



UNIVERSIDAD DE LAS PALMAS DE GRAN CANARIA
Facultad de Formación del Profesorado



TRABAJO FIN DE GRADO

PROYECTO DE INTERVENCIÓN EDUCATIVA EN
EDUCACIÓN INFANTIL

Curso de adaptación a Grado de Maestro en Educación Infantil
Marta Buhigas Lorenzo
Fecha: 29/06/2012
Tutora TFG: María Olga Escandell Bermúdez

Índice

1. Introducción	... 3
2. Marco teórico y conceptual	... 4
2.1. Definición y revisión de conceptos	
2.2. Población susceptible a la atención temprana	
2.3. La intervención en atención temprana	
2.4. Marco de actuación de la atención temprana	
2.5. Situación actual de la atención temprana en España y últimos avances	
2.6. Plan de atención temprana y educación infantil	
3. Marco práctico	
3.1. Descripción del proceso y del diseño seguido:	... 18
3.1.1. Sujetos, muestra, personas intervinientes, colaboradores, etc.	
3.1.2. Recursos materiales y medios utilizados.	
3.1.3. Técnicas de tratamientos de datos.	
3.1.4. Procedimientos: fases, tiempos, lugares, incidencias	
3.2. Información, datos obtenidos y resultados.	... 20
3.2.1. Organización de los datos e informaciones.	
3.2.2. Análisis de esos datos.	
3.2.3. Comentarios y crítica.	
4. Conclusiones, proyección, propuestas, aportación del Trabajo.	... 28
5. Referencias bibliográficas.	... 29

1. Introducción

Una de las motivaciones más importantes de mi vida ha sido trabajar con niños pequeños, los que se enmarcan en la Educación Infantil. Pero además, desde hace algunos años he tenido la oportunidad de relacionarme e interactuar con niños de Necesidades Educativas Especiales de diversas patologías y edades, experiencia que ha marcado mi vida y que ha acrecentado mi interés por trabajar con aquellos que tienen dificultades en su desarrollo, incentivándome a dar alguna respuesta válida desde mi campo, es decir, desde el aula infantil, convencida que no solo podría conformarme con el hecho de que los niños estén presentes en su aula sino que se integren con la mejor disponibilidad desde todas las áreas, partiendo de su variabilidad y así ser los auténticos protagonistas en su propia evolución humana como seres portadores de capacidades vivas y dinámicas. Son estas razones las que me han impulsado a aportar mis propias conclusiones en este tema: la atención temprana en Educación Infantil.

La educación infantil debe contribuir al desarrollo afectivo, psíquico, moral y social del niño y es desde esta perspectiva, que las escuelas infantiles se convierten en un lugar privilegiado desde donde realizar tareas de prevención de posibles retrasos en el desarrollo a la vez que de compensación de carencias relacionadas con el entorno, social, cultural y económico.

Los primeros años de vida constituyen una etapa de la existencia especialmente crítica ya que en ella se van a configurar las habilidades perceptivas, motrices, cognitivas, lingüísticas y sociales que posibilitarán una equilibrada interacción con el mundo circundante. La Atención Temprana (AT), desde los principios científicos sobre los que se fundamenta: Pediatría, Neurología, Psicología, Psiquiatría, Pedagogía, Fisiología, Lingüística, etc., tiene como finalidad ofrecer a los niños con déficits o con riesgo de padecerlos un conjunto de acciones optimizadoras y compensadoras, que faciliten su adecuada maduración en todos los ámbitos y que les permita alcanzar el máximo nivel de desarrollo personal y de integración social.

En la planificación de la intervención, se debe considerar el momento evolutivo y las necesidades del niño en todos los ámbitos y no sólo el déficit o discapacidad que pueda presentar. Es por esto que la AT debe considerar al niño en su globalidad compensando sus carencias y ofreciendo las ayudas convenientes en sus hándicaps.

El desarrollo de la parte teórica de la Atención Temprana que describo me lleva a lograr el objetivo que me había propuesto en este trabajo, que era querer comprobar de forma empírica, mediante una intervención con los más pequeños, si las tareas llevadas a cabo con el fin de aumentar el desarrollo psicomotor de los niños son eficaces y alcanzan todos o parte de los objetivos de eficiencia que se plantean. Una vez aclarados estos preámbulos, como vemos a continuación, el trabajo lo hemos dividido en dos partes.

Una primera parte la dedicaremos al marco teórico de la Atención Temprana, dónde haremos una revisión de los conceptos a lo largo de la historia, buscaremos el objetivo principal de la AT, a que población va dirigida, la importancia de la intervención, el marco de actuación de la AT, la situación actual de la AT en España y su relación con la educación infantil. Después del recorrido por el marco teórico, se llegará a la metodología y al trabajo de campo, donde se llevará a cabo una intervención, poniendo en práctica la Escala Brunet-Lézine, una de las escalas destinadas a evaluar el desarrollo

psicomotor de los niños en la primera infancia, pormenorizando el análisis de los resultados. Finalmente haciendo una reflexión se alcanzará el momento de las conclusiones, las cuales me servirán de expectativas para continuar en esta línea de trabajo.

2. Marco teórico y conceptual

2.1. Definición y revisión de conceptos:

Antes de definir el concepto de atención temprana voy a hacer referencia a una serie de términos que le preceden, como son: Estimulación Precoz, Estimulación Temprana, Atención Precoz... que han ido perfilándose a partir de diferentes investigaciones metodológicas. Todos estos términos se han empleado para hacer alusión a las técnicas educativas y/o rehabilitadoras que se aplican durante los primeros años de vida a aquellos niños que por sus características necesitan tratamiento o estimulación, con el fin de evitar que aparezcan dificultades y/o que las establecidas perjudiquen en mayor medida la evolución de su desarrollo. Todas ellas coinciden en el mismo fin, pero sus objetivos y actuaciones son diferentes.

En un primer momento se utilizó el término Estimulación Precoz, y fue definido como un tratamiento que se aplica a algunos niños durante los primeros años de vida, para potenciar al máximo sus posibilidades físicas y psíquicas. Defensores de esta terminología serían Elizaga (1976) pionero de la estimulación precoz en España, Molla (1978) y González (1978), entre otros. Pero será Sánchez y Palacios (1978) las personas que nos enmarcaran en nuestra literatura el término estimulación precoz dentro de un marco científico, partiendo del hecho de que para que se produzca un normal desarrollo físico e intelectual es necesario estimular adecuadamente el organismo durante su crecimiento y desde el nacimiento, utilizando técnicas educativas y de aprendizaje. En esta definición nos encontramos con la especificación de la edad de inicio de la estimulación precoz.

En contraposición a este concepto de estimulación precoz es cuando Corialt (1978) y su equipo prefieren hablar de estimulación temprana, término que aparece por primera vez en un documento de la Declaración de los Derechos del Niño, en 1959. Esta autora mantiene el vocablo estímulo ya que según su propia definición, es todo acto, palabra, objeto y acción que despiertan el interés del niño, por lo tanto define la estimulación temprana como:

Una técnica que tiene por objetivo apoyar al niño en el desarrollo de sus aspectos instrumentales, brindar impulsos a funciones ya existentes y susceptibles de averiarse por medio del estímulo, actuando dicha estimulación a través de la actividad que produce en el sujeto estimulado y dirigiéndose al niño en su conjunto y creando las mejores condiciones posibles para que la familia lo rodee y lo incluya como uno más. (Corialt, 1978, p. 20)

Es evidente que para esta autora la estimulación debe adaptarse al nivel de maduración alcanzado por el niño para incentivar las manifestaciones de aquellos procesos que ya se han formado.

Un año más tarde Fageda y Gómez (1979) vuelven a retomar el término estimulación precoz pero empieza a ser criticado por algunos autores que lo consideran como un modelo clínico rehabilitador, que acelera el proceso normal de desarrollo donde la estimulación se efectúa antes de que se produzca la maduración neurológica necesaria. Entre ellos están Sánchez y Palacios que en colaboración con Cabrera retoman el concepto y exponen:

La estimulación precoz sugiere apresuramiento en el curso normal en el desarrollo del individuo, cuando lo que en realidad se pretende es la potenciación máxima de las posibilidades físicas e intelectuales del niño, mediante la estimulación regulada y continuada llevada a cabo en todas las áreas sensoriales, pero sin forzar en ningún sentido el curso lógico de la maduración del sistema nervioso. (Cabrera, Sánchez y Palacios, 1980).

Siguiendo con la evolución del término nos encontramos con autores como Simeón (1982), Cerato (1982), y Candel (1987) entre otros, que coinciden en definir la Estimulación Temprana como un conjunto de acciones reeducativas que van a proporcionar al niño las experiencias que necesita para desarrollar al máximo su potencial psíquico, físico y social.

El Grupo Institucional de Prevención y Atención al Desarrollo Infantil de Madrid, PADI, (1996), elabora la siguiente definición de la Estimulación Temprana (ET): “Es el conjunto de actuaciones planificadas con carácter global e interdisciplinario, para dar respuesta a las necesidades transitorias o permanentes, originadas por alteraciones en el desarrollo o por deficiencias en la primera infancia.” En esta definición se observa un nuevo enfoque ya que habla de planificación, globalidad e interdisciplinariedad, pero aun así tiene limitaciones, ya que solo hace referencia a niños con deficiencias o alteraciones.

Serán autores más recientes como: Martínez (1998), que la definen como un sistema de influencias educativas para los niños desde el nacimiento e implica no solo la estimulación sensorial afectiva y motriz, sino todos los demás aspectos que están involucrados en el desarrollo multilateral y armónico del niño. Torres y Peña (2001), entre otros, hablan de prevención al incluir en su definición de ET la necesidad de dar respuesta al niño desde la concepción hasta la primera infancia y abordan las necesidades del desarrollo que todo niño tiene y que hay que satisfacer si queremos lograr ese desarrollo

Según lo expuesto anteriormente la ET ha evolucionado significativamente en su concepto y en su práctica, pero se sigue apreciando una pobre valoración de los aspectos socioculturales y del papel protagonista de la familia en el mismo. Todo ello va a propiciar un cambio importante en la conceptualización de lo que hoy se conoce como atención temprana.

En España, será a través del Grupo de Atención Temprana (GAT) y con su publicación del Libro Blanco (2000) donde se recoge el término Atención Temprana, término que me confiere validez al ser consolidado por distintos profesionales de distintas disciplinas y de distintas Comunidades Autónomas.

