a 4 | <input type="checkbox"/> 5 a 8 | <input type="checkbox"/> más de 8 |

Palabras

- | | | | | | |
|--|-------------------------------------|----------------------------------|---|----------------------------------|------------------------------------|
| 17. ¿Cuántas palabras que usted pueda reconocer usa su niño o niña para indicar algo (como tete por biberón, buabub por agua)? | <input type="checkbox"/> Ninguno | <input type="checkbox"/> 1 a 3 | <input type="checkbox"/> 4 a 10 | <input type="checkbox"/> 11 a 30 | <input type="checkbox"/> más de 30 |
| 18. ¿Su niño o niña usa dos palabras (por ejemplo más agua, este mío)? | <input type="checkbox"/> Todavía no | <input type="checkbox"/> A veces | <input type="checkbox"/> Frecuentemente | | |

Comprensión

- | | | | | | |
|--|-------------------------------------|----------------------------------|---|----------------------------------|------------------------------------|
| 19. Cuando llama a su niño o niña por su nombre, ¿responde volviendo la mirada o la cabeza hacia usted? | <input type="checkbox"/> Todavía no | <input type="checkbox"/> A veces | <input type="checkbox"/> Frecuentemente | | |
| 20. ¿Aproximadamente cuántas palabras o frases entiende su niño o niña sin ayuda de gestos? Por ejemplo, si usted dice "¿dónde está tu mamá?", "¿dónde está papá?", "dame la pelota" o "vení aquí", sin señalar con la mano o apuntar, su niño o niña responderá de forma apropiada. | <input type="checkbox"/> Ninguno | <input type="checkbox"/> 1 a 3 | <input type="checkbox"/> 4 a 10 | <input type="checkbox"/> 11 a 30 | <input type="checkbox"/> más de 30 |

Uso de objetos

- | | | | | | |
|---|-------------------------------------|------------------------------------|---|----------------------------------|-----------------------------------|
| 21. ¿Su niño o niña muestra interés en jugar con una variedad de objetos? | <input type="checkbox"/> Todavía no | <input type="checkbox"/> A veces | <input type="checkbox"/> Frecuentemente | | |
| 22. Aproximadamente cuántos de los objetos siguientes usa su niño o niña correctamente? (tira, biberón, latón, cuchar, peine o cepillo, cepillo de dientes, esponja de baño, pelota, carrito de juguete, teléfono de juguete) | <input type="checkbox"/> Ninguno | <input type="checkbox"/> 1 a 2 | <input type="checkbox"/> 3 a 4 | <input type="checkbox"/> 5 a 8 | <input type="checkbox"/> más de 8 |
| 23. ¿Aproximadamente cuántos bloques o arcos puede poner su niño o niña uno encima de otro? | <input type="checkbox"/> Ninguno | <input type="checkbox"/> 2 bloques | <input type="checkbox"/> 3 a 4 bloques | <input type="checkbox"/> 5 o más | |
| 24. ¿Juega con sus juguetes a juegos como: darle de comer a un osito de peluche, arrullar a una muñeca, o poner un muñeco en un carrito? | <input type="checkbox"/> Todavía no | <input type="checkbox"/> A veces | <input type="checkbox"/> Frecuentemente | | |

 ¿Le preocupa algún aspecto del desarrollo de su niño o niña? sí no Si la respuesta es sí, explique al dorso.

CSBS-DP
Cuestionario del bebé y del niño y pequeño
 Amy M. Wetherby & Barry M. Prizant (2001)

Instrucciones para puntuar la lista de chequeo.

El Cuestionario del Perfil de Desarrollo de la **Escala de Conducta Comunicativa y Simbólica – CSBS-DP** (Wetherby y Prizant, 2002) consiste en 24 preguntas organizadas en 7 grupos (Emociones y Mirada, Comunicación, Gestos, Sonidos, Palabras, Comprensión y uso de Objetos), cada una de las cuales se puntúan en un rango de entre 2 y 4 puntos. Deberás anotar:

- 0 en cada ítem anotado como "Todavía No".
- 1 para los ítems anotados como "A veces".
- 2 en los ítems anotados como "Frecuentemente".

En los ítems que describen series o rangos de números, anota:

- 0 puntos en los ítems marcados como "Ninguno".
- De 1 a 4 en los ítems que contienen opciones numéricas. Por ejemplo, en el ítem 16, anota un 0 para "Ninguno", 1 punto para "1 a 2", 2 puntos para "3 a 4", 3 puntos para "5 a 8" y 4 puntos para "más de 8".

El número de puntos conseguidos en cada grupo debe ser sumado en cada una de ellas para obtener las 7 puntuaciones totales de cada grupo. Las puntuaciones pueden ser anotadas en el lado derecho de la fila correspondiente a cada área del cuestionario. Las puntuaciones en las siete áreas y las 3 puntuaciones cada área, deben ser sumadas para obtener una **puntuación TOTAL**, como se indica debajo.

