

**ASPROMIN**



# **ACTAS I CONGRESO NACIONAL EN ATENCIÓN TEMPRANA**

**“RETOS EDUCATIVOS, SOCIALES,  
TECNOLÓGICOS Y DE LA SALUD EN  
ATENCIÓN TEMPRANA”**

**ISSN: 2603-784X**

**Asociación Protectora de Personas con Discapacidad Intelectual de la Cuenca Minera.**





## INDICE:

### PONENCIAS Y COMUNICACIONES

|                                                                                                                                                                                    |     |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----|
| TÍTULO: NEUROCIENCIA Y EDUCACIÓN: APRENDIZAJE, MARCADORES TEMPRANOS Y NEUROMITOS .....                                                                                             | 4   |
| TÍTULO: PREJUICIOS, JUICIOS E INCLUSIÓN.....                                                                                                                                       | 6   |
| TÍTULO: PROYECTOS TECNOLÓGICOS APLICADOS A LA ATENCIÓN TEMPRANA.....                                                                                                               | 16  |
| TÍTULO: ATENCIÓN TEMPRANA DESDE LAS UNIDADES DE CUIDADOS INTENSIVOS NEONATALES. CUIDADO INDIVIDUALIZADO DEL DESARROLLO DEL RECIÉN NACIDO Y LA FAMILIA (NIDCAP). ....               | 25  |
| TÍTULO: COORDINACIÓN INTERSECTORIAL EN ATENCIÓN TEMPRANA DESDE EL SISTEMA DE INFORMACIÓN ANDALUZ ALBORADA. ....                                                                    | 41  |
| TÍTULO: DIAGNÓSTICO PRECOZ DEL SÍNDROME DE X-FRÁGIL Y SU IMPLICACIÓN EN ATENCIÓN TEMPRANA.....                                                                                     | 43  |
| TÍTULO: DISEÑO DE PAUTAS DE OBSERVACIÓN PARA DETECCIÓN PRECOZ DE TRASTORNOS EN COMUNICACIÓN ORAL INFANTIL.....                                                                     | 50  |
| TÍTULO: EXPLORACIÓN PILOTO DE UN INSTRUMENTO DE EVALUACIÓN FUNCIONAL DEL LENGUAJE .....                                                                                            | 52  |
| TÍTULO: HABILIDADES SOCIALES Y ADAPTATIVAS EN EL CONTEXTO NATURAL DEL NIÑOS Y NIÑAS CON TEA. ....                                                                                  | 68  |
| TÍTULO: LA ATENCIÓN TEMPRANA DESDE UNA PERSPECTIVA SISTÉMICA, PROPUESTA DE UN MODELO DE INTERVENCIÓN TEMPRANA CENTRADO EN EL SISTEMA. HACIA LA BÚSQUEDA DE LA PLENA INCLUSIÓN..... | 70  |
| TÍTULO: LA ATENCIÓN TEMPRANA, UNA PROPUESTA DESDE LA COORDINACIÓN.....                                                                                                             | 73  |
| TÍTULO: LA CAJA DE ESTIMULACIÓN MULTISENSORIAL COMO UN RECURSO PARA LA ATENCIÓN TEMPRANA EN LA LIMITACIÓN DE LA MOVILIDAD.....                                                     | 87  |
| TÍTULO: LA EDUCACIÓN INFANTIL Y SU CONTRIBUCIÓN EN EL SISTEMA DE ATENCIÓN TEMPRANA .....                                                                                           | 100 |
| TÍTULO: MÉTODO MADRE CANGURO: INFLUENCIA EN EL NEURODESARROLLO DE RECIEN NACIDOS PREMATUROS.....                                                                                   | 124 |
| TÍTULO: MULTIDISCIPLINARIEDAD Y TRANSDISCIPLINARIEDAD EN ATENCIÓN TEMPRANA .....                                                                                                   | 126 |



TÍTULO: PROGRAMA DE INTERVENCIÓN EN ATENCIÓN TEMPRANA PARA NIÑOS PREMATUROS. .... 136

TÍTULO: TENDIENDO PUENTES DE LA UNIVERSIDAD A LA PRÁCTICA CLÍNICA. .... 157

TÍTULO: UNIDAD DE ATENCIÓN INFANTIL TEMPRANA DE HUELVA ..... 159

TÍTULO: UNIDADES DE ATENCIÓN INFANTIL TEMPRANA. .... 161

**Asociación Protectora de Personas con Discapacidad Intelectual de la Cuenca Minera.**



## **TÍTULO: NEUROCIENCIA Y EDUCACIÓN: APRENDIZAJE, MARCADORES TEMPRANOS Y NEUROMITOS**

### **AUTOR:**

**Manuel Carreiras**

*Director científico del BCBL. Basque Center on Cognition, Brain and Language, Donostia-San Sebastián.*