Se entiende por Atención Temprana el conjunto de intervenciones, dirigidas a la población infantil de 0-6 años, a la familia y al entorno, que tienen por objetivo dar respuesta lo más pronto posible a las necesidades transitorias o permanentes que

presentan los niños con trastornos en su desarrollo o que tienen el riesgo de padecerlos. Estas intervenciones, que deben considerar la globalidad del niño, han de ser planificadas por un equipo de profesionales de orientación interdisciplinar o transdisciplinar. (Libro Blanco de Atención Temprana, 2000, p. 7)

En Europa, el Departamento de Educación Especial de la Agencia Europea (AEDEE) en el que participan, prácticamente todos los Ministerios de Educación de la Unión Europea, se elaboró un proyecto sobre la Atención Temprana que se desarrolló entre 2003 y 2005 y que la definió así:

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

Estas definiciones orientan sobre las claves que actualmente definen a la atención temprana y que suponen un acercamiento a modelos sociales donde la familia y el entorno juegan un papel muy importante.

2.2. Objetivos

Igual que ha habido una evolución en el término y concepto de atención temprana también se han producido cambios en sus objetivos y han pasado de estar centrados solo en el niño, desde una perspectiva rehabilitadora, a considerar también a la familia y el entorno como objeto de intervención.

Todas las publicaciones que he consultado de diferentes autores, asociaciones etc. (con alguna excepción) sobre los objetivos de AT me remiten al Libro Blanco, por lo que citándolo literalmente el objetivo principal de la AT se dirige a que: “Los niño/as que presentan trastornos en su desarrollo o con riesgo de padecerlos, reciban, siguiendo un modelo que contemple los aspectos bio-psicosociales, todo aquello que desde la vertiente preventiva y asistencial pueda potenciar su capacidad de desarrollo y de bienestar, posibilitando de la forma más completa su integración en el medio familiar, escolar y social así como desarrollar su autonomía.” (Libro Blanco, p. 14).

También, partiendo de este objetivo general se desglosan seis específicos que según este mismo documento guían la práctica de la Atención Temprana:

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.

Partiendo de estos objetivos podemos decir que es necesario intervenir en edades tempranas para detectar y/o prevenir alteraciones o deficiencias, aprovechando la plasticidad cerebral de estos primeros años de vida y desarrollar el máximo de capacidades y habilidades del niño para que este sea lo mas normal posible. Al mismo tiempo deben crearse programas de sensibilización que ayuden a romper barreras y atiendan las necesidades especiales, sin olvidar que aunque el centro de acción sea el niño hay que tener en cuenta a la familia y su entorno.

La Federación de Asociaciones en favor de las Personas con Discapacidad Intelectual FEAPS (Madrid, 2000), afirma que las intervenciones llevadas a cabo por la Atención Temprana deben considerar la globalidad del niño, han de ser planificadas por un equipo interdisciplinar de profesionales y han de dirigirse al niño, a la familia y al entorno. Por ello el Manual de Buena Práctica en Atención Temprana, contempla este enfoque tridimensional y desarrolla los siguientes objetivos:

- ✓ Respecto al Niño, se plantea como objetivo, favorecer su desarrollo, potenciarle la autoestima, ayudarle a alcanzar el máximo grado de autonomía personal y en definitiva potenciar el reconocimiento de la individualidad.
- ✓ Respecto a la Familia, el objetivo es favorecer la implicación de ésta en todo el proceso de intervención con el niño, alentando su participación activa en todas las actividades de la vida diaria y ayudarles a superar el tránsito que supone la aceptación de un trastorno del desarrollo e integrarlo en la dinámica familiar.
- ✓ Respecto al Entorno, el objetivo es alcanzar el mayor grado de integración social, para ello le proporciona estrategias y recursos que le faciliten el acceso a los distintos entornos sociales y familiares de cada niño.

Según García se han producido cambios en los objetivos de intervención con el niño, ya que se ha pasado de una intervención que buscaba el mero adiestramiento del infante, a una intervención centrada en la funcionalidad de los aprendizajes y a considerar objeto de intervención también a la propia familia y el entorno. El MIAAT aporta el siguiente objetivo propio de la AT: “Contribuir a prevenir situaciones psicosocio-ambiental potenciando acciones de formación y asesoramiento a futuras familias en materia de calidad estimular física y socio-afectiva.” (MIAAT, p. 7). Este objetivo, según García que siempre han defendido desde la perspectiva de un Modelo Integral de Actuación en Atención Temprana, no está recogido como tal en el Libro Blanco de la AT, aunque si aparece en las recomendaciones técnicas que el Grupo de Atención Temprana elaboró años después del Libro Blanco (GAT, 2005). En él se recoge la preocupación por la universalización de medidas de prevención primaria de todo tipo y, especialmente, las psicoeducativas.

Por ultimo me voy a remitir a los objetivos de AT que aparecen en el libro “Recomendaciones Técnicas para el Desarrollo de la Atención Temprana” (GAT, 2005):

1º Apoyar y promover el desarrollo personal y la autonomía cotidiana teniendo en cuenta los procesos madurativos y la realidad biológica de cada niño así como las características de su entorno familiar y social.

2º Fortalecer las capacidades y competencias de la familia y los cuidadores.

3º Garantizar los principios de normalización e integración en el entorno social ordinario.

2.3. Población susceptible a la atención temprana

Teniendo como soporte el capítulo 1, de la revista publicada por la Federación Española del Síndrome de Down (F.E.I.S.D), (2003), podemos decir que los programas de Atención Temprana fueron dirigidos a niños que crecían en situaciones de pobreza, con el objetivo de modificar el curso del desarrollo infantil en los primeros años, a fin de preparar mejor para la escuela a quienes se encuentran en situación de riesgo por vivir en ambientes sociales desfavorecidos. Esta preocupación se extendió luego a los niños deficientes y a los niños con problemas en el desarrollo. En la actualidad, los programas de AT no sólo van dirigidos a los niños que padecen algún déficit físico, psíquico o sensorial, sino también aquellos otros que, por diversas circunstancias, pueden presentar problemas madurativos o de adaptación, es decir los niños llamados de alto riesgo, y a los niños sin una patología evidente.

En esta línea el Libro Blanco (2000) publica que la Atención Temprana se dirige a niños entre 0 y 6 años (hay autores que opinan que incluso, puede empezar antes del nacimiento, como es el caso de las discapacidades reconocibles en la etapa prenatal), con trastornos del desarrollo o riesgo de padecerlos. Son los que se conoce como niños de alto riesgo. El concepto de riesgo hace referencia a la probabilidad estadística de que en el futuro se produzca un acontecimiento no deseado

Podemos definir el criterio de alto riesgo, de acuerdo con Arizcun (1992), como toda característica o circunstancia determinable de una persona o un grupo de personas que, según los conocimientos que poseen, asocian a los interesados a un riesgo anormal de sufrir un proceso patológico o de verse afectados desfavorablemente por tal proceso. Esta valoración de riesgo se puede hacer tomando criterios o indicadores biológicos, asistenciales, sociales o ambientales. Tradicionalmente, la población de niños de alto riesgo se ha dividido en tres grandes categorías.

- ✓ Niños con factores de riesgo biológico: entre los factores de riesgo biológico más destacados cabe señalar la prematuridad, el bajo peso al nacer, la asfixia intraparto y la permanencia en unidades de cuidados intensivos neonatales. Estas situaciones pueden desencadenar principalmente problemas neurológicos y alteraciones sensoriales. En este grupo hay que considerar los recién nacidos de riesgo visual y los recién nacidos de riesgo sensorial auditivo.
- ✓ Niños en situación de riesgo social-ambiental: los ambientes socioeconómicos desfavorecidos, la drogadicción, el abandono del niño por parte de sus padres, la ausencia de alguno de los progenitores, el maltrato y, en definitiva, los factores de riesgo socio-ambiental que pueden poner en riesgo el desarrollo del niño. Se hace necesario que éste cuente con la compensación de las carencias que derivan de estas situaciones. Se trata de asegurarle un contexto vital que le proporcione cuidados, seguridad afecto para poder crecer, madurar y desarrollarse en esta etapa evolutiva tan vulnerable a las influencias del entorno.

- ✓ Niños con trastornos del desarrollo: Los trastornos del desarrollo pueden ser considerados como alteraciones de la normal evolución de las dimensiones biológicas, psicológicas y sociales del niño, que derivan de problemas relacionados con la salud, con la presencia de discapacidades, con alteraciones cognitivas, con problemas de la motricidad, con déficit comunicativo-lingüístico o con limitaciones en la percepción sensorial. Estas discapacidades pueden generar necesidades transitorias o permanentes que van a requerir de una intervención psicoeducativa temprana para mejorar el curso del desarrollo y las potencialidades del niño.

2.4. La intervención en atención temprana

La intervención se caracterizó durante mucho tiempo por dirigir sus programas de rehabilitación exclusivamente a los niños, pero más adelante se comienza a cuestionar este planteamiento y surge una nueva perspectiva que incluye el papel de los padres en los programas de estimulación y ya en los 90 se introduce progresivamente la idea de que las intervenciones deben desarrollarse en todos los contextos que rodean al niño. Esto significa un cambio en el modo de intervenir, ya que antes, eran el niño y su familia los que iban al centro de AT y ahora van a ser los profesionales los que se acercan al entorno del niño, por lo que cambia también el rol del profesional, pasando de ser el que sabe y dirige a intervenir desde modelos colaborativos y coordinados con otros profesionales.

La intervención según el Libro Blanco de Atención Temprana (2000), debe ser planificada con carácter global y de forma interdisciplinar, considerando las capacidades y dificultades del niño en los distintos ámbitos del desarrollo, su historia y proceso evolutivo, así como las posibilidades y necesidades de los demás miembros de la familia y los recursos de que se dispone; y el conocimiento y actuación sobre el entorno. Los centros y servicios de AT deben dirigir sus intervenciones teniendo en cuenta las que se desarrollan desde otras instituciones y la propia comunidad. Por lo que se establecen tres niveles desde donde se basa la colaboración:

- ✓ Prevención primaria: interviene identificando y señalando ante las instituciones sociales, aquellas circunstancias que son relevantes para que se establezcan normas y derechos en el ámbito de la promoción y protección y así evitar la aparición de deficiencias y trastornos en el desarrollo infantil. Los servicios con competencias en estas acciones son los de Salud, Servicios Sociales y Educación. Otros departamentos como Trabajo y Medio Ambiente tienen también importantes responsabilidades en este ámbito
- ✓ Prevención secundaria: los servicios de AT intervienen y colaboran junto con los servicios nombrados anteriormente en la detección temprana de trastornos en el desarrollo o situaciones de riesgo y en la intervención terapéutica, así como en la información a la familia sobre la situación, posibilidades de prevención y actuaciones posibles.