ÁREAS		PUNTUACIÓN
COMUNICACIÓN:		
Emociones y Mirada		8 puntos posibles
Comunicación		8 puntos posibles
Gestos		10 puntos posibles
TOTAL		26 puntos posibles
LENGUAJE EXPRESIVO:		
Sonidos		8 puntos posibles
Palabras		6 puntos posibles
TOTAL		14 puntos posibles
SIMBOLIZACIÓN:		
Comprensión		6 puntos posibles
Uso de Objetos		11 puntos posibles
TOTAL		17 puntos posibles
RESULTADO	PREOCUPACIÓN (SI / NO) *	
SUBTOTAL COMUNICACIÓN:		26 puntos posibles
SUBTOTAL LENGUAJE EXPRESIVO:		14 puntos posibles
SUBTOTAL SIMBOLIZACIÓN:		17 puntos posibles
TOTAL		57 puntos posibles

* Los puntos de corte para indicar que existe una preocupación sobre el desarrollo se establecen en un rendimiento de al menos 1.25 desviaciones típicas por debajo de la media. Un/a niño/a deberá ser derivado para una evaluación si las puntuaciones Subtotales en Comunicación o Simbolización o la puntuación Total se sitúan en el rango de "preocupante". El desarrollo de un/a niño/a debe ser evaluado periódicamente de forma cuidadosa si la puntuación Subtotal de Lenguaje Expresivo se encuentra en el rango de "preocupante" y debe ser enviado a una evaluación si vuelve a obtener puntuaciones por debajo del punto de corte al completar por segunda vez el listado de chequeo 3 meses después.

ANEXO 4

**CUESTIONARIO DEL DESARROLLO COMUNICATIVO
Y SOCIAL EN LA INFANCIA (M-CHAT/ES)**

Seleccione, rodeando con un círculo , la respuesta que le parece que refleja mejor cómo su hijo o hija actúa NORMALMENTE. Si el comportamiento no es el habitual (por ejemplo, usted solamente se lo ha visto hacer una o dos veces) conteste que el niño o niña NO lo hace. Por favor, conteste a todas las preguntas.

1. ¿Le gusta que le balanceen, o que el adulto le haga el "caballito" sentándole en sus rodillas, etc.?	SI	NO
2. ¿Muestra interés por otros niños o niñas?	SI	NO
3. ¿Le gusta subirse a sitios como, por ejemplo, sillones, escalones, juegos del parque...?	SI	NO
4. ¿Le gusta que el adulto juegue con él o ella al "cucú-tras" (taparse los ojos y luego descubrirlos; jugar a esconderse y aparecer de repente)?	SI	NO
5. ¿Alguna vez hace juegos imaginativos, por ejemplo haciendo como si hablara por teléfono, como si estuviera dando de comer a una muñeca, como si estuviera conduciendo un coche o cosas así?	SI	NO
6. ¿Suele señalar con el dedo para pedir algo?	SI	NO
7. ¿Suele señalar con el dedo para indicar que algo le llama la atención?	SI	NO
8. ¿Puede jugar adecuadamente con piezas o juguetes pequeños (por ejemplo cochecitos, muñequitos o bloques de construcción) sin únicamente chuparlos, agitarlos o tirarlos?	SI	NO
9. ¿Suele traerle objetos para enseñárselos?	SI	NO
10. ¿Suele mirarle a los ojos durante unos segundos?	SI	NO
11. ¿Le parece demasiado sensible a ruidos poco intensos? (por ejemplo, reacciona tapándose los oídos, etc.)	SI	NO
12. ¿Sonríe al verle a usted o cuando usted le sonríe?	SI	NO
13. ¿Puede imitar o repetir gestos o acciones que usted hace? (por ejemplo, si usted hace una mueca él o ella también la hace)	SI	NO
14. ¿Responde cuando se le llama por su nombre?	SI	NO
15. Si usted señala con el dedo un juguete al otro lado de la habitación... ¿Dirige su hijo o hija la mirada hacia ese juguete?	SI	NO
16. ¿Ha aprendido ya a andar?	SI	NO
17. Si usted está mirando algo atentamente, ¿su hijo o hija se pone también a mirarlo?	SI	NO
18. ¿Hace su hijo o hija movimientos raros con los dedos, por ejemplo, acercándoselos a los ojos?	SI	NO
19. ¿Intenta que usted preste atención a las actividades que el o ella está haciendo?	SI	NO
20. ¿Alguna vez ha pensado que su hijo o hija podría tener sordera?	SI	NO
21. ¿Entiende su hijo o hija lo que la gente dice?	SI	NO
22. ¿Se queda a veces mirando al vacío o va de un lado al otro sin propósito?	SI	NO
23. ¿Si su hijo o hija tiene que enfrentarse a una situación desconocida, le mira primero a usted a la cara para saber cómo reaccionar?	SI	NO



PLANTILLA DE CORRECCIÓN DEL M-CHAT

El M-Chat es un cuestionario de 23 preguntas que rellenan los padres del niño. Para que un cuestionario M-Chat resulte "positivo" (para que se sospeche la existencia de una alteración del desarrollo de ese niño/a), el cuestionario debe mostrar:

- 1) Tres o más ítems cualesquiera fallados, o...
- 2) Dos o más ítems críticos fallados

¿Cuáles son los 6 ítems críticos?