*Ikerbasque: Basque Foundation for Science. Bilbao.*

*Universidad del País Vasco, EHU/UPV, Bilbao.*

En los últimos años se ha venido promoviendo activamente la relación entre los ámbitos de la neurociencia y de la educación. Ciertamente hay material interesante para la transferencia de conocimientos. Sin embargo, a su vez, es necesario aportar dosis de cordura y prudencia a esta efervescencia. Un optimismo excesivo podría provocar frustración al cabo de los años si no se consiguen logros importantes en la transmisión de información útil para mejorar los procesos educativos. La moda de la utilización del prefijo neuro (neuro-educación, neuro-lingüística, neuro-economía, neuro-marketing, etc.) impregna la actualidad, pero no cambia ni mejora los conocimientos, que son los mismos, con y sin el prefijo. Otro peligro reside en los neuromitos. Circulan por la red toda una serie de neuromitos, como que sólo utilizamos el diez por ciento de nuestro cerebro, que la neuro-plasticidad se pierde en la adolescencia, que no se

**Asociación Protectora de Personas con Discapacidad Intelectual de la Cuenca Minera.**





puede aprender una segunda lengua siendo mayor, o que ser bilingüe previene el Alzheimer, etc. Todos ellos son peligrosos porque, si queremos fundamentar las decisiones educativas en los conocimientos científicos, no podemos funcionar ni con intuiciones ni con falsas verdades.

Algunos ejemplos de conocimientos de la neurociencia cognitiva susceptibles de aplicación a la educación se sitúan en áreas como: (a) el aprendizaje de una segunda lengua, en el que se pone de manifiesto la necesidad de una exposición temprana y además a modelos nativos; (b) el aprendizaje de la lectoescritura, en el que se muestra que el modelo fonológico produce mejores resultados; (c) el desarrollo de biomarcadores tempranos para la detección temprana de trastornos del aprendizaje, que evitarían o mitigarían el sufrimiento de muchos niños y de sus familias. Hoy en día se está trabajando en éstos y otros ámbitos para crear las condiciones que permitan materializar la transferencia de información válida para la educación.

En suma, el interés por el maridaje entre neurociencia y educación está en cotas altas en la actualidad, pero para que esa relación sea fructífera es importante poner límites a optimismos desmedidos, a neuromitos y a interpretaciones interesadas y exageradas de los datos empíricos.

**Asociación Protectora de Personas con Discapacidad Intelectual de la Cuenca Minera.**



ISO 9001:2008  
ISO 14001:2004

No.14613/0  
No.01395/0





## **TÍTULO: PREJUICIOS, JUICIOS E INCLUSIÓN.**

### **AUTOR:**

**D. Antonio Guerra Álvarez.**

Equipo de Orientación Educativa Especializado. Columnista y conferenciante.

La educación que recibimos, los valores que se nos transmiten, tanto de manera implícita como explícita, avalan y favorecen la construcción de prejuicios con los que interpretamos la realidad.

En muchas ocasiones esta interpretación se hace en base a categorías que construimos a partir de esos prejuicios.

El prejuicio nace de lo aprendido y toma como base las experiencias vividas para construir un concepto o una valoración apriorística sobre cualquier situación, persona, etc.... Supone establecer una opinión, una actitud antes de tener ninguna experiencia. El prejuicio puede generarse y estar presente en cualquier ámbito de la sociedad con independencia de los grupos de referencia (social, económica, edad, etc.) e implica un modo particular de pensar que da soporte a las actitudes o maneras de actuar de las personas. Promueven la construcción de sistemas de valores que suponen, en la mayoría de los casos, un ejercicio de poder que proporciona un marco de referencia sobre el que actuar, liberado de las connotaciones morales que puedan tener nuestras acciones.

Los prejuicios afectan fundamentalmente a aspectos que consideramos básicos para la vida de las personas y las relaciones que se establecen entre ellas. De esta manera, la raza, el sexo, la orientación sexual, la discapacidad o las enfermedades y los trastornos mentales son, con frecuencia objetos de prejuicio, constituyendo, en la mayoría de las ocasiones, elementos de discriminación.