- ✓ **Prevención terciaria:** la intervención dirigida a los niños que presentan trastornos en su desarrollo debe iniciarse en el momento en que se detecta y si esa desviación se detecta en la unidad de Neonatología durante su periodo de hospitalización es allí mismo donde se inicia. Cuando la detección se realiza a través de las consultas pediátricas, de las escuelas infantiles o de los propios padres, la atención se inicia en los centros de Desarrollo Infantil y Atención Temprana o en las unidades de Atención Temprana, que dan continuidad a la atención cuando ésta se ha iniciado en la unidad neonatal.

Otro objetivo fundamental de la intervención es conseguir que la familia conozca y comprenda la realidad de su hijo, sus capacidades y sus limitaciones, actuando como agente potenciador del desarrollo del niño, adecuando su entorno a sus necesidades físicas, mentales y sociales. Con respecto a la escuela, esta tiene muchas posibilidades de intervenir positivamente sobre los procesos de socialización, aprendizaje y refuerzo del proceso terapéutico específico, por lo que es necesaria una adecuada coordinación.

Paralelamente van surgiendo otros tipos de intervención con enfoques diferentes como puede ser el Modelo Integral de Intervención en Atención Temprana, que con el objetivo de alcanzar los máximos niveles posibles de integración socio-educativa para el niño con discapacidad, plantea una intervención simultánea sobre el niño, su familia y su entorno, claramente más educativa o psicoeducativa que meramente terapéutica y guiada por líneas de intervención global, neurocognitiva y ecológico-transaccional.

Por último hacemos referencia al modelo de intervención propuesto por Guralnick (1998) quien es actualmente uno de los profesionales más reconocidos y con mayor influencia en AT y que afirma que la intervención en la atención temprana ha de orientarse hacia las competencias sociales y comunicativas, frente al a veces excesivo peso, casi único en ocasiones, en los ámbitos motor y cognitivo.

2.5. Marco de actuación de atención temprana

En este punto, con la ayuda del proyecto presentado por Clemente (2011) y la información extraída del Libro Blanco (2000) señalaremos los diferentes escenarios en los que se desarrolla la Atención Temprana y destacar el elenco de profesionales que van, o han de ir de la mano durante todo el proceso de atención temprana. De hecho, la Atención Temprana es en la práctica un proceso, en el que cada servicio (sanitario, social y educativo) ha de participar y colaborar indefectiblemente si se pretende atender a la globalidad del niño. A continuación, explicaremos cada uno de los ámbitos de actuación:

1. Centros de desarrollo infantil y atención temprana

Los Centros de Desarrollo Infantil y Atención Temprana (CDIAT) son servicios autónomos cuyo objetivo es la atención a la población infantil de 0-6 años que presenta trastornos en su desarrollo o que tiene riesgo de padecerlos. Estos centros, de carácter interdisciplinar, surgieron alrededor de los años 70 y han experimentado una constante evolución a lo largo de su trayectoria histórica, adecuándose a las crecientes demandas de atención por parte de la población infantil y de sus familias. Este proceso ha estado motivado por la mejor detección y diagnóstico de los distintos trastornos del desarrollo,

y por el reconocimiento de su origen multifactorial, factores ambos que han destacado la importancia capital de una intervención temprana.

Los centros de atención temprana no trabajan de forma individual, sino que están articulados con otros servicios o centros (salud mental infantil, centros de rehabilitación de trastornos motrices o de personas con deficiencia auditiva o visual). Por lo general los Centros de Desarrollo Infantil y Atención Temprana (CDIAT) están ubicados en zonas de fácil acceso a las familias y cercanas a otros servicios de atención temprana, para así favorecer la relación entre los diferentes profesionales. Las funciones de un CDIAT incluyen las labores de sensibilización, prevención y detección y estas se ponen en práctica a través de la prevención primaria, secundaria y la terciaria.

✓ Prevención primaria y secundaria:

El centro de atención temprana colaborará con las instituciones, asociaciones y con otros profesionales de la zona en la elaboración de programas que tengan como objetivo la sensibilización de la población en general en aspectos de prevención relacionados con el desarrollo infantil.

Programas dirigidos a familias, futuros padres y a la sociedad en general para proporcionarles una mayor información y orientación con el fin de evitar la aparición de desviaciones en el desarrollo del niño, estos se desarrollaran en los centros de salud, en los centros de servicios sociales, guarderías etc. También realizara programas de sensibilización dirigidos a adolescentes y a la población de alto riesgo.

Programas dirigidos a profesionales que están en contacto con los niños y las familias para que ellos, como se mencionó en el capítulo anterior, sean los primeros en intervenir promocionando la salud y la educación, así como la detección de posibles alteraciones en el desarrollo. Estos programas estarían dirigidos a profesionales de la salud, servicios sociales y educación infantil.

✓ Prevención terciaria:

Esta se iniciará cuando se reciba la solicitud por parte de la familia u otro organismo o institución y esta se planificará y programará de forma individual, considerando las necesidades y posibilidades de cada niño en cada área del desarrollo, la situación y las posibilidades de su familia y las del medio escolar. Esta intervención consta de las siguientes fases:

- Valoración inicial: Para su realización se necesita la colaboración de los distintos profesionales de las distintas disciplinas que componen el equipo, así como la colaboración y coordinación de las instituciones que hayan derivado el caso. Este proceso se desarrolla en cuatro momentos que son: recogida de información, evaluación del niño y su entorno, elaboración de hipótesis diagnósticas y un plan de intervención y la entrevista de devolución a la familia.

1. Recogida de información
2. Evaluación del niño y de su entorno
3. Elaboración de hipótesis diagnósticas y de un plan de intervención
4. Entrevista de devolución

- **Intervención terapéutica:** Agrupa todas las actividades dirigidas hacia el niño y su entorno con el objetivo de mejorar las condiciones de su desarrollo. Los ámbitos de actuación y la modalidad de intervención se establecerán en función de la edad, características y necesidades del niño, del tipo y grado de trastorno, de la familia, del propio equipo y de la posible colaboración con otros recursos de la comunidad.
- **Evaluación y seguimiento:** Es el proceso a partir del cual se valoran los cambios producidos en el desarrollo del niño, en su entorno y en la eficacia de los métodos utilizados. La evaluación debe incidir sobre todos los aspectos de la intervención y se desarrolla en dos tiempos: evaluación continuada que permitirá ir ajustando el programa a las necesidades e introducir las modificaciones pertinentes y evaluación final que determinará si se han cumplido los objetivos marcados en el inicio de la intervención y esta se dará por finalizada, o si se tiene que realizar una derivación a otro equipo o centro asistencial.
- **Derivación:** La atención de un niño en un servicio de Atención Temprana finaliza cuando se considera que por su positiva evolución no precisa de este Servicio o en el momento en que por razones de edad o de competencias, debe continuarse su atención en otro centro asistencial. El cambio de profesionales o centro se debe realizar con garantía de continuidad en la atención al niño y la familia, la coordinación entre profesionales y la flexibilidad administrativa.

2. Servicios sanitarios:

Se realizan actuaciones específicas en el campo de la Atención Temprana y para ello cuentan con programas de formación

- ✓ **Servicios de obstetricia:** Tienen una importante labor preventiva mediante la detección de factores de riesgo previos al embarazo, la divulgación de programas de prevención y la atención al parto en las mejores condiciones.
- ✓ **Servicios de neonatología:** Estos servicios que reciben a los niños con riesgo de padecer deficiencias o con patologías en el nacimiento, realizan una importante labor de prevención ya que desde el momento que se manifiesta algún signo de alarma se pone en marcha un conjunto de actuaciones con el fin de iniciar el tratamiento oportuno. Es en este servicio de Neonatología por tanto donde debe iniciarse la Atención Temprana y para ello se planificara esta atención junto al médico neonatólogo y se desarrollaran en los ámbitos clínico, ecológico y social. Una vez que al niño se le da el alta hospitalaria y necesita seguir teniendo atención temprana, será derivado a otras unidades con el fin de dar continuidad a su tratamiento.
- ✓ **Unidades de seguimiento:** La derivación de los niños a estas unidades e realiza fundamentalmente desde los servicios de Neonatos donde se captan los niños con factores de riesgo prenatal y perinatal. El grupo de niños con circunstancias de riesgo postnatales son captados en centros de atención al niño como la Pediatría de Atención Primaria, los centros de hospitalización de lactantes, guarderías y escuelas infantiles, trabajadores sociales, etc. Las evaluaciones deben realizarse por profesionales de distintas disciplinas con experiencia en desarrollo infantil,

estableciéndose un programa de seguimiento que utilice una metodología que permita valorar el desarrollo en todas sus áreas y las necesidades de cada familia.

- ✓ **Pediatría de atención primaria:** El nuevo concepto de Pediatría del desarrollo que está dedicada al proceso de maduración tiene tres objetivos: promover la salud mental y física, poder realizar un diagnóstico temprano y un tratamiento efectivo y estudiar las causas de los trastornos en el desarrollo y su prevención. La prevención primaria en Pediatría se realiza por medio de los controles de salud del programa del niño sano, en los que el equipo pediátrico realiza una función de consultor y educador de las familias y promueve actitudes preventivas de trastornos en el desarrollo. Su intervención, se extiende también a la comunidad a través de actuaciones en asociaciones de padres, escuelas infantiles, colegios, etc. La detección se realiza a través de los exámenes de salud del niño, por lo que los pediatras constituyen el nivel esencial para la detección y adecuada derivación de los niños hacia los centros de diagnóstico, seguimiento e intervención. Es fundamental la formación permanente del personal en estos aspectos de la pediatría para que puedan realizar la detección de situaciones de riesgo y de alerta de trastornos en el desarrollo y promover las adecuadas actuaciones que faciliten un óptimo desarrollo.
- ✓ **Servicios de neuropediatría:** Los servicios de Neuropediatría intervienen en la A.T. desde distintos ámbitos:
 - Actúan junto con los profesionales de la Unidad de Neonatal, en la detección, diagnóstico e intervención de los niños de riesgo.
 - Participan en programas de seguimiento, junto con el equipo que atiende a esos niños.
 - Participan con los CDIAT en la detección de signos de alerta y el diagnóstico de trastornos neurológicos.
 - Participa activamente en programas de formación y docencia para incrementar el conocimiento sobre el desarrollo infantil y sus alteraciones.
 - Pautan tratamiento farmacéutico en aquellos casos que lo precisen y sean susceptibles de mejora.
- ✓ **Servicios de rehabilitación infantil:** Intervienen en la prevención y en la actuación directa tanto terapéutica como de integración al entorno donde se desarrolla el niño y su familia. Es otro de las especialidades que participa en los CDIAT en cuanto al diagnóstico funcional y en la atención asistencial mediante la creación de servicios de fisioterapia y los medios ortoprotésicos.
- ✓ **Servicios de salud mental:** Sus actuaciones se encuadran en la prevención primaria y secundaria por la detección de factores de riesgo y la participación en programas de salud mental, así como en el diagnóstico y terapéutica directa con el niño y la atención de la familia.