Los ítems críticos son: **2, 7, 9, 13, 14 y 15** (marcados en negrita en este ejemplo)

Un cuestionario modelo con 0 fallos (niño normal-control), tendría este aspecto:

1. ¿Le gusta que le balanceen, o que el adulto le haga el "caballito" sentándole en sus rodillas, etc.?	<input checked="" type="checkbox"/>	NO
2. ¿Muestra interés por otros niños o niñas?	<input checked="" type="checkbox"/>	NO
3. ¿Le gusta subirse a sillones como, por ejemplo, sillones, escalones, juegos del parque, etc.?	<input checked="" type="checkbox"/>	NO
4. ¿Le gusta que el adulto juegue con él o ella al "cucú-tras"? (taparse los ojos y luego descubrirlos; jugar a esconderse y aparecer de repente)	<input checked="" type="checkbox"/>	NO
5. ¿Alguna vez hace juegos imaginativos, por ejemplo haciendo como si hablara por teléfono, como si estuviera dando de comer a una muñeca, como si estuviera conduciendo un coche o cosas así?	<input checked="" type="checkbox"/>	NO
6. ¿Suele señalar con el dedo para pedir algo?	<input checked="" type="checkbox"/>	NO
7. ¿Suele señalar con el dedo para indicar que algo le llama la atención?	<input checked="" type="checkbox"/>	NO
8. ¿Puede jugar adecuadamente con piezas o juguetes (por ejemplo cochecitos, muñequitos o bloques de construcción) sin únicamente chuparlos, agitarlos o tirarlos?	<input checked="" type="checkbox"/>	NO
9. ¿Suele traerle objetos para enseñárselos?	<input checked="" type="checkbox"/>	NO
10. ¿Suele mirarle a los ojos durante unos segundos?	<input checked="" type="checkbox"/>	NO
11. ¿Le parece demasiado sensible a ruidos poco intensos? (por ejemplo, reacciona tapándose los oídos, etc.)	SI	<input checked="" type="checkbox"/>
12. ¿Sonríe al verle a usted o cuando usted le sonríe?	<input checked="" type="checkbox"/>	NO
13. ¿Puede imitar o repetir gestos o acciones que usted hace? (por ejemplo, si usted hace una mueca él o ella también la hace)	<input checked="" type="checkbox"/>	NO
14. ¿Responde cuando se le llama por su nombre?	<input checked="" type="checkbox"/>	NO
15. Si usted señala con el dedo un juguete al otro lado de la habitación... ¿Dirige su hijo o hija la mirada hacia ese juguete?	<input checked="" type="checkbox"/>	NO
16. ¿Ha aprendido ya a andar?	<input checked="" type="checkbox"/>	NO
17. Si su hijo o hija se da cuenta de que usted está mirando algo atentamente, ¿se pone también a mirarlo?	<input checked="" type="checkbox"/>	NO
18. ¿Hace su hijo o hija movimientos raros con los dedos, por ejemplo, acercándose a los ojos?	SI	<input checked="" type="checkbox"/>
19. ¿Intenta que usted preste atención a las actividades que él o ella está haciendo?	<input checked="" type="checkbox"/>	NO
20. ¿Alguna vez ha pensado que su hijo o hija podría tener sordera?	SI	<input checked="" type="checkbox"/>
21. ¿Entiende su hijo o hija lo que la gente dice?	<input checked="" type="checkbox"/>	NO
22. ¿Se queda a veces mirando al vacío o va de un lado al otro sin propósito?	SI	<input checked="" type="checkbox"/>
23. Si su hijo o hija tiene que enfrentarse a una situación desconocida, ¿le mira primero a usted a la cara para saber cómo reaccionar?	<input checked="" type="checkbox"/>	NO

Cualquier respuesta distinta a la que marca el cuestionario modelo puede considerarse un fallo (sospecha de existencia de trastorno del desarrollo). No obstante, una vez pasado el primer filtro de comprobación (la llamada telefónica de confirmación de respuestas), tan sólo el 10% de los casos que dan positivo son citados para una evaluación del niño/a en profundidad.

ANEXO 6

CUESTIONARIO A FAMILIAS

Completado por:

 madre padre otro: _____

FECHA: ____ / ____ / ____

ESCUELA	AULA

CUESTIONARIO 1: tiene la finalidad de obtener información que nos ayude a entender qué factores inciden en la detección precoz de las diferencias en el desarrollo socio-emocional. Requiere completar la información solicitada.

 ■ DATOS IDENTIFICACIÓN ALUMNO:

1) Nombre y apellidos: _____

2) Fecha de nacimiento: ____ / ____ / ____

3) Edad: _____

4) Edad corregida en caso de prematuridad: _____

5)

Tutora: _____

6) El niño/a inicia la escuela en el curso: 2013-2014 2014-2015

 ■ INFORMACIÓN PRE-PERI Y POSNATAL

7) Fue un embarazo(madre):

 Normal: De riesgo: (rodear los factores presentes)

Medio: menor de 17 años mayor de 38 años obesidad

RH negativo Fumadora

Alto: anemia grave gestación gemelar operada de útero
infecciones diabetes gestacional obesidad mórbida
preeclampsia leve

Muy Alto: Embarazo múltiple malformaciones del útero
cardiopatías incontinencia cervical uterina
diabetes previa (pre gestacional)
crecimiento intrauterino restringido
malformación del feto confirmada placenta previa
preeclampsia grave amenaza de parto prematuro
rotura de membrana

- 8) ¿Hubo necesidad de reposo? No
 Si Cuánto tiempo: _____ (8a)

9) Observaciones: _____

10) En el momento del parto, cuántas semanas tenía de gestación:

- 11) El parto fue: Cesárea
 Natural

12) Durante el parto necesitó
 Epidural Oxitocina Fórceps Otro: _____ Nada

- 15) Al nacer, el bebé necesitó...
 Reanimación?
 Incubadora? ¿Cuánto tiempo? _____ (15b)
 Permanecer ingresado? ¿Cuánto tiempo? _____ (15c)
 No precisó de cuidados especiales

16) Peso al nacer: _____

17) Altura al nacer: _____

18) Puntuación del test de Apgar: _____ / _____

19) Observaciones respecto al parto:

20) ¿Su hijo/a recibe o recibió lactancia...