Los estereotipos, por lo general negativos, suponen claves de interpretación de la realidad desde el prejuicio y, en base a ellos, aparece la discriminación que no es más que la manera de actuar que manifestamos en base a un grupo de personas prejuzgadas.

En la base de todo subyace la necesidad que tenemos de establecer un marco de referencia “seguro”, erróneo o no, que justifique nuestras actuaciones.

**Asociación Protectora de Personas con Discapacidad Intelectual de la Cuenca Minera.**



Tenemos que tener en cuenta que la discriminación es el caldo de cultivo de la exclusión por lo que para su prevención o eliminación necesitamos comprender cuáles son los procesos a través de los que se construyen estas conductas.

La construcción de ese marco de referencia estable que nos aporte seguridad, al que antes hacíamos mención, nos lleva a pensar que la estandarización es una garantía de éxito.

Esta estandarización nace de la categorización que inconscientemente hacemos de nuestro entorno. Esto nos permite interpretar y comprender la realidad. Sin embargo, la categorización tiene como consecuencia que tomemos los grupos de referencia, sobre los que establecemos las valoraciones, como homogéneos, eliminando, o al menos difuminando, las diferencias individuales, por lo que cualquier valoración se haría en base a un constructo irreal generado.

La categorización unida a la necesidad de estandarización da lugar, indefectiblemente, a la generación de estereotipos.

Pero ¿qué es realmente lo que genera esta concepción de la realidad estereotipada?.

En primer lugar nuestra propia experiencia personal desde el establecimiento de correlaciones, por lo general injustificadas y absurdas, por ejemplo: “todos los gordos son simpáticos” o “todos los sordos son desconfiados y antipáticos” establecemos formas diferentes de aproximación y de relación con las personas, atribuyendo funciones o conductas esperadas a determinadas personas o grupos de personas al objeto de evitar la inseguridad que nos puede generar enfrentarnos a lo desconocido. Por otra parte, los estereotipos son construcciones aprendidas puesto que se generan, en muchas ocasiones sin el conocimiento personal de las personas o grupos de personas a las que afecta aunque este aprendizaje no tiene por qué realizarse de manera directa. Los niños y niñas construyen estereotipos y prejuicios en base a las conductas, opiniones o concepciones que observan de los mayores, por lo general de personas que tienen ascendencia sobre ellos.

Esta necesidad de estandarización, a la que antes hacíamos mención, unida a la necesidad que tenemos de sentirnos incluidos en el estándar, hace que los estereotipos se perpetúen, provocando que las personas, desde un status de poder, establezcan comparaciones con aquellas a las que se aplica el prejuicio. Los estereotipos contribuyen a la perpetuación de la situación de dominación del grupo o las personas que lo activan.

**Asociación Protectora de Personas con Discapacidad Intelectual de la Cuenca Minera.**



En el ámbito que nos afecta, estos procesos de estandarización aportan unos referentes claros con los que establecer un marco para interpretar la realidad de la discapacidad y sus efectos sobre el contexto.

De esta manera, los manuales de evaluación, diagnóstico y tratamiento educativo de los niños y niñas con necesidades especiales han propuesto, históricamente, unas características y necesidades comunes para el alumnado que presenta una determinada discapacidad o unas necesidades educativas especiales concretas. Esta concepción, afortunadamente, está cambiando en los últimos tiempos, considerándose la individualidad de cada una de las personas que las presentan.

En la mente de muchas personas, incluso en la de muchos profesionales, tal vez sea una cuestión cultural, pero la estandarización nos permite hacer sólidos los referentes para establecer canales de comunicación y participación del alumnado con necesidades educativas especiales.

En un mundo tan complejo de interpretar como el de la discapacidad, con frecuencia solemos caer en el error de hacer una interpretación de la realidad que se apoya en el estándar y en el estereotipo, con lo que tenemos garantizada una visión aberrada de la misma y el establecimiento de prejuicios, aún a pesar de nuestra propia intención.

Sirva este ejemplo. Me gustaría que leyéramos con detenimiento las palabras que, llenas de satisfacción, publicó en redes sociales un padre haciendo pública la emoción que le provocaba el hecho de que su hija, que presenta necesidades educativas especiales, hubiera participado con éxito en una actividad complementaria del centro en el que se escolariza.