3. Servicios sociales

Teniendo en cuenta la importancia que tiene el contexto social y las condiciones del entorno en la existencia de un déficit en el desarrollo o en el riesgo de que se pueda

producir, la actuación de los servicios sociales en Atención Temprana se considera de vital importancia y se realiza a través de la promoción del bienestar social de las familias y de la elaboración de programas de prevención e intervención.

Los programas de prevención van a estar dirigidos a colectivos sociales cuya situación se identifica como un factor comprobado de riesgo para el desarrollo infantil y por ello acentúa la necesidad de contar con importantes recursos de apoyo a la vida familiar. La prevención se puede realizarse a través de intervenciones individuales o grupales, así como a través de proyectos comunitarios dirigidos a promover el bienestar y la salud integral de la primera infancia.

Los programas de intervención temprana van a estar dirigidos a la reconstrucción y reorganización de la familia, a la protección y acompañamiento si se produce un proceso de disolución de los vínculos familiares, a la protección y acompañamiento de los niños institucionalizados sin perspectivas y referencias familiares, a la Atención Temprana de cualquier trastorno del desarrollo que pueda detectarse etc.

La intervención del trabajador social en Atención Temprana se enmarca dentro de la atención global al niño y su familia, colaborando como un miembro más del equipo multidisciplinar en su tratamiento y posterior integración y socialización en la comunidad.

4. Servicios educativos

Su actividad surge como respuesta a la demanda de intervención educativa que se solicita para atender a las poblaciones con necesidades educativas especiales y a las consideradas de Alto Riesgo. Desde el momento en que se hace necesaria esta intervención, van a ser los equipos los encargados de desarrollar un programa asistencial y educativo amplio, que, basado en los conocimientos sobre procesos de desarrollo humano, de su repercusión en la vida del niño, en la de su familia, trataran de dar una respuesta adecuada tanto a las necesidades del niño, de la familia y la escuela, desde el sistema educativo.

Las intervenciones con los alumnos de N.E.E. deben comenzar por su escolarización en un contexto lo más normalizado posible, preferentemente en centros ordinarios, donde se hará la adaptación del curriculum a las necesidades de cada alumno, dejando la escolarización en unidades o centros de educación especial para las situaciones en las que el alumno necesite unas adaptaciones significativas y en grado extremo del curriculum ordinario.

Los equipos psicopedagógicos establecerán en cada caso planes de actuación en relación con las necesidades educativas de los alumnos y es el profesor tutor, dentro del aula, el responsable de llevar a cabo estos planes así como de realizar las adaptaciones curriculares que sean necesarias. En este sentido, y para todo el proceso educativo en la escuela infantil, los equipos psicopedagógicos son un elemento esencial para la integración, ya que ofrecen una ayuda directa tanto al niño como al profesor y coordinan las diferentes intervenciones que puedan necesitar los niños con sus profesores y otros especialistas

2.6. La atención temprana en España y últimos avances

En nuestro país, en el campo de la atención temprana se han producido importantes avances en los últimos años, si bien aun es necesario seguir mejorando. Abella (2012) expone que la actual situación hay que agradecerse a un esfuerzo común que proviene de todas las partes implicadas, tanto de los responsables de las políticas sociales, como de las asociaciones de padres, o de los profesionales de la atención temprana.

Uno de los pasos significativos se dio en el año 2000, cuando una serie de profesionales integrados en el GAT elaboraron, a petición del Real Patronato sobre Discapacidad, el “Libro blanco de la Atención Temprana”, que se convirtió en el documento base para la planificación y coordinación de estos servicios. Por primera vez se llegaba a un consenso científico interdisciplinar de las especialidades que deben atender estas situaciones, con la representación de las diferentes comunidades autónomas y de los sectores que inciden en el campo de la prevención, marcando así un hito histórico. Ya que anteriormente a la publicación del Libro Blanco se venían aplicando diferentes modelos de intervención.

Fue el mismo Real Patronato sobre Discapacidad el que decidió continuar con este trabajo y, en 2008, encargó de nuevo al GAT la realización de un estudio sobre “La realidad actual de la atención temprana en España”. Primer estudio detallado que se ha realizado en España sobre la situación de la Atención Temprana en las distintas comunidades autónomas y los servicios con que se cuenta en cada una de ellas. Después de un largo periodo de trabajo, se obtienen las siguientes conclusiones:

- ✓ Actualmente “en el territorio español existen grandes diferencias, debidas posiblemente a las políticas de descentralización y a la historia socio-cultural propia de cada Comunidad Autónoma”.
- ✓ Existen en nuestro país 534 CDIATS y catorce comunidades que tienen contemplada legalmente la atención temprana, es decir, falta aún cierta regulación en algunas comunidades.
- ✓ La población atendida (43.986 niños) dista mucho de la población con discapacidad de 0-6 años estimada (78.397 niños) y está muy lejos de alcanzar la población de riesgo. Quedan muchos niños por atender. Sin embargo, estamos satisfechos porque podemos constatar que en los últimos años ha aumentado la población atendida y que la atención a los niños que presentan riesgo en su desarrollo comienza a ser una realidad en nuestro país.

De ahí que en cuestiones de financiación, los expertos se muestren firmes al afirmar que es necesario asegurar una financiación estable para atención temprana que permita la calidad que se merece: Nos ratificamos en los principios de gratuidad y universalidad que ya defendía el Libro Blanco de la Atención Temprana.

2.7. Plan de atención y educación infantil

La Ley Orgánica 1/1990, de 3 de Octubre, de Ordenación General del Sistema Educativo (LOGSE) ya derogada por la Ley Orgánica 2/2006 de 3 de mayo, de Educación (LOE) constituyó a la Educación Infantil en el primer nivel del sistema educativo, con una duración de seis años, y dividida en dos ciclos, el primero de 0 a 3 años y el segundo de 3 a 6 años, cuya finalidad consiste en aprovechar al máximo las posibilidades de desarrollo del niño, potenciándolas y afianzándolas a través de la acción educativa, y dotar a los niños de las competencias, destrezas, hábitos y actitudes que pueden facilitar su posterior adaptación a la Educación Primaria.

Según expone Villegas (2011) en su proyecto fin de master, en esta etapa se considera imprescindible garantizar una educación de calidad, que ayude a mejorar las desventajas, ya sean físicas o sociales, que se puedan establecer en estas edades. Por ello, la educación infantil es una etapa perfecta para compensar las desigualdades no sólo de tipo económico y social, sino madurativas y evolutivas en los niños de estas edades, lo que hace que el uso de los recursos de la Atención Temprana sea un marco inmejorable para trabajar conjuntamente de manera que sirva como medio preventivo y rehabilitador en esta etapa para los niños con deficiencias o riesgo de padecerlas.

Como cita el Libro Blanco (2000), cuando el educador o maestro detecta la posible presencia de un trastorno, comunicará su inquietud a la familia y a partir de los datos aportados por el medio escolar y familiar se deberían establecer pautas de observación y actuación coordinadas, así como la derivación y consultas oportunas al pediatra del niño o niña y al Centro de Desarrollo Infantil y Atención Temprana, para poder establecer un diagnóstico completo e iniciar una intervención terapéutica adecuada.

La Educación Infantil y la Atención Temprana comparten muchas características que legitiman el valor de la Escuela infantil como marco privilegiado para la atención a todos los niños y sobre todo a aquellos con dificultades en su desarrollo.

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

El interés del sistema educativo por la Atención Temprana es cada vez más evidente, ya que los primeros años de la vida de un niño tienen una importancia vital para su desarrollo normal y un posterior rendimiento en la escuela. Desde este punto de vista, la precocidad, la calidad y la importancia del trabajo realizado en los primeros años de vida de un niño con desarrollo normal o con discapacidad, afectarán a las medidas educativas que habrá que tomar con posterioridad. Es importante resaltar que la Atención Temprana es una acción preventiva mucho más efectiva que las medidas de rehabilitación que después puedan ser necesarias, y al tener en la Escuela Infantil personal capacitado observando el desarrollo de los niños, estos pueden reconocer desviaciones en el desarrollo y enseguida intervenir evitando consecuencias mayores. Así mismo, la educación es importante para el desarrollo cognitivo, físico y social del niño. Podemos observar como poco a poco los centros educativos aceptan a niños cada vez más pequeños, y como padres llevan a sus hijos a la escuela infantil ya no solo

porque lo necesiten para incorporarse al campo laboral, sino también porque ven los efectos positivos que tiene la educación en los niños.

Teniendo en cuenta el Decreto 201/2008, de 30 de septiembre, por los que se establecen los contenidos del primer ciclo de Educación Infantil en Canarias y lo expuesto en el desarrollo de este trabajo, se pueden extraer una serie de aspectos comunes tanto a Atención Temprana como a Educación Infantil y que son:

- ✓ Población a la que atienden, ambas están destinadas a la atención de la primera (0-3 años) y la segunda infancia (0-6 años).
- ✓ Objetivos, ambos centran sus objetivos en el desarrollo y máximo aprovechamiento de las posibilidades físicas, intelectuales, afectivas y sociales del niño.
- ✓ Principios fundamentales como los de globalización, individualización e integración, siendo el de integración el que más va a condicionar la conexión entre Educación Infantil y Atención Temprana.
- ✓ Funciones preventivas para compensar las consecuencias derivadas de deficiencias y de entornos socioculturales de riesgo, funciones educativas que implican la estimulación de los procesos madurativos sin forzar el normal desarrollo y funciones integradoras, siendo la escuela uno de los lugares donde se hace realidad el principio de atención a la diversidad.

Por lo tanto debe haber una estrecha relación entre la Escuela Infantil y los Centros de Atención Temprana y desarrollar juntos una serie de objetivos que como expone Guillén, M. (2010) serán:

1. Colaborar conjuntamente los profesionales de las Escuelas Infantiles y de los Centros de Atención Temprana, en la elaboración de programas, objetivos, materiales y procedimientos mas adecuados para el proceso educativo.
2. Determinar las necesidades educativas de los niños, localizando y derivando a los que presentan dificultades y ayudar a la elaboración del currículo.
3. Procurar una continuidad en la educación de los niños, es decir, cubrir las necesidades desde su nacimiento y servir de enlace y refuerzo en su integración a la Escuela Infantil.
4. Coordinar y compartir la información sobre la situación del niño cuando este inicia la escolaridad.
5. Prestar apoyo técnico en los programas educativos de los niños con necesidades educativas especiales.
6. Colaborar en la orientación a las familias y apoyan en sus necesidades.