- | | |
|--|-------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Materna (pecho) | Entre los _____ y _____ meses (20a) |
| <input type="checkbox"/> Materna (usando biberón) | Entre los _____ y _____ meses (20b) |
| <input type="checkbox"/> Artificial (leche de fórmula) | Entre los _____ y _____ meses (20c) |
| <input type="checkbox"/> Mixta (materna y de fórmula) | Entre los _____ y _____ meses (20d) |

21) ¿Le gusta recibir masaje, caricias, etc.?

No

A veces ¿Cuándo?

Sí ¿Cuándo?

22) ¿Qué le gusta hacer?, ¿en qué destaca su hijo/a?:

23) ¿En algún momento ha pensado que su hijo presenta alguna dificultad en su desarrollo?

No

Sí ¿Qué le ha hecho pensar así? (23a)

▪ INFORMACIÓN FAMILIAR

24) Unidad familiar:

Monoparental

Pareja

Pareja de hecho

Matrimonio

Separación/Divorcio

25) ¿Cuántas personas viven en la casa familiar? _____

26) Número de hijos: _____

27) Orden que ocupa el hijo/a sobre el que está respondiendo a estos cuestionarios:

1º 2º 3º 4º 5º 6º 7º

MADRE / TUTOR LEGAL

28) Edad: _____

29) Nivel de estudios:

Sin estudios

Secundarios (bachiller y F.P)

Primarios (EGB)

Superiores (F.P. Superior/ universitarios)

30) Estudios cursados:

31) Profesión:

32) Trabaja actualmente:

No

Sí: (32a) ¿Cuánto?

Jornada completa (8h/día)

Jornada reducida (6h/día)

Media Jornada (4h/día)

Horas sueltas

PADRE /TUTOR LEGAL

33) Edad: _____

34) Nivel de estudios:

Sin estudios

Secundarios (bachiller y F.P)

Primarios (EGB)

Superiores (F.P. Superior/ universitarios)

35) Estudios cursados: _____

36) Profesión:

37) Trabaja actualmente:

No

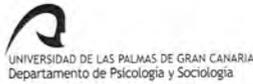
Sí: (32a) ¿Cuánto?

Jornada completa (8h/día)

Jornada reducida (6h/día)

Media Jornada (4h/día)

Horas sueltas



Estimado Sr. **Moreno García**:

La doctoranda Vanessa Casals Hierro está llevando a cabo la tesis doctoral en la Universidad de Las Palmas de Gran Canaria bajo nuestra tutela, Dr. Gabriel Díaz Jiménez y Dra. Pilar Etopa Bitata, en el Programa de Doctorado de Formación del Profesorado de los Departamentos de Didácticas Especiales y Psicología y Sociología.

El contenido de la tesis versa sobre la detección precoz de dificultades relacionadas con la comunicación e interacción (Trastornos de Espectro Autista, Trastornos de la Comunicación) en la primera infancia. El planteamiento es realizar una detección, planificar una breve intervención basada en el Modelo DIR, y volver a valorar para contrastar los resultados. Para conocer más acerca de este enfoque, se adjunta un artículo científico publicado por la doctoranda en la Revista Norte de Psiquiatría.

La doctoranda está muy interesada en poder llevar a cabo este proyecto en las Escuelas Infantiles del Gobierno de Canarias por diversas razones, y cuenta con nuestro respaldo. Ella no quiere realizar solo un trabajo académico dirigido a la consecución de un título, sino por la importancia del diagnóstico precoz en los 3 primeros años de vida y por la eficacia de intervención temprana y también por su proximidad y mayor experiencia en este rango de edad y en este ámbito educativo.

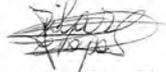
Principalmente, desea que este proyecto tenga un beneficio directo en la comunidad.

El **planning** sería:

- Pasar 2 cuestionarios de detección (screening) a las familias.
- Análisis de resultados para detectar a los niños/as que presentan signos de alerta.

- Confirmación de dichos signos con las educadoras a través de los mismos cuestionarios.
- Diseño de Intervención (dentro del horario escolar) para esos casos detectados.
- Intervención a través de las familias y del personal educador, y de forma directa con los niños/as.
- Valoración de resultados volviendo a pasar uno de los cuestionarios.

En espera de su valoración y esperando poder contar con su colaboración, reciba un cordial saludo.



María del Pilar Etopa Bitata



Profesora del Departamento de Psicología y Sociología

Para todos los contactos:

Vanessa Casals Hierro. 676.884.676

Las Palmas de Gran Canaria, 14 de julio de 2014.

DIRECTOR GENERAL DE DEPENDENCIA, INFANCIA Y FAMILIA.

CONVOCATORIA A REUNIÓN

Estimadas familias,

Nos ponemos en contacto con ustedes para informarles acerca de un proyecto con el que vamos a colaborar en la Escuela Infantil.

Se trata de una Tesis Doctoral de la Universidad de Las Palmas de G.C. acerca del desarrollo socioemocional en la etapa 0-3 años. Para ello, la investigadora (Vanessa Casals Hierro), bajo la dirección de la Dra. Pilar Etopa, requiere de nuestra colaboración. Solicita nuestra participación únicamente rellenando unos sencillos cuestionarios sobre el desarrollo de sus hijos por parte de las familias y de las educadoras.