*“Primera excursión de Ana con sus compañeros de integración en el cole, fuera de Córdoba, todo el día, desayuno, almuerzo, traslados en bus... Un nuevo reto que ha superado con veces como una campeona, sin duda también por que todo estaba muy bien trabajado desde el cole, donde se llevan currando la integración para tres años ya, a pesar de los pesares de cómo están los recursos, y que cada vez da mejores frutos. Por supuesto sin dejar atrás el trabajo que su señora Marta hace por las tardes. Gracias a todos de corazón por el trabajo que estáis haciendo con ella. De honor será Reina sólo por un día pero en mi casa será la Reina toda la vida”.*

Tal vez sea un matiz que pueda pasar desapercibido para muchos, pero para aquellos que tenemos activadas las “alertas inclusivas”, esas palabras llenas de orgullo dejan traslucir en el texto algunas expresiones como por ejemplo “compañeros de

**Asociación Protectora de Personas con Discapacidad Intelectual de la Cuenca Minera.**



integración” que denotan estandarizaciones y concepciones prejuiciosas que se alejan de la perspectiva inclusiva que todos debiéramos mantener.

El texto pone de manifiesto que existen, al menos dos tipos de compañeros de Ana, los de “integración” y aquellos que no los son.

¿Puede haber alguien con mayores deseos de mantener un posicionamiento inclusivo que un padre con respecto a la situación escolar de su hija? Posiblemente no pero, sin embargo, hay algo en su interior que, de la necesidad de estandarizar que veíamos anteriormente, ha evolucionado hacia el prejuicio y es el mismo quien, sin pretenderlo, genera su propio espacio de exclusión.

Ana, no tiene dos tipos de compañeros, los de integración y los que no lo son. Ana solo tiene compañeros y compañeras que comparten espacios y actividades en el centro educativo, desarrollando cada uno de ellos actividades a través de contenidos que adaptados a sus diferentes niveles de competencia curricular y a sus capacidades. Este ejemplo mínimo, que pudiera parecer sin importancia, pone de manifiesto que, aun estando próximos e implicados, como es el caso de este padre, generamos prejuicios a la hora de interpretar, desde los estereotipos, la discapacidad.

Esto, que no deja de ser una anécdota, puede ayudarnos a comprender la dificultad que supone el abandono de los estereotipos y la rotura de los prejuicios, poniendo de manifiesto, una vez más, que el concepto de normalidad está sobrevalorado.

¿Pero realmente podemos establecer un estándar de normalidad?

La normalidad es un concepto tan difuso, tan acomodaticio, tan volátil que resulta difícil de establecer. Resulta, además, que el concepto de normalidad, en el ámbito de la infancia, es cambiante y se acomoda en función de variables, en ocasiones espúreas, difíciles de identificar por lo que cualquier intento de estandarización no podrá hacerse sino desde los estereotipos y prejuicios.

A mi modo de ver, para muchos, no solo es necesaria la generación de este espacio de “normalidad”, de esta interpretación prejuiciosa de la realidad, sino que necesitamos sentirnos, nosotros y los nuestros, incluidos en él. Esta, posiblemente sea la razón por la que se impone la tiranía del estándar.

**Asociación Protectora de Personas con Discapacidad Intelectual de la Cuenca Minera.**



Así hemos visto como familias que esperan tener a un bebé, hacen éste escuche, a través del vientre de la madre, música clásica antes del nacimiento o, una vez nacidos, siguen métodos específicos para aumentar la inteligencia de sus hijos.

Un ejemplo claro de esta situación la tenemos en cómo han proliferado los métodos que, dirigidos a padres y madres, prometen la “mejora” de la inteligencia en los niños. Alguno de ellos, hace años llegó a ser un best seller afirmando que todos los niños podían llegar a tener una inteligencia comparable a alguna de las mentes más prodigiosas del siglo XX.

A mi modo de ver, nada hay más cruel para familias y niños, que convencerlos de que el éxito está en la inteligencia, en la velocidad, en los resultados escolares, etc. Ni todos podemos ser los mejores ni, en mi opinión, sería sano que todos lo fuéramos. La esencia del cambio, del desarrollo es la diferencia.

Este es un claro ejemplo en el que la estandarización y el prejuicio se unen para generar un dogma que muchos asumen sin cuestionarlo y que supone un caldo de cultivo inmejorable para la manifestación de conductas excluyentes.

Como venimos viendo hasta ahora, a modo de resumen, nuestra vida está llena de significados que construimos de manera individual o colectiva y en base a los que establecemos nuestra particular interpretación del mundo. Muchos de ellos se han fraguado en base a referentes y datos descriptivos para generar el marco de interpretación sobre el que establecer conclusiones y que generan, con mucha frecuencia, conductas discriminatorias y de exclusión.