La Escuela Infantil y los Centros de Atención Infantil deben caminar juntos proporcionando una atención educativa global, sistematizada y adecuada a la población de 0 a 6 años, participar y contribuir en debates sobre propuestas organizativas y orientaciones en la Escuela Infantil, apoyar, asesorar y formar tanto al profesor de necesidades educativas especiales como al profesor tutor del aula ordinaria y sobre todo facilitar conjuntamente el proceso de integración y desarrollo de los niños con necesidades educativas especiales.

3. MARCO PRÁCTICO

3.1. Descripción del proceso y del diseño seguido:

A continuación en la parte práctica expondremos y comentaremos los datos obtenidos tras llevar a cabo una intervención con cinco niños en una escuela infantil.

3.1.1 Sujetos, muestra, personas intervinientes, colaboradores, etc.

La intervención se lleva a cabo en la Escuela infantil Tambi, situada en la capital de Gran Canaria. La escuela cuenta con 59 alumnos entre 0 y 3 años. Los sujetos empleados en este estudio son 5 alumnos entre 16 y 22 meses de edad cronológica distribuyéndose la población en 4 niñas y 1 niño. Pertenecen a familias con un nivel socio-económico y cultural medio alto. A continuación vamos hacer una descripción básica del ambiente en el que viven los niños escogidos para la intervención:

- ✓ Paula: hija única de padres entre 35 y 37 años pertenecientes a un nivel socioeconómico medio alto y con estudios universitarios. Viven en zona urbana.
- ✓ Mireya: sus padres tienen entre 39 y 40 años, tiene un hermano de 4 años, viven 5 personas incluida su abuela en su casa. Su nivel económico es medio alto y sus padres poseen estudios universitarios.
- ✓ Silvia: sus padres tienen entre 35 y 36 años. Tiene un hermano de 5 años, viviendo los 4 miembros en la misma casa. El padre cuenta con estudios secundarios y su madre universitarios. Su nivel económico es medio alto. Viven en zona rural.
- ✓ José: entre 34 y 35 años sus padres y con una hermana de 6 años, en su casa viven estas 4 personas. Vivienda en zona urbana. Su madre tiene estudios primarios y su padre universitarios. Nivel económico alto.
- ✓ Irene: Sus padres tienen 37 y 34 años, tiene un hermano de 4 años y en su casa, situada en la zona urbana, conviven ellos 4. La madre cuenta con un nivel de estudios secundarios y el padre con estudios universitarios. El nivel económico de la familia es medio alto

3.1.2. Instrumentos y técnicas de recogida de información

El instrumento empleado para llevar a cabo esta intervención es la “Escala para medir el Desarrollo Psicomotor de la Primera Infancia Brunet-Lézine”. Se trata, como su nombre indica, de una escala que sirve para medir el desarrollo entre 0 a 30 meses teniendo como objetivo valorar el nivel madurativo del niño en estas cuatro áreas: control postural y motricidad, coordinación óculo-motriz y conducta de adaptación a los objetos, lenguaje y sociabilidad o relaciones sociales y personales. La escala se compone de 10 ítems para cada edad cronológica propuesta. A partir de los ítems superados se obtiene una puntuación para cada una de las áreas que se transforma en edad de desarrollo. Posteriormente y teniendo en cuenta estos datos, se obtiene el cociente de desarrollo. Estos resultados se pueden obtener por área y también globalmente.

Además de aplicarles a los niños la Escala de Brunet-Lézine, vemos necesario pasarle a uno de los pequeños otro tipo de prueba que nos oriente sobre su edad de desarrollo, debido a que en la primera escala aplicada, el niño ya tenía completado todos los ítems. Ante la evidencia de tener un coeficiente superior, necesitábamos otra herramienta que nos permitiera discriminar más finamente la edad que presentaba. La prueba escogida fue la Rueda del Desarrollo de Radio ECCA (Aguilar, Carmona, Gonzalo y Rodríguez, 1996), prueba obtenida a partir del Curso de Estimulación Precoz (Enseñanza ECCA). Se trata de un cuestionario que evalúa de forma más precisa en qué situación real se encuentra el niño a partir de cinco subescalas clasificadas en meses de desarrollo.

3.1.3. Técnicas de tratamientos de datos:

Para poder llevar a cabo esta intervención y poder obtener los resultados hemos necesitado: la Escala de Brunet-Lézine impresa, dónde he podido ir marcando los ítems que superaba y los que no, así como obtener sus puntuaciones; y finalmente para poder representar gráficamente los resultados utilizamos los componentes de Microsoft Office Word y Excel.

3.1.4. Procedimientos: fases, tiempos, lugares, incidencias...

El lugar elegido para llevar a cabo la intervención es la misma escuela infantil en la que se encuentran los niños por varias razones: es un entorno conocido para ellos por lo que actúan de manera natural contando con el material necesario para aplicar la escala. Por otro lado el momento escogido para comprobar que ítems superan y cuales no de la escala de Brunet-Lézine, ha sido la hora del patio, sobre las diez de la mañana, ya que es un buen momento porque está alejado de las horas en que el sujeto reclama sus necesidades como comer o dormir, acontecimiento que podría contaminar la validez de los resultados. Me gustaría añadir que el criterio de elección a la hora de escoger a los alumnos para la realización de la escala es debido a la oportunidad que hemos tenido de trabajar en la escuela y poder estar presente en sus avances diarios observando la diferencia entre aquellos niños que han sido estimulados y los que no han tenido ese privilegio. He elegido a niños que representen las dos circunstancias y así analizar los datos.

En la primera fase (16-20/04/2012) se aplicó la escala Brunet-Lézine para la medición del desarrollo en las distintas áreas. La prueba fue aplicada de forma individual por una de las educadoras de la escuela infantil. Se llevaron a cabo individualmente en la hora del patio, ya que además de ser un buen momento por lo explicado anteriormente, al estar sola en el aula con el sujeto, este no es distraído por otros. Una vez pasado el listado de ítems a cada niño y viendo lo que conseguía y lo que aun no, realizamos la escala de Brunet-Lézine para obtener su edad de desarrollo.

En la segunda fase en función de los resultados de la escala de cada niño propusimos nos objetivos para mejorar aquellos ítems de las distintas áreas en las que

mostraron mayor dificultad. Una vez propuestos se trabaja durante un mes diariamente con los niños mediante distintas actividades.

En la tercera y última fase (28-31/05/2012) se vuelve a aplicar a los sujetos la Escala de Brunet-Lézine para comprobar si tras las actividades propuestas para conseguir los objetivos ha habido mejora en las distintas áreas.

3.2. INFORMACIÓN, DATOS OBTENIDOS Y RESULTADOS

3.2.2. Organización de los datos e informaciones

La Escala se pasó a cada uno de los niños coincidiendo con la tercera semana del mes del abril del año 2012 y el tiempo que se tardó en administrarla fue de 20 a 25 minutos. Los datos obtenidos a partir de esta Escala, son los que van a permitir elaborar toda la información que se muestra en este capítulo, información que es recogida a modo de tablas. A continuación mostraremos la tabla, que recoge las fechas de nacimiento de los niños y administración de la Escala, así como el cociente de desarrollo (CD) antes de iniciar la intervención psicomotriz.

Tabla 1: Datos sobre los niños, antes de la intervención psicomotriz.

Niños	Fecha de nacimiento	Fecha de aplicación de la escala	Edad cronológica	Edad desarrollo	Cociente de desarrollo
Paula	27/10/2010	17/04/2012	1a,5m,21d	1a,5m	95,33
Mireya	28/09/2010	20/04/2012	1a,6m,22d	1a,8m,24d	110,05
Silvia	1/06/2010	18/04/2012	1a,10m,17d	2a,3m,18d	122,30
José	3/12/2010	16/04/2010	1a,4m,13d	1a,6m,15d	111,44
Irene	16/1/2011	19/04/2012	1a,3m,3d	1a,3m,24d	103,49

Una vez terminado el mes y medio de intervención psicomotriz se volvió a pasar nuevamente la escala a cada uno de los niños, correspondiendo con la primera semana del mes de junio de 2012. El tiempo empleado para la nueva administración de la Escala, fue aproximadamente el mismo que la primera vez, unos 20 a 25 minutos. En esta sesión de la que se obtuvieron los datos finales para conocer el cociente de desarrollo, se realizaron otra vez las mismas preguntas a los padres referentes a la autonomía personal de los niños en ese momento. Los datos finales obtenidos fueron los siguientes:

Tabla 2: Datos sobre los niños, después de la intervención psicomotriz.

Niños	Fecha de nacimiento	Fecha de aplicación de la escala	Edad cronológica	Edad desarrollo	Cociente de desarrollo
Paula	27/10/2010	4/06/2012	1a,7m,7d	1a,8m,9d	104,64
Mireya	28/09/2010	7/06/2012	1a,8m,9d	2a,6d	118,24
Silvia	1/06/2010	5/06/2012	2a,4d	2a,6m	122,61
José	3/12/2010	3/06/2010	1a,6m	1a,8m,24d	114,49
Irene	16/1/2011	6/06/2012	1a,3m,3d	1a,4m,20d	117,03

3.2.3. Análisis de esos datos

En el apartado anterior se ponen de relieve los datos obtenidos antes y después de la intervención. A continuación se ofrece una interpretación cuantitativa de los avances logrados por los niños tras las distintas intervenciones para la consecución de unos objetivos, donde el aprendizaje, deseo y bienestar personal no estén contrapuestos.

Los resultados obtenidos por los niños en la escala utilizada como instrumento de medida, vienen dados en las tablas siguientes. Las nomenclaturas utilizadas son: ER: Edad Real; ED: Edad de Desarrollo, y CD: Cociente de Desarrollo.