Para ellos, vamos a organizar encuentros de 20 minutos en los que, contando con la presencia de la investigadora y/o colaboradores, las familias podrán completar los cuestionarios. Estas se llevarán a cabo en distintos turnos para adaptarnos a las familias.

Convocatoria 1- Turno de mañana: Lunes de enero de 2015
Hora: desde las 8 am
Lugar: Comedor

Convocatoria 2- Turno de tarde: Lunes de enero de 2015
Hora: desde las 15 am
Lugar: Comedor

ANEXO 9

CONSENTIMIENTO INFORMADO-FAMILIAS

TESIS DOCTORAL: *Desarrollo socioemocional en infancia y detección precoz de diferencias en el desarrollo desde la escuela infantil.*

Estimado Sr/ Sra.:

Mi nombre es Vanessa Casals Hierro y me dirijo a usted para solicitarle su colaboración en el estudio que estoy llevando como parte de mi Tesis Doctoral en la Universidad de Las Palmas de Gran Canaria. El trabajo que estoy llevando a cabo es sobre el desarrollo socioemocional en la primera infancia y sobre la vigilancia de su evolutiva para así estar atentos a pequeñas desviaciones respecto a la norma y poder tomar las medidas necesarias para favorecer su desarrollo óptimo.

En caso de que hubiera alguna duda o sospecha de una posible alteración en el desarrollo de su hijo/a, nos pondremos en contacto con usted para tomar las medidas necesarias (derivación, estudio más exhaustivo, orientaciones y pautas, etc.).

La participación en este estudio no conlleva ningún riesgo para el niño/a ni para los padres.

Los datos y la información obtenida son confidenciales y no serán cedidos para otras investigaciones sin su consentimiento expreso. Se manejarán y estarán protegidos de acuerdo a la Ley 15/99 de Protección de Datos. Por lo tanto, su identidad siempre será preservada. Igualmente los datos obtenidos sólo podrán ser publicados de forma anónima, es decir, en forma de porcentajes o datos numéricos sin identificación del participante, y nunca de manera individual. Esta ley le otorga los derechos de oposición, acceso, rectificación y cancelación de los datos, si usted lo desea.

Le pedimos que, si desea participar en este estudio, firme este consentimiento y conteste la información que se le solicita en siguientes cuestionarios.

Si tiene alguna duda al respecto póngase en contacto con Vanessa Casals Hierro, teléfono 676.884.676 o vane@afectoenmovimiento.com

Yo, D/D^a _____, con DNI _____

Nombre del niño/a: _____

Declaro que:

- He leído la hoja de información que se me ha entregado
- He recibido suficiente información sobre el estudio y he podido hacer preguntas.
- He hablado con _____ quien me ha aclarado las dudas.
- Comprendo que la participación es voluntaria.
- Apruebo que las educadoras completen los cuestionarios en relación a mi hijo/a y conozcan los resultados de los mismos.
- Comprendo que puedo retirarme del estudio cuando quiera y sin tener que dar explicaciones.
- Presto libremente mi conformidad para participar en el estudio.
- Firmo por duplicado, quedándome con una copia de este impreso.

En, _____ a _____ de _____ de 2015-10-28

ANEXO 9

Fdo: _____

CONSENTIMIENTO INFORMADO-EDUCADORAS

TESIS DOCTORAL: *Desarrollo socioemocional en infancia y detección precoz de diferencias en el desarrollo desde la escuela infantil.*

Estimada compañera/o,

Mi nombre es Vanessa Casals Hierro y me dirijo a usted para solicitarle su colaboración en el estudio que estoy llevando como parte de mi Tesis Doctoral en la Universidad de Las Palmas de Gran Canaria.

Una vez sean corregidos los cuestionarios completados por familia y por las educadoras, se avisará a las familias de aquellos niños que presenten unas puntuaciones que nos indiquen que puede haber riesgo. Estos datos serán compartidos con las educadoras de cada aula.

Los datos y la información obtenida son confidenciales y no serán cedidos para otras investigaciones sin su consentimiento expreso. Se manejarán y estarán protegidos de acuerdo a la Ley 15/99 de Protección de Datos. Por lo tanto, su identidad siempre será preservada. Igualmente los datos obtenidos sólo podrán ser publicados de forma anónima, es decir, en forma de porcentajes o datos numéricos sin identificación del participante, y nunca de manera individual. Esta ley le otorga los derechos de oposición, acceso, rectificación y cancelación de los datos, si usted lo desea.

Le pedimos que, si desea participar en este estudio, firme este consentimiento y conteste la información que se le solicita en los cuestionarios. Si tiene alguna duda al respecto póngase en contacto con Vanessa Casals Hierro, teléfono 676.884.676 o vane@afectoenmovimiento.com

ANEXO 10

Yo, D/D^a _____,
con DNI _____
Escuela: _____ Aula: _____
Nº Alumnos: _____

Declaro que:

- He leído la hoja de información que se me ha entregado
- He recibido suficiente información sobre el estudio y he podido hacer preguntas.
- He hablado con _____
quien me ha aclarado las dudas.
- Presto libremente mi conformidad para participar en el estudio.
- Firmo por duplicado, quedándome con una copia de este impreso.