Como consecuencia de esta interpretación prejuiciosa de la realidad generamos categorías que se configuran como estratos de visibilidad.

No son pocas las ocasiones que personas con discapacidad, o con características personales que se apartan del estándar establecido se hacen visibles en determinados contextos mientras permanecen invisibles en otros. Un ejemplo claro de ello es la utilización interesada que los diferentes formatos publicitarios hacen de las personas con discapacidad. A mi modo de ver, esta utilización persigue promover valores o generar en el consumidor necesidades, muy determinadas, que se consideran ligadas a ese ámbito y rara vez se muestran en pie de igualdad con respecto a otro tipo de población.

**Asociación Protectora de Personas con Discapacidad Intelectual de la Cuenca Minera.**



Nuestra necesidad de sentirnos en el estándar lleva, en muchos casos, a una evitación intencional de la diversidad que se justifica por la certeza de sentirnos incluidos dentro de los umbrales de normalidad, unos márgenes irreales que la propia sociedad ha establecido.

Con frecuencia esto nos lleva a construir, a nuestro alrededor, un mundo imaginario, irreal. Una visión que evita todo aquello y todos aquellos que divergen. Pero, ¿realmente podemos delimitar quien es diferente?

A pesar de lo dicho anteriormente, no vamos a dudar, a estas alturas, que la diversidad es la esencia de del mundo en el que habitamos: diferentes razas, pensamientos, religiones, tipos de sociedades, culturas, etc. y sin embargo, a pesar de hacer declaración pública de su asunción, la seguimos obviando sistemáticamente.

Esta evitación supone la constatación de que en la sociedad actual prédica y práctica siguen caminos divergentes.

En base a esta diversidad, presente en todos los ámbitos, resulta imposible establecer los procesos de estandarización que veníamos tratando con anterioridad porque supondría establecer tantas categorías como personas. No podemos olvidar que cada uno de nosotros es único y que, por esa razón, en el planeta existen más de 7.000 millones de “otros” que son diferentes.

Desde este punto de partida y haciendo una somera reflexión sobre esta premisa podemos llegar a concluir que es la propia diferencia lo que nos hace iguales. La verdadera justificación y el argumento más sólido para la defensa de la igualdad entre las personas radica en la afirmación de que somos iguales porque somos diferentes. No podemos olvidar que la diferencia es la base de la sinergia y ésta el verdadero motor para el cambio, la verdadera base para la transformación y, a pesar de ello, la sociedad sigue presentando dificultades para una asunción igualitaria de la diversidad, de la diferencia.

Establecemos categorías en base a los diferentes ámbitos de diversidad que somos capaces de identificar. Esta categorización favorece que los elementos que generan diversidad se jerarquicen y se haga un establecimiento implícito de aquellos que pueden servir de base para la exclusión.

Esta jerarquización hace que se establezcan actitudes diferentes en función de los elementos de diversidad identificados y la consideración jerárquica que se haya hecho de ellos. Es más, podemos comprobar como en muchos casos existe una

**Asociación Protectora de Personas con Discapacidad Intelectual de la Cuenca Minera.**



diversidad que es socialmente aceptada y otra que se considera un elemento para la discriminación.

Nos esforzamos en usar un lenguaje inclusivo y abierto a la diversidad y, por el contrario, seguimos fomentando prácticas que perpetúan la exclusión. Pero la exclusión no la generan las palabras, la generan los actos. No excluye como llamamos a las personas con discapacidad, lo realmente excluyente es el lugar en el que las colocamos. Esta consideración oligárquica de la diversidad que subyace en la sociedad hace que se siga discriminando a las personas en base a sus diferencias. Para mí, la mera consideración de una jerarquización de los elementos de diversidad como base para la inclusión genera, en sí misma, formas de acción excluyentes.

Incluir supone liberarnos de las palabras, de las categorías a las que hacíamos referencia. Supone perder el miedo para aproximarnos a las situaciones con una mente abierta y basar nuestra acción en la empatía, en la consideración del otro bajo una mirada igualitaria, colocándonos en su en su lugar.

Reservar dos localidades, por lo general en la primera fila, para silla de ruedas en una sala de cine, habilitar un cajero automático o un aparcamiento accesible, de vez en cuando, aunque es un paso hacia la inclusión, no resulta de ninguna manera suficiente. La inclusión, sin duda, pasa por la generación y el diseño de objetos, espacios y servicios que promuevan la inclusión.