Tabla 3: Cociente de desarrollo

	C.D Antes Intervención	C.D. Después Intervención	Diferencias C.D	E.D Antes Intervención	E.D Después Intervención
Nombre					
Paula	95,33	104,64	9,31	1a, 5m	1a, 8m, 9d
Mireya	110,05	118,24	8,19	1a, 8m, 24d	2a, 6d
Silvia	122,3	122,61	0,31	2a, 3m, 18d	2a, 6m
José	111,44	114,49	3,05	1a, 6m, 15d	1a, 8m, 24d
Irene	103,49	117,03	13,54	1a, 3m, 24d	1a, 7m, 21d

Tabla 4: Diferencias en CD al iniciar y finalizar la intervención psicomotriz

Nombre	ANTES INTERVENCIÓN			DESPUES INTERVENCIÓN		
	E.R	E.D	C.D	E.R	E.D	C.D
Paula	1a, 5m, 20d	1a, 5m	95,33	1a, 7m, 7d	1a, 8m, 9d	104,64
Mireya	1a, 6m, 22d	1a, 8m, 24d	110,05	1a, 8m, 9d	2a, 6d	118,24
Silvia	1a, 10m, 17d	2a, 3m, 18d	122,3	2a, 4d	2a, 6m	122,61
José	1a, 4m, 13d	1a, 6m, 15d	111,44	1a, 6m	1a, 8m, 24d	114,49
Irene	1a, 3m, 3d	1a, 3m, 24d	103,49	1a, 4m, 20d	1a, 7m, 21d	117,03

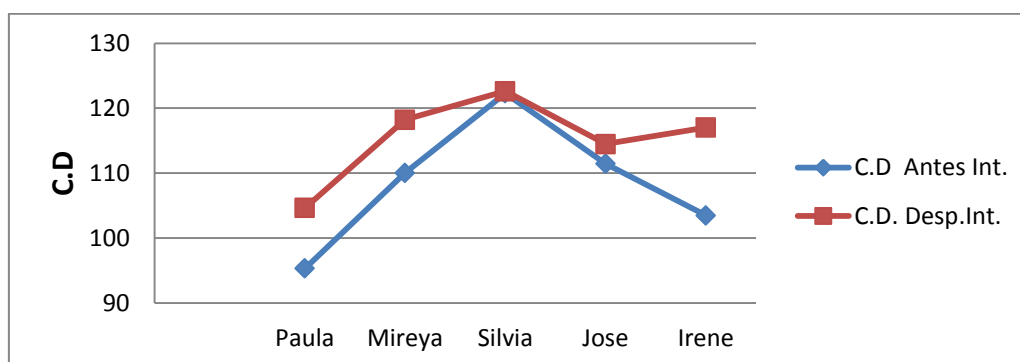
La tabla 5, contiene las edades y cocientes de desarrollo que presentan cada uno de los niños en las diferentes áreas en las que se divide la escala, antes y después de la intervención; donde "P", corresponde al control postural y motricidad; "C", coordinación viso-motora; "L", lenguaje y "S", sociabilidad. "ER", corresponde con la Edad Real en el momento de pasar la escala, y "CDT" al Cociente de Desarrollo Total. Para obtener la edad de desarrollo total por área, hay que tener en cuenta los meses en los que se superan todos los ítems, sumándolos a los meses de cada una de ellas. Este dato se especifica debajo de las tablas correspondientes a cada niño, como meses de partida. Las abreviaturas de A.I. y D.I., se relacionan con el momento en que se pasó la Escala, antes de la intervención, y después de ella.

Tabla 5: Edad y Cocientes de Desarrollo por áreas, antes y después de la Intervención.

		ED	C.D	ED	C.D	ED	C.D	ED	C.D	ED	C.D
CONTROL POSTURAL Y MOTRICIDAD	AI	1a, 8m	112,15	1a, 8m	105,82	1a, 6m	132,94	1a, 8m	120,48	1a, 3m, 15d	101,53
	DI	1a, 10m	113,4	2a	117,26	1a, 6m	122,61	1a, 10m	121,1	1a, 8m	118,81
COORDINACIÓN VISO MOTORA	AI	1a, 2m, 22d	82,62	1a, 9m, 10d	112,87	1a, 2m	115,21	1a, 5m	102,41	1a, 4m, 16d	106,11
	DI	1a, 5m	87,63	2a	117,26	1a, 6m	122,61	1a, 8m	110,09	1a, 7m	112,87
LENGUAJE	AI	1a, 6m	100,93	1a, 8m	105,82	1a, 6m	132,94	1a, 8m	120,48	1a, 3m,15d	105,89
	DI	1a, 9m	108,25	1a, 11m	110,75	1a, 6m	122,61	1a, 8m	110,09	1a, 8m	118,81
SOCIABILIDAD	AI	1a, 5m	95,33	2a	126,98	1a	106,35	1a, 5m	102,41	1a, 3m, 15d	114,63
	DI	2a	123,71	2a, 3m	131,92	1a, 6m	122,61	2a	132,11	1a, 8m	118,81
E.R	AI	1a, 5m, 20d		1a, 6m, 22d		1a, 10m,17d		1a, 4m, 13d		1a, 3m, 3d	
	DI	1a, 7m, 7d		1a, 8m, 9d		2a, 4d		1a, 6m		1a, 4m, 20d	
C.D.T	AI		95,33		110,05		122,3		111,44		103,49
	DI		104,64		118,24		122,61		114,49		117,03
			Paula		Mireya		Silvia		José		Irene

Una vez analizados los datos de los pequeños y su cociente de desarrollo global obtenido en la Escala de Brunet-Lézine aplicada antes y después de la intervención, podemos llegar a las siguientes conclusiones:

Gráfico 1: Cociente de desarrollo antes y después de la intervención



Como se puede observar en la gráfica 1, ha habido un aumento en el CD tras la aplicación del programa de intervención, pero ha habido algunas diferencias individuales en la evolución de la misma que paso a desarrollar. Irene es la que tras la intervención consigue un mayor aumento en el CD pasando de 103,49 a 117,03. Le sigue Paula que habiendo obtenido en la prueba aplicada antes de la intervención un CD de 95,33, logra unas vez trabajados los objetivos experimentar una importante evolución en su CD a 104,64. Mireya que en un principio contaba con un CD de 110,05, consiguió tras la efectividad de la intervención aumentarlo a 118,24. En el caso de José también se da un progreso, aunque menor, en su CD, pasando de 111,44 a 118,24, tras la intervención. Por ultimo, como podemos observar en la gráfica los puntos que muestran la evolución del CD de Silvia casi se solapan, esto es debido a que a la niña ya cumplía todos los ítems propuestos en algunas áreas en la prueba aplicada antes de la intervención, por lo tanto el CD obtenido antes de la intervención 122,3, apenas muestra un aumento 122,61. En el caso de esta última debemos aplicarle una prueba que nos permite obtener su cociente de desarrollo, la escogida será la Rueda del Desarrollo de Radio ECCA.

A continuación vamos a mostrar en forma de tabla y analizar los datos obtenidos de cada niño en cada una de las áreas de la Escala Brunet-Lézine aplicadas antes y después de la intervención.

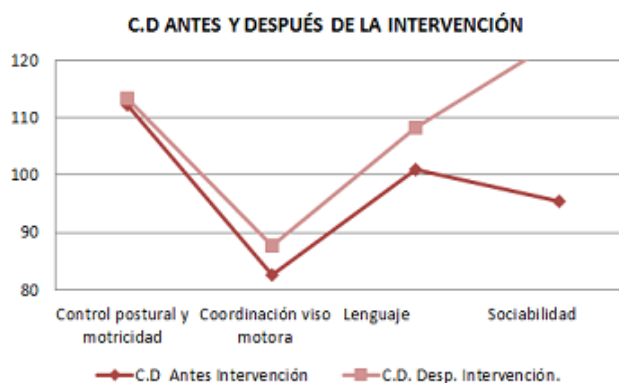
Tabla 6: Edad y Cociente de Desarrollo por áreas, antes, durante y después de la intervención. Paula

AREAS	C.D Antes Intervención	C.D. Después Intervención.	Diferencia C.D	E.D Antes Intervención	E.D Después Intervención	Evolución en meses
Control postural y motricidad	112,15	113,4	1,25	1a, 8m	1a, 10m	2m
Coordinación viso motora	82,62	87,63	5,01	1a, 2m, 22d	1a, 5m	2m,7d
Lenguaje	100,93	108,25	7,32	1a, 6m	1a, 9m	3m
Sociabilidad	95,33	123,71	28,38	1a, 5m	2 ^a	7m

Interpretación de los datos:

Paula nacida el 27/10/2010 (tabla 1), con una edad cronológica de 1a, 5m, 20d, obtiene en el momento de iniciar la intervención un cociente de desarrollo global de 95,33 y una edad de desarrollo de 1a, 5m.

Como podemos observar en la tabla 6 y en el gráfico, es en el área de sociabilidad dónde Paula más ha aumentado su cociente de desarrollo (CD) pasando de 95,33 a 123,71. En este caso la intervención tuvo como objetivo “conseguir una mayor autonomía en acciones como beber agua y lavarse las manos”. Este gran avance además de reflejarse en la escala trabajada, se ha observado también en estos meses en la escuela infantil, ya que Paula ha pasado de ser una niña tímida, introvertida y de poca relación con sus compañeros a una actitud mucho más extrovertida y de sociable a la hora del juego. Estos progresos de la niña también se observaron en otras áreas como la del lenguaje dónde el CD en la escala antes de la intervención era de 100,93 y después paso a ser de 108,25. En el área de coordinación viso motora el CD antes de la intervención era de 82,62, entre los objetivos planteados para su desarrollo fue el de “construir torres de cubos”, realizándose actividades propias para ello y consiguiéndose finalmente un CD de 87,63. Por ultimo cabe destacar que en el área de control postural y motricidad, donde contábamos con un CD de 112,15 en la primera escala solo se consiguió un aumento poco significativo de 113,4 en la segunda escala una vez aplicada la intervención. Este escaso progreso es debido a que esta área es la que Paula más desarrollada tenía y sólo necesito que se le desarrollara un poco el ítem de “correr con movimientos coordinados y caminar hacia atrás”.



Podemos concluir, afirmando que la niña aumento su CD global de 95,33 a 104,64, que corresponde a un avance en su edad de desarrollo global de 1a, 5m a 1a, 8m.

Tabla 7: Edad y Cociente de Desarrollo por áreas, antes, durante y después de la intervención. Mireya

AREAS	C.D Antes Intervención	C.D. Después Intervención	Diferencia C.D	E.D Antes Intervención	E.D Después Intervención	Evolución en meses
Control postural y motricidad	105,82	117,26	11,44	1a, 8m	2a	4m
Coordinación viso motora	112,87	117,26	4,39	1a, 9m, 10d	2a	2m, 20d
Lenguaje	105,82	110,75	4,93	1a, 8m	1a, 11m	3m
Sociabilidad	126,98	131,92	4,94	2a	2a, 3m	3m

Interpretación de los datos

Mireya nacida el 28/09/2010 (tabla 1), con una edad cronológica de 1a, 6m, 22d, obtiene en el momento de iniciar la intervención un cociente de desarrollo global de 110,05 y una edad de desarrollo de 1a, 8m, 24d.