En, _____ a _____ de _____ de 2015

Fdo.: _____

ANEXO 11

INFORMACIÓN DEL AULA Y EDUCADORA

ESCUELA	AULA	TRAMO DE EDADES (EN MESES)	Nº NIÑOS/AS	EDUCADORAS EN AULA AUXILIAR?

NOMBRE Y APELLIDOS			
EDAD	AÑOS DE EXPERIENCIA EN 0-3 AÑOS		
NIVEL DE ESTUDIOS (Marcar el correspondiente)		Técnico Superior de Educación Infantil	
		Grado o Diplomatura en Magisterio	
		Licenciatura (pedagogía, psicopedagogía)	
		Otro: _____	

CUESTIONARIO PARA EDUCADORAS: INFORMACIÓN DEL ALUMNO

FECHA CUMPLIMENTACIÓN:

____ / ____ / ____

ESCUELA	AULA	TRAMO DE EDAD-meses

■ DATOS IDENTIFICACIÓN ALUMNO:

1) Nombre y apellidos:

2) Fecha de nacimiento: ____ / ____ / ____

3) El niño/a inicia la escuela en el curso: 2013-2014 2014-20154) Usted conoce al niño desde el curso: 2013-2014 2014-2015

5) Observaciones:

6) ¿En algún momento ha pensado que el alumno/a presenta alguna dificultad en su desarrollo?

 NO SÍ ¿Qué le ha hecho pensar así? _____

ANEXO 13

TESIS DOCTORAL SOBRE DESARROLLO SOCIOEMOCIONAL EN PRIMERA INFANCIA HOJA DE RESULTADOS

ESUELA		AULA		TUTORA	
				V	M

FECHA EVALUACION:	EDAD:
FECHA NACIMIENTO:	EDAD CORREGIDA:

RESUMEN INFO EDUCADORAS

EDAD	EXPERIENCIA	CONOCE AL NIÑO		FORMACION
		1	2	

RESUMEN INFO FAMILIAS

CSBS-CP

COMPUESTO DE COMUNICACION	PORCENTAJE BRUTO	¿PREOCUPA?
Emociones y miradas		
Comunicación		
Gestos		
TOTAL		
COMPUESTO LENGUAJE EXPRESIVO	PORCENTAJE BRUTO	¿PREOCUPA?
Sonidos		
Palabras		
TOTAL		
COMPUESTO SIMBÓLICO	PORCENTAJE BRUTO	¿PREOCUPA?
Compresión		
Uso de objetos		
TOTAL		

CSBS-CP

COMPUESTO DE COMUNICACION	PORCENTAJE BRUTO	¿PREOCUPA?
Emociones y miradas		
Comunicación		
Gestos		
TOTAL		
COMPUESTO LENGUAJE EXPRESIVO	PORCENTAJE BRUTO	¿PREOCUPA?
Sonidos		
Palabras		
TOTAL		
COMPUESTO SIMBÓLICO	PORCENTAJE BRUTO	¿PREOCUPA?
Compresión		
Uso de objetos		
TOTAL		

ESCALA GREENSPAN

PROCESAMIENTO SENSORIAL	POSSIBLES RETOS		CERTO DOMINIO COMPLETO		DOMINIO COMPLETO		MAYOR ETAPA DOMINADA	
	1	2	3	4a	5a	6	1	2
TOTAL GRÁFICO CRECIMIENTO								

ESCALA GREENSPAN

PROCESAMIENTO SENSORIAL	POSSIBLES RETOS		CERTO DOMINIO COMPLETO		DOMINIO COMPLETO		MAYOR ETAPA DOMINADA	
	1	2	3	4a	5a	6	1	2
TOTAL GRÁFICO CRECIMIENTO								

M-CHAT

(Para niños/as mayores de 2 años)

ITEMS CRITICOS	ITEMS NO CRITICOS	TOTAL	NO RIESGO	SI RIESGO

M-CHAT

(Para niños/as mayores de 2 años)

ITEMS CRITICOS	ITEMS NO CRITICOS	TOTAL	NO RIESGO	SI RIESGO

NO EXISTE RIESGO	EXISTE RIESGO
------------------	---------------

NO EXISTE RIESGO	EXISTE RIESGO
------------------	---------------

TESIS DOCTORAL

Vigilancia del desarrollo en primera infancia. V. Casals

ENCUESTA A EDUCADORAS Y DIRECTORAS

A continuación se presentan unas serie de preguntas dirigidas a todas las educadoras y directoras que han colaborado con el proyecto. Su cumplimentación requiere menos de 15 minutos y tiene carácter anónimo.

El objetivo es recoger la opinión de cada una de ustedes sobre el proceso de vigilancia del desarrollo en general y sobre el proyecto llevado a cabo desde enero en los centros. Toda esta información será tenida en cuenta para desarrollar un protocolo de Vigilancia del Desarrollo Infantil desde la Escuela Infantil ajustado a las necesidades y realidades actuales, con el que voy a concluir la Tesis Doctoral.

1. ¿Cuáles se podría decir que son los 3 aportes más importantes de la escuela infantil a la sociedad?

1: _____
2: _____
3: _____

2. ¿Es importante la vigilancia del desarrollo en los primeros años de vida?

No Sí, ¿desde qué edad? 0 meses 1 año 2 años 3 años 4 años 5 años

3. ¿A qué profesional/es se puede/n considerar responsable/s de la vigilancia del desarrollo en los primeros años de vida: *(no es preciso completar los tres apartados, si consideras que solo un profesional es el responsable deberás completar únicamente el apartado a)*

a) _____ ¿Por qué? _____
b) _____ ¿Por qué? _____
c) _____ ¿Por qué? _____

4. ¿Conoces los beneficios de la intervención temprana?