La propia experiencia viene demostrando como el desarrollo y diseño de estos objetos, servicios y espacios, si no se hace desde un paradigma inclusivo como es el del “Diseño para Todos” genera sucesivos estados de exclusión.

Bajo esta premisa solo queda un camino para llegar a la meta deseada, la creación de culturas inclusivas, la construcción de políticas inclusivas y el desarrollo de prácticas inclusivas. En definitiva generar mundos en el que todos podamos participar sean cuales fueren nuestras características personales.

El camino de la inclusión no admite otra consideración de la diversidad que aquella que se construye desde un verdadero reconocimiento de la propia individualidad de las personas y del reconocimiento de todos los derechos fundamentales de las personas.

Incluir no se limita a compartir espacios, la clave para una verdadera inclusión es la posibilidad de participación de todos en pie de igualdad y el reconocimiento de la

**Asociación Protectora de Personas con Discapacidad Intelectual de la Cuenca Minera.**



capacidad de elección de todos los que compartimos un marco de referencia cultural, liberados de cualquier prejuicio. No se trata de que unos pensemos en otros sino que todos pensemos en todos.

No existe otro camino que la instauración de un modelo de sociedad basado en el “Diseño para Todos” que aquél que proporcione un marco de referencia que pretenda como objetivo el conseguir que los entornos, productos, servicios y sistemas puedan ser utilizados por el mayor número posible de personas (el ideal sería todas las personas). En definitiva, un modelo de diseño basado en la diversidad humana, la inclusión y la igualdad.

La discriminación que padecen o pudieran padecer las personas con discapacidad tiene dos vertientes fundamentales.

La primera es aquella que sufren las personas directamente y que tiene que ver con los aspectos de sus relaciones sociales teniendo como consecuencia que las personas se sientan infravaloradas, cuando no menospreciadas o invisibles y que afectan directamente al modo en el que se relacionan con otras personas.

El segundo tipo de discriminación es el que afecta a aspectos contextuales que están relacionados con la accesibilidad y el diseño de los entornos, objetos y servicios que usamos con normalidad las personas. Todos aquellos que no permitan la participación igualitaria de todas las personas deberían ser considerados discriminatorios y para hacerlos accesibles tendremos que “adaptarlos” con soluciones que no son universales, por lo que no responderían al paradigma de diseño que debe estar vigente en la actualidad que venimos defendiendo.

A lo largo de la historia, cuando una persona ha tenido dificultades para acceder a un servicio o producto concreto solemos pensar que el problema se sitúa en la persona que presenta las dificultades de acceso cuando, realmente, desde la asunción de este paradigma interpretativo del diseño debiera situarse en el propio producto, entorno o servicio que, en la mayoría de los casos, se ha ideado pensando en un usuario estándar que ya sabemos que, por definición, no existe.

El problema es que, tradicionalmente, los servicios, productos y espacios se han desarrollado sin tener en cuenta la diversidad. Cuando se ha constatado la inaccesibilidad de una parte de la población se ha intentado, a veces sin demasiado éxito, su adaptación, por lo general centrada en aspectos físicos o sensoriales pero ¿que ocurre, por ejemplo, con las limitaciones en el funcionamiento intelectual?.

**Asociación Protectora de Personas con Discapacidad Intelectual de la Cuenca Minera.**



Los productos mal diseñados y los entornos no adaptados, crean inconvenientes en general y pueden llegar a ser obstáculos insuperables para las personas que tengan limitaciones, y transformar su entorno cotidiano en un lugar poco seguro o peligroso.

Un ejemplo evidente de estas dificultades lo tenemos en las que pueden tener, en muchos casos, niños con discapacidad al tener menos posibilidades para jugar no sólo debido a sus limitaciones físicas, sensoriales o psíquicas, sino por razón de que esas limitaciones no suelen tenerse en cuenta en el diseño de los juguetes.

Estos diseños, en ocasiones excluyentes, obedecen a que, por lo general, los propios diseñadores argumentan que tener en cuenta las necesidades de accesibilidad de las personas con discapacidad limitaría la funcionalidad y las posibilidades de juego de los propios juguetes, lo que podría llevarnos a pensar que habría que considerar, incluso, el propio concepto de juguete infantil.