Como podemos observar en la tabla 7, las áreas en las que Mireya más dominaba y por lo tanto mayor CD mostraba es en el área de coordinación viso motora con CD de 112,87, y el área de sociabilidad con un CD de 126,98. Aun así se trabajaron objetivos de la primera área nombrada como “utilizar la mano para sujetar el papel cuando se le pide que garabatee/ imitar una raya sin observar la dirección”, para finalmente superarlos y poder obtener en la segunda escala un CD de 117,26. También se trabajó el área de sociabilidad con objetivos como “jugar a imitar, colocarse sus zapatos”, consiguiendo aumentar su CD un 4,94 en la segunda escala registrada. Por lo que respecta al área del lenguaje Mireya contaba en la primera escala con un cociente de desarrollo de 105,82, y tras los objetivos trabajados “identificar 8 objetos, hacer frases de 3 palabras”, consiguió aumentar su CD 110,75 en la escala pasada tras la intervención. Finalmente, dónde más progreso se ha dado ha sido en el área de control postural y motricidad, en el que tras llevar a la práctica nuestros objetivos “correr con movimientos coordinados y subir solo una escalera alternando los pies”, se pasó de un CD de 105,82 a un 117,26.

Podemos concluir, afirmando que la pequeña aumento su CD global de 110,05 a 118,24, que corresponde a un avance en su edad de desarrollo global de 1a, 8m a 2a, 6d.

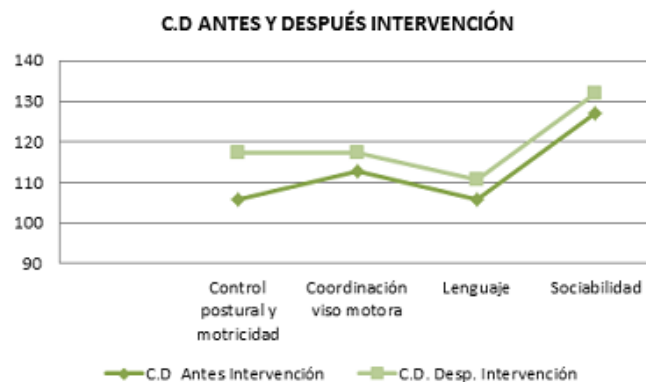


Tabla 8: Edad y Cociente de Desarrollo por áreas, antes, durante y después de la intervención. Silvia

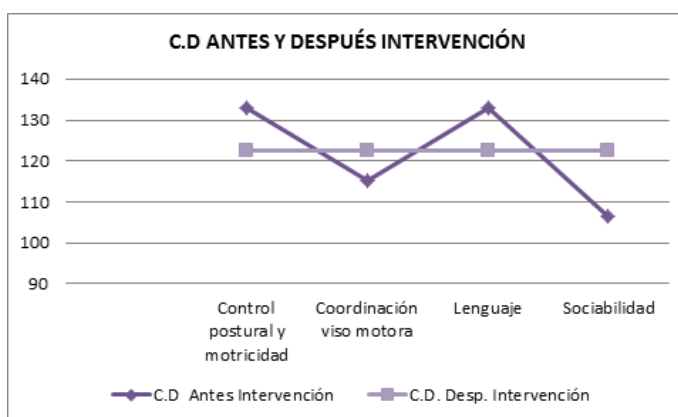
AREAS	C.D Antes Intervención	C.D. Después Intervención	Diferencias C.D	E.D Antes Intervención	E.D Después Intervención	Evolución en meses
Control postural y motricidad	132,94	122,61	-10,33	1a, 6m	1a, 6m	0m
Coordinación viso motora	115,21	122,61	7,4	1a, 2m	1a, 6m	4m
Lenguaje	132,94	122,61	-10,33	1a, 6m	1a, 6m	0m
Sociabilidad	106,35	122,61	16,26	1a	1a, 6m	6m

Interpretación de los datos

Silvia nacida el 1/06/2010 (tabla 1), con una edad cronológica de 1a, 10m, 17d, obtiene en el momento de iniciar la intervención un cociente de desarrollo global de 122,3 y una edad de desarrollo de 2a, 3m, 18d

El caso de esta niña es muy peculiar ya que como podemos observar en la tabla 8 y en la gráfica el CD de la escala pasada tras la intervención es lineal en todas las áreas, esto es debido a que a la pequeña cuando se le aplico la segunda escala ya superaba todos los ítems.

Si analizamos por áreas, la de control postural y motricidad y el área del lenguaje son el mismo caso, cuando se le aplico la primera escala de Brunet-Lézine, Silvia ya cumplía todos los ítems, por tanto tenía un cociente de desarrollo de 132,94 en ambas áreas. Sin embargo como podemos observar el CD disminuye al pasar nuevamente la escala tras la intervención, eso es como consecuencia de que la edad real de Silvia ha aumentado y CD se mantuvo igual, ya que en la primera pasada ya había llegado al límite. Por otro lado en el área de coordinación viso motora, dónde se trabajaron objetivos como “hace una torre de 8 cubos e imita un trazo horizontal y otro vertical”, el CD aumenta de un 115,21 a 122,61. Y para finalizar, comentar el área dónde Silvia más progreso ha mostrado, la sociabilidad, que una vez puesto en marcha en la intervención los objetivos de “comprender preposiciones y colocarse sólo sus zapatos”, la niña aumentó su cociente de desarrollo de 106,35 a 122,61.



Podemos concluir, afirmando que la pequeña aumento su CD global de 122,3 a 122,61, que corresponde a un avance en su edad de desarrollo global de 2a, 3m a 2a, 6m.

Tras el análisis de la escala Brunet-Lézine aplicada a Silvia, podemos afirmar que esta prueba se le queda obsoleta por lo que vemos necesario emplear otra que nos aporte la edad de desarrollo de la niña. La prueba escogida ha sido “la Rueda del Desarrollo de Radio ECCA”, la cual se puede observar en el anexo. Se trata de una serie de ítems correspondientes a cinco áreas donde se va situando al niño en una rueda que al ser

coloreada nos da un perfil gráfico de la situación exacta de los puntos ya consolidados y de aquellos que no han sido conseguidos hasta el momento de pasar la prueba. Se presenta así como una herramienta muy precisa de donde partir para la elaboración de un programa de desarrollo individual secuenciado, de una forma muy sistemática y operativa en aquellos casos donde vemos que las habilidades del niño superan los coeficientes de otras escalas.

Observando la Rueda del Desarrollo de Radio ECCA aplicada a Silvia (anexo), según los ítems que supera en cada área podemos obtener la siguiente edad de desarrollo para cada una de ellas: 2a, 1m, 15d en el área motora fina, 2a, 3m en el área motora gruesa, 2a, 3m en el área perceptiva-cognitiva, 2a, 4m en el área del lenguaje y 2a, 3m en el área social.

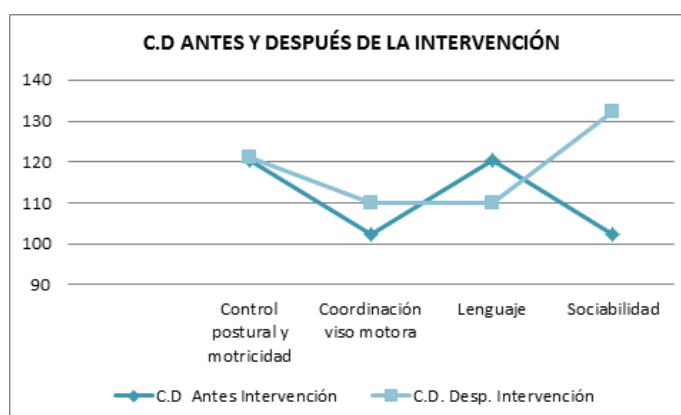
Tabla 9: Edad y Cociente de Desarrollo por áreas, antes, durante y después de la intervención. José

AREAS	C.D Antes Intervención	C.D. Después Intervención	Diferencias C.D	E.D Antes Intervención	E.D Después Intervención	Evolución en meses
Control postural y motricidad	120,48	121,1	0,62	1a, 8m	1a, 10m	2m
Coordinación viso motora	102,41	110,09	7,68	1a, 5m	1a, 8m	3m
Lenguaje	120,48	110,09	-	1a, 8m	1a, 8m	0m
Sociabilidad	102,41	132,11	29,7	1a, 5m	2a	7m

Interpretación de los resultados

José nacido el 3/12/2010 (tabla 1), con una edad cronológica de 1a, 4m, 13d, obtiene en el momento de iniciar la intervención un cociente de desarrollo global de 111,44 y una edad de desarrollo de 1a, 6m, 15d

Si observamos la tabla 9 y la gráfica de José podemos como ha evolucionado en todas las áreas exceptuando en la del lenguaje, que paso de tener una puntuación de 120,48 de CD a tener una puntuación tras la intervención de 110,09. Esto se debe a que todavía sigue sin alcanzar algunos ítems del área del lenguaje y sin embargo ha aumentado su edad cronológica. Sin embargo en el área de sociabilidad, nos encontramos con lo contrario, José una vez trabajados los objetivos “ejecutar instrucciones y jugar a imitar”, obtiene una gran evolución aumentando su CD



de 102,41 a 132, 11. En el área de coordinación viso motora también se ve que el niño lleva a cabo un progreso en su CD pasando de 102,48 a 110,09, motivado por los objetivos propuestos en la intervención como “hacer torres de cinco cubos y alinear cubos para imitar al tren”. Por ultimo hacemos referencia al área de control postural y motricidad, donde observamos poco aumento en el CD, ya que paso de 120,48 a un 121,1, a pesar de que se le trabajo objetivo para su desarrollo como “correr con movimientos coordinados y subir solo las escaleras alternando los pies”.

Podemos concluir, afirmando que el niño aumento su CD global de 111,44 a 114,49, que corresponde a un avance en su edad de desarrollo global de 1a, 6m, 15d, a 1a, 8m, 24d.