No Sí ¿Cuáles? _____

5. ¿La escuela infantil debe vigilar activamente el desarrollo de los niños?

No Sí Indiferente
5b.- ¿Por qué? _____

6. ¿Es importante la participación de las familias en la vigilancia del desarrollo?

No Sí Indiferente
6b.- ¿Por qué? _____

7. ¿Qué consideras necesario para llevar a cabo una correcta vigilancia del desarrollo desde la escuela infantil:

(valorar del 1 al 5)

- Conocimiento sobre desarrollo infantil y señales de alerta	1	2	3	4	5
- Experiencia en 0-3	1	2	3	4	5
- Uso de cuestionarios estandarizados	1	2	3	4	5
- Observación por parte de educadoras y "juicio clínico"	1	2	3	4	5
- Formación específica	1	2	3	4	5
- Acompañamiento por parte de un profesional cualificado y especialista en detección precoz	1	2	3	4	5
- Tener un sistema de diagnóstico posterior que confirme o no la presencia de desafíos en el desarrollo	1	2	3	4	5
- Posibilidad inmediata de recibir Atención Temprana o intervenciones especializadas	1	2	3	4	5
- Coordinación con otros servicios	1	2	3	4	5
- Otros:	_____				

PROCESO LLEVADO A CABO EN LA ESCUELA

8. Cómo valoras el proceso llevado a cabo en la escuela en relación a:

(valores del 1 al 5)

- Información previa 1 2 3 4 5
- Documentación facilitada 1 2 3 4 5
- Entrega de resultados (*plantilla y normas de interpretación*) 1 2 3 4 5
- Participación de las familias 1 2 3 4 5
- Sugerencias para mejorarlo: _____

9. Cómo valoras los resultados de los cuestionarios: ¿reflejan la realidad, te los esperabas así?

10. ¿Hay algo de los resultados que te haya llamado la atención?

11. Qué opinas en los casos en los que los que:

a) coinciden los resultados de familia y educadora

b) no coinciden los resultados de familia y educadora:

12. ¿Cómo te has sentido en relación a este proceso?

13. ¿Por qué crees que algunas familias no han participado?

14. ¿Cómo afrontas el momento de informar a la familia?

15. ¿Cuál sería la mejor forma de compartir los resultados obtenidos con cada familia?

16. ¿Qué podría haber mejorado tu vivencia del proceso?

Índices

Tabla 1.	Teorías del desarrollo y sus contribuciones (adaptación de la tabla original)	34
Tabla 2.	Evolución del Concepto	44
Tabla 3.	Evolución de la definición de AT según distintos autores	45
Tabla 4.	Proceso de cribado de dificultades del Desarrollo Psicomotor	84
Tabla 5.	Valores psicométricos (sensibilidad y especificidad) del ASQ según distintos estudios	98
Tabla 6.	Comparativa del sensibilidad y especificada para detección de TEA	100
Tabla 7.	Valores psicométricos	103
Tabla 8.	Valores psicométricos de la versión española y la versión original	105
Tabla 9.	Referencias bibliográficas consideradas para la creación del marco teórico del Modelo DIR®	112
Tabla 10.	Observando al bebé hiperexcitable y al hipoexcitable.....	122
Tabla 11.	Las diferencias individuales	132
Tabla 12.	Estilos parentales: características y consecuencias en el niño	133
Tabla 13.	Población de las escuelas y resumen de la participación	147

Gráfico 1 y Tabla 14. Distribución de la muestra por género.....	148
Gráfico 2 y Tabla 15. Distribución de la muestra por tramos de edad	148
Gráfico 3 y Tabla 16. Distribución de la muestra según el familiar que completa los cuestionarios	149
Gráfico 4 y Tabla 17. Distribución de la muestra por el nivel educativo de la madre	149
Gráfico 5 y Tabla 18. Distribución de la muestra por el nivel educativo del padre	150
Tabla 19. Resultados de la prueba Greenspan's Social Emotional Growth Chart muestra completa	154
Tabla 20. Resultados de la prueba Greenspan's Social Emotional Growth Chart muestra de menores de 24 meses	154
Tabla 21. Resultados de la prueba Greenspan's Social Emotional Growth Chart (muestra de igual y mayores a 24 meses)	155
Tabla 22. Coincidencias en la prueba Greenspan's Social Emotional Growth Chart	156
Tabla 23. Resultados CSBS-DP (muestra completa)	157
Tabla 24. Resultados CSBS-DP (muestra menores de 24 meses)	158
Tabla 25. Resultados CSBS-DP (muestra de niños de igual o más de 24 meses)	159
Tabla 26. Coincidencias en CSBS-DP	160
Tabla 27. Resultados de la prueba M-CHAT	160
Tabla 28. Coincidencias en las respuestas de la prueba M-Chat	161
Tabla 29. Valoración General de riesgo en la muestra completa	162
Tabla 30. Valoración general de riesgo en la muestra de menos de 24 meses	162
Tabla 31. Valoración General de riesgo en la muestra iguales y mayores de 24 meses	162
Tabla 32. Coincidencias en la valoración general de riesgo	163
Tabla 33. Número de hijos versus valoración general de riesgo por parte de las familias	164
Tabla 34. Orden del hijo evaluado de vs valoración general de riesgo por parte de las familias.....	165