Contrariamente a esto, programas como “Let’s Play,” de la Universidad de Buffalo en Nueva York están colaborando con fabricantes de juguetes, demostrando que juguetes concebidos desde el paradigma del diseño universal aumentan las posibilidades de juego de todos los niños, sean cuales fueren sus características personales. A tenor de esto, con el aumento de su producción se conseguiría un abaratamiento de costos que aumentaría su uso.

La incorporación de principios del diseño universal en los productos del mercado general ha facilitado que muchos de estos puedan ser utilizados por personas con discapacidad favoreciendo su autonomía.

No se puede obviar la complejidad de incorporar los principios de Diseño para Todos a cada producto que sale al mercado. Sin embargo, la tendencia ha de ser tener en cuenta dichos principios para que el producto pueda ser utilizado por un porcentaje, progresivamente, más amplio de personas.

Cada vez son más las empresas que recogen este reto y tienen en cuenta las ventajas de diseñar sus productos bajo este paradigma. Sin duda, ganan sectores de mercado, al incluir a las personas con diversidad funcional como consumidores potenciales.

Los productos que se diseñan pensando en las personas que tienen mayores dificultades para su utilización resultan más fáciles de utilizar para la población general y, por lo tanto, se garantiza una mayor aceptación por parte de todos.

**Asociación Protectora de Personas con Discapacidad Intelectual de la Cuenca Minera.**



La mejora de la situación pasa, sin duda, por un cambio profundo en la concepción de cómo la sociedad debe responder a las necesidades de todos sus ciudadanos, sin exclusión, porque el mayor problema, el peor de los prejuicios es pensar que, actualmente, estamos haciendo lo suficiente.

Parece, por tanto, que no existe otro camino que mirar la vida desde el punto de vista del otro para llegar a comprender la necesidad de cambio porque “el progreso es imposible sin cambio, y los que no pueden cambiar de opinión no pueden cambiar nada.” (George Bernard Shaw). Esa es la idea esencial que debe movernos para llegar a construir una sociedad inclusiva porque, sin lugar a dudas, la mejor manera de predecir el futuro es crearlo.  
Muchas gracias.

**Asociación Protectora de Personas con Discapacidad Intelectual de la Cuenca Minera.**



ISO 9001:2008  
ISO 14001:2004

No.14613/0  
No.01395/0





## **TÍTULO: PROYECTOS TECNOLÓGICOS APLICADOS A LA ATENCIÓN TEMPRANA.**

### **AUTORES:**

**Dr. D. Andrés Mejías Borrero**

Profesor Titular del Departamento de Ingeniería electrónica, de Sistemas Informáticos y Automática de la UHU.

[mjias@uhu.es](mailto:mjias@uhu.es)

**Dña. Ana Isabel Moreno Rosa**

Logopeda CAIT ASPROMIN.

[logopediao3.cait@aspromin.org](mailto:logopediao3.cait@aspromin.org)

**D. Juan Fco. Mancera Pinilla**

Neurofisioterapeuta CAIT ASPROMIN.

[fisioterapia01.cait@aspromin.org](mailto:fisioterapia01.cait@aspromin.org)

### **RESUMEN:**

El empleo de tecnologías de bajo coste en las intervenciones en Atención Temprana permite potenciar las sesiones tradicionales, además de poder convertirse en herramientas para medir la efectividad de esas intervenciones. Desde ASPROMIN se han desarrollado, en su departamento de I+D+i, herramientas y proyectos que demuestran la utilidad y los beneficios del uso de estas tecnologías en Atención Temprana.

**PALABRAS CLAVE:** tecnologías de bajo coste, Arduino, Leap Motion, Myo, Mindwave, integración de tecnologías.

### **1. INTRODUCCIÓN:**

Funciones como la adquisición del desplazamiento autónomo, el control postural, la comunicación y la interacción social están íntimamente unidas al proceso de maduración y desarrollo infantil en sus primeros estadios. En Atención Temprana la intervención se realiza tanto desde una vertiente preventiva como asistencial,

**Asociación Protectora de Personas con Discapacidad Intelectual de la Cuenca Minera.**





potenciando las capacidades de los menores y posibilitando su integración en el entorno.

Como respuesta a los objetivos y modelos de intervención en Atención Temprana, desde ASPROMIN se plantea la necesidad de innovar e investigar en modelos de intervención que optimizaran y potenciaran no sólo el desarrollo del niño, sino que pudieran cubrir algunas de las demandas que la familia y el entorno en el que vive el niño nos hacen.