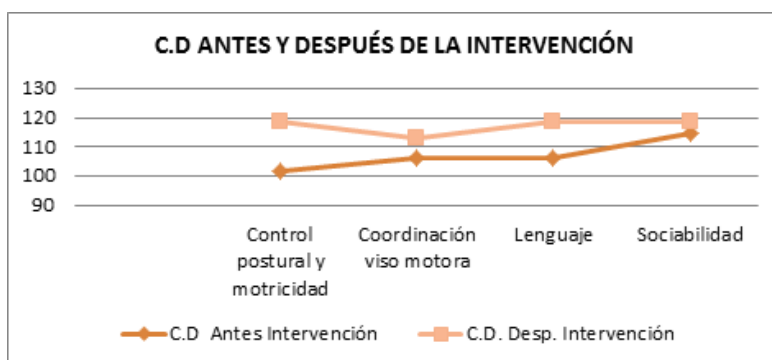
Tabla 10: Edad y Cociente de Desarrollo por áreas, antes, durante y después de la intervención. Irene

AREAS	C.D Antes Intervención	C.D. Después Intervención	Diferencias C.D	E.D Antes Intervención	E.D Después Intervención	Evolución en meses
Control postural y motricidad	101,53	118,81	17,28	1a, 3m, 15d	1a, 8m	4m, 15d
Coordinación viso motora	106,11	112,87	6,76	1a, 4m, 16d	1a, 7m	2m, 14d
Lenguaje	105,89	118,81	12,92	1a, 3m,15d	1a, 8m	4m, 15d
Sociabilidad	114,63	118,81	4,18	1a, 3m, 15d	1a, 8m	4m, 15d

Interpretación de los resultados

Irene nacida el 16/01/2011 (tabla 1), con una edad cronológica de 1a, 3m, 3d, obtiene en el momento de iniciar la intervención un cociente de desarrollo global de 103,49 y una edad de desarrollo de 1a, 3m, 24d

Si nos fijamos en la tabla 10 y el gráfico que muestra los datos de Irene, podemos comprobar que efectivamente la niña en la escala pasada tras la intervención aumenta el CD en todas sus áreas con respecto a la aplicada antes de la intervención. El área con mayor evolución es la de control postural y motricidad, donde pasa de lograr un CD de 101,53 a 118,81, para ello en la intervención los objetivos propuestos fueron “andar hacia atrás y correr con movimientos coordinados”. Otra de las áreas en la se observa la efectividad de la intervención es la del lenguaje donde el CD aumenta de 105,89 a 118,81, en este caso “identificar cuatro objetos y hacer frases de dos palabras” fueron los objetivos trabajados. En el área de coordinación viso motora los objetivos a desarrollar fueron “adaptarse al giro de la tablilla para el circulo y utilizar la mano para sujetar el papel cuando garabatea” donde paso de una puntuación de 106,11 a 112,87.



Por ultimo afirmar la evolución, menor, pero también adquirida en el área de sociabilidad, en la que tras llevar a la práctica los objetivos “hacer que bebe, come o peina al adulto y ejecutar instrucciones”, la pequeña amplió su CD de 114,63 a 118,81

Podemos concluir, afirmando que la niña aumento su CD global de 103,49 a 117,03, que corresponde a un avance en su edad de desarrollo global de 1a, 3m, 24d, a 1a, 7m, 21d.

3.2.3. Comentarios y crítica

Tras observar los resultados conseguidos en las pruebas aplicadas después de la intervención y compararlos con los obtenidos antes de llevarla a cabo, podemos afirmar que la intervención ha sido efectiva para cada uno de los niños. Los niños presentan una Edad de Desarrollo bastante superior a su edad cronológica, aquí podríamos concluir que el medio familiar y social del cual proceden es estimulante para su evolución. El nivel cultural de sus padres es propicio para presentarles situaciones contextualizadas que imprimen un avance satisfactorio en todas las áreas.

4. Conclusiones, proyección, propuestas, aportación del Trabajo.

Con el desarrollo del trabajo se ha pretendido demostrar la eficacia de la atención temprana en el desarrollo evolutivo de los niños de educación infantil, no sólo por las aportaciones teóricas de diferentes profesionales sino por los datos obtenidos tras la intervención que se ha realizado con los niños de la escuela infantil Tambi.

Queda demostrada la importancia del ambiente estimular del niño en la adquisición de nuevas habilidades o en el desarrollo de estas. Por lo que es necesario diseñar y llevar a cabo programas de atención temprana teniendo en cuenta las características individuales de cada niño y que estos se puedan desarrollar en su entorno más próximo, sobre todo el escolar, ya que es ahí donde va a pasar la mayor parte del tiempo y contara con los recursos personales y materiales que precise.

Por otro lado, tener en cuenta que la sociedad donde viven hoy los niños no es la del siglo pasado cuando fueron validadas la mayoría de las pruebas que se utilizan para conocer la edad de desarrollo. Hoy se estimula específicamente al bebé y ello se traduce en un aumento de su inteligencia desde el vientre materno. Si esta progresión continúa en su desarrollo, tenemos a un niño que demuestre sus competencias y habilidades por encima de otro que no ha tenido el privilegio de nacer y ser educado en riqueza estimular. Por ello, sería conveniente volver a baremar la mayoría de las pruebas que miden el desarrollo infantil en la actualidad para poder medir con fiabilidad estadística los índices de desarrollo hoy en día. Esto se convierte en un gran reto para los profesionales de la educación temprana.

Como maestra de educación infantil haber elaborado este trabajo ha supuesto, además de adquirir nuevos conocimientos, incentivar a seguir investigando y formándome en este campo, para en un futuro poder ayudar a los niños en su proceso evolutivo y estar siempre alerta detectando y previniendo posibles signos de alarma que se pueden producir durante todo el desarrollo del niño

5. Referencias bibliográficas.

- ✓ Abella, B. (2012, marzo 6). Situación de la Atención Temprana de niños y niñas en España. *El periódico de la discapacidad*. Consultado el 29 de abril en <http://semanal.cermi.es/noticia/atenci%C3%B3n-temprana-tarda-llegar.aspx>
- ✓ Aranda, R. (2008). *Atención temprana en educación infantil*. Madrid: Wolters Kluwer, D.L.
- ✓ Benito, M. (2010). Atención Temprana, una respuesta precoz. *Innovación y experiencias educativas*, 37, 2-9. Consultado el 5 de mayo en http://www.csi-csif.es/andalucia/modules/mod_ense/revista/pdf/Numero_37/MONICA_BENITO_1.pdf
- ✓ Boletín Oficial de Canarias N° 203. (Jueves 9 de Octubre de 2008), 1518 - DECRETO 201/2008. Consultado el 4 de mayo en <http://www.gobiernodecanarias.org/boc/2008/203/004.html>
- ✓ Candel, I. (1993). *Programa de atención temprana: intervención en niños con síndrome de Down y otros problemas de desarrollo*. Madrid: Ciencias de la Educación Preescolar y Especial.
- ✓ Candel, I. (2003), Aspectos generales de la Atención Temprana. *Atención Temprana. Niños con síndrome de Down y otros problemas del desarrollo*. Consultado el 2 de mayo, 2012. En http://www.sindromedown.net/adjuntos/cPublicaciones/30L_atenciontemprana.PDF
- ✓ Clemente, G (2011). *La atención temprana en la etapa de educación infantil*. (Proyecto fin de master). Consultado el 20 de abril en http://repositorio.ual.es/jspui/bitstream/10835/1159/1/Clemente_%20Villegas_Gad_or.pdf
- ✓ Contrera, A., Ruiz, G., Burgos, M. (2000). Modelo de Centro de Atención Temprana. *FEAPS-Madrid*. Consultado el 14 de mayo en <http://www.feapsmadrid.org/drupal.19/sites/default/files/documents/AT168x240PQ.pdf>
- ✓ Elizalbe, M. (2004). *La atención infantil temprana en Asturias*. Gobierno del Principado de Asturias. Consejería de Vivienda y Bienestar Social. Consultado el 4 de mayo en http://www.asturias.es/Asturias/DOCUMENTOS%20EN%20PDF/PDF%20DE%20PARATI/atencion_infantil_temprana.pdf
- ✓ García, F.A. (2002). Atención Temprana: elementos para el desarrollo de un Modelo Integral de Intervención. *Bordón*, 54 (1), 39-52. Consultado el 20 de abril en: https://webs.um.es/fags/docs/2002bordon_elementos_miaat.pdf

- ✓ García, F.A. (2002). Investigación en Atención temprana. *Revista de neurología*, 34 (pp151-155). Consultado el 14 de mayo en <http://www.revneurol.com/sec/resumen.php?id=2002040>
- ✓ García, F.A. (2003). Objetivos de futuro de la Atención Temprana. *Revista de Atención Temprana*, 6 (1), 32-37. Consultado el 15 de mayo en https://webs.um.es/fags/docs/2003rat_futuro_at.pdf
- ✓ García, F.A., Mirete, A., Marín, C. & Romero, L. (2008). Satisfacción del cliente familia en Atención Temprana: valoración de la importancia que otorgan a distintos aspectos del servicio. *Siglo Cero*, 39, 55-74. Consultado el 2 de mayo en https://webs.um.es/fags/docs/2008satisf_familia_sc_227_4.pdf
- ✓ GAT. Federación Estatal de Asociaciones de Profesionales de la Atención Temprana (2000). *Libro Blanco de la Atención Temprana*. Madrid: Real Patronato sobre Discapacidad. Consultado el 15 de abril en http://www.cieza.es/portal/RecursosWeb/DOCUMENTOS/1/4_22_1.pdf
- ✓ GAT. Federación Estatal de Asociaciones de Profesionales de la Atención Temprana (2005). *Recomendaciones Técnicas para el desarrollo de la Atención Temprana*. Real Patronato de Prevención y de Atención a Personas con Minusvalía. Consultado el 15 de abril en http://www.cieza.es/portal/RecursosWeb/DOCUMENTOS/1/4_22_1.pdf
- ✓ Guillen, M. (2010). Educación infantil y atención temprana: análisis de su relación. *Revista de la educación en Extremadura*. Consultado el 11 de mayo en http://www.anpebadajoz.es/autodidacta/autodidacta_archivos/numero_3_archivos/m_d_g_llanos.pdf
- ✓ Gutiez, P. (2005). *Atención temprana: prevención, detección e intervención en el desarrollo (0-6 años) y sus alteraciones*. Madrid: Complutense.
- ✓ Pérez López, J. (2003). Formación e investigación en AT. *Minusval*, (pp 75-77). Consultado el 25 de abril en http://webs.um.es/fags/atenciontemprana/documentos/invest/art_minusval_invest_at.pdf
- ✓ Vidal, M. (1990). *Atención temprana: guía práctica para la estimulación del niño de 0 a 3 años*. Madrid: Ciencias de la Educación Preescolar y Especial.
- ✓ Villegas, G. (2012). La atención temprana en la etapa de educación infantil. *Proyecto fin de máster*. Consultado el 8 de mayo en [http://repositorio.ual.es/jspui/bitstream/10835/1159/1/Clemente %20Villegas Gador.pdf](http://repositorio.ual.es/jspui/bitstream/10835/1159/1/Clemente%20Villegas_Gador.pdf)

Anexo

Rueda del Desarrollo de Radio ECCA aplicada Silvia.

La rueda del desarrollo