Tabla 35.	Nivel de estudios de las madres vs valoración general de riesgo por parte de las familias	165
Tabla 36.	Nivel de estudios de los padres vs valoración general de riesgo por parte de las familias	166
Tabla 37.	Número de hijos vs coincidencias en valoración general.....	167
Tabla 38.	Orden del hijo valorado vs coincidencias en valoración general	167
Tabla 39.	Tipo de unidad familiar versus coincidencias en valoración general	168
Tabla 40.	Nivel de estudios de la familia vs coincidencias en valoración general	169
Tabla 41.	Tipo de jornada laboral vs coincidencias en valoración general	169
Tabla 42.	Principios de la educación infantil: LOGSE; LOCE; LOE.....	189
Tabla 43.	Modelo de Calendario de Vigilancia por observación de hitos evolutivos	215
Tabla 44.	Modelo de Calendario de vigilancia del desarrollo a través del uso de pruebas de cribado	218
Tabla 45.	Plan de evaluación del proyecto	227
Figura 1.	Prevalencia aproximada de los trastornos del desarrollo.....	35
Figura 2.	El Modelo Ecológico según Urie Bronfenbrenner	57
Figura 3.	Modelo DIR®: un sistema dinámico del desarrollo	116
Figura 4.	Elementos del Modelo DIR®	117
Figura 5.	El desarrollo emocional y la conexión entre las áreas del desarrollo	118
Figura 6.	Desarrollo socioemocional funcional: etapas acumulativas y consecutivas	119
Figura 7.	Esquema de círculo de comunicación	125
Figura 8.	Esquema de interacción de ida y vuelta encadenando varios círculos de comunicación.....	126

Fe de erratas

Tesis Doctoral:

La Escuela (0-3) en el Marco de Atención Temprana: un agente imprescindible en la promoción y vigilancia del desarrollo

Autora: Dra. Vanessa Casals Hierro

En la presente separata de presentan dos contenidos: en primer lugar, la fe de erratas del libro que afectaban a la obra y, en segundo lugar, la corrección de los datos de una tabla de datos y el análisis de los mismos. En la obra también se han modificado sencillas erratas que por no afectar al contenido no están reflejadas en el listado.

FÉ DE ERRATAS

Página	Donde dice	Debe decir
36	Es posible...	NO es posible...
52	sexo	género
54	201	2013
58	cinco	tres
103	NPN	NPV
117 (fig.4)	Indiferencias	Diferencias
117 (fig.4)	Weider	Wieder
175	Pues se ha encontrado	Pues no se han encontrado

Pág. 162. Tabla 29

Donde dice:

Tabla 29. Valoración General de riesgo en la muestra completa

Riesgo	EDUCADORA		FAMILIA	
	Sí	No	Sí	No
Frecuencia	61	109	48	122
Porcentaje	35,9	64,1	28,2	71,8

Debe decir:

Tabla 29. Valoración General de riesgo en la muestra completa

Riesgo	EDUCADORA		FAMILIA	
	Sí	No	Sí	No
Frecuencia	109	61	48	122
Porcentaje	64,1	35,9	28,2	71,8

Donde dice:

Tras la valoración general de la muestra completa, recogida en la Tabla 29, se concluye, según las educadoras, que puede existir una situación de riesgo en el 35,9% de la muestra y en el 64,1% no. Analizando las respuestas aportadas por las familias, los niños en supuesto riesgo suponen el 28,2% y los sin riesgo un 71,8%.

Debe decir:

Tras la valoración general de la muestra completa, recogida en la Tabla 29, se concluye que según las educadoras, que puede existir una situación de riesgo en el 64,1% de la muestra y en el 35,9% no. Analizando las respuestas aportadas por las familias, los niños en supuesto riesgo suponen en 28,2% y los sin riesgo un 71,8%.

Pág. 173

Donde dice:

En la valoración general, entendiendo que es la medición menos objetiva, los resultados para la muestra completa son más similares entre educadoras y familias. Así, el riesgo según las educadoras alcanzaría el 35,9% y para las familias el 28,2%. Estos porcentajes están más cerca, pero aún son superiores, a las estadísticas de la población infantil con trastornos en el desarrollo. No obstante, considerando que todos estos casos deberían ser derivados para una evaluación exhaustiva, una parte de ellos quedarían descartados y los porcentajes se reducirían, acercándose a las estimaciones reales

Pese a que estas cantidades de niños en supuesto riesgo son semejantes en este apartado, los porcentajes de no coincidencia se asemejan a los obtenidos a través de los cuestionarios. De esta manera, de nuevo, la finalidad de la investigación queda confirmada, encontrando unos valores de “no coincidencia”

Debe decir:

En la valoración general, entendiendo que es la medición menos objetiva, los resultados para la muestra completa siguen la misma tendencia que los resultados anteriores. Así, el riesgo según las educadoras alcanzaría el 64,1% y para las familias el 28,2%. Estos porcentajes son superiores a las estadísticas de prevalencia de la población infantil con trastornos en el desarrollo. No obstante, considerando que todos estos casos deberían ser derivados para una evaluación exhaustiva, una parte de ellos quedarían descartados y los porcentajes se reducirían, acercándose a las estimaciones reales. De esta manera, de nuevo, la finalidad de la investigación queda confirmada, encontrando unos valores de “no coincidencia” que varían ligeramente en función de la muestra seleccionada....