Teniendo en cuenta esta premisa y la necesidad de investigación que tienen las diferentes disciplinas que concurren en la Atención Temprana, en ASPROMIN se adquirió el compromiso de desarrollar herramientas tecnológicas que redunden en beneficios en el niño. Son numerosos los estudios que hacen referencia a la efectividad y los beneficios que el uso de la tecnología produce como herramienta terapéutica, a través del juego y la práctica ensayo-error.

Acorde a esta demanda de investigación e innovación, ASPROMIN ha apostado claramente por la utilización de tecnología en nuestros programas de habilitación, creando un área de I+D+i, coordinado por el Departamento de Ingeniería Electrónica, de Sistemas Informáticos y Automática de la Universidad de Huelva.

Siguiendo esta línea el Departamento de I+D+i de ASPROMIN ha desarrollado aplicaciones que permitan la interacción con un mundo tecnológico que facilite la autonomía de los niños atendidos y genere intervenciones atractivas y amenas y que profundicen en el aprendizaje motor y cognitivo, así como poder evaluar y optimizar las intervenciones.

Con las herramientas desarrolladas queremos incidir no sólo en la efectividad de las intervenciones y en la obtención de unos mejores resultados, sino también en la practicidad de las mismas en los diferentes entornos en los que vive el niño. Además, la implicación interdisciplinar enriquecerá el modelo de Atención Temprana y nos guiará a unas intervenciones cada vez más efectivas, objetivas, cuantificables y de mayor calidad.

Junto al diseño y aplicación de las diferentes herramientas tecnológicas, nuestra filosofía es generar un interés común, por lo que organizamos tres Jornadas interdisciplinares con el nexo de unión de la investigación y la innovación en Atención Temprana. Estas Jornadas marcaron la organización del *I Congreso Nacional en Atención Temprana. Retos Educativos, Sociales, Tecnológicos y de la Salud en Atención Temprana*, congreso en el que se han expuesto las nuevas tendencias de intervención, así como los resultados generados por investigaciones en este campo.

## 2. OBJETIVOS:



El objetivo principal es generar mediante investigación aplicada soluciones tecnológicas asequibles a problemas concretos en Atención Temprana. Esta investigación se basa en los siguientes principios:

- Desarrollo de herramientas que nos ayuden a llevar a cabo “aplicaciones personalizadas”, partiendo de software libre.
- Uso de hardware de bajo coste de manera simultánea si es preciso: sensores diversos, procesadores, actuadores, etc.
- Disponer de una amplia gama de elementos que podamos combinar para crear nuestras aplicaciones personalizadas.
- Poder desarrollar aplicaciones útiles en un corto espacio de tiempo.

### 3. MATERIALES Y MÉTODO:

Hasta ahora diferentes tecnologías de bajo coste se utilizaban como conjuntos disjuntos, es decir, el desarrollo con cada una de ellas es distinto, y por tanto incluir varias de estas tecnologías en una misma aplicación requería de grandes esfuerzos y conocimientos. Para solventar este problema, se ha buscado desde el departamento de I+D+i desarrollar un entorno software que permita incluir diferentes tecnologías en una misma aplicación final de manera integrada.

Las tecnologías que se están utilizando son las siguientes:

- Plataforma *Arduino*: está formada por un creciente conjunto de tarjetas con capacidades de procesamiento distintas, con entradas y salidas (E/S), analógicas y digitales. El elemento principal es el **microcontrolador** de bajo coste que permite el desarrollo de múltiples diseños.

**Asociación Protectora de Personas con Discapacidad Intelectual de la Cuenca Minera.**



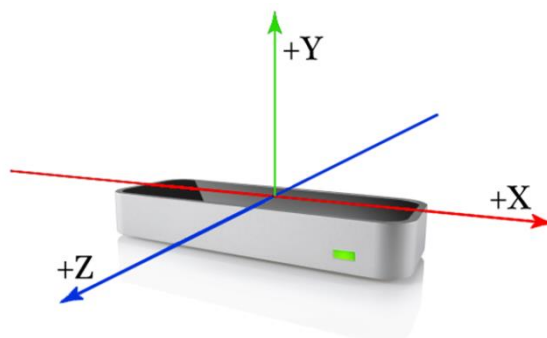
**Figura 1:** Diferentes tarjetas Arduino.

- *Casco MindWave:* Es capaz de leer las ondas cerebrales (bandas EEG delta, theta, alpha, beta, y gamma) con un nivel de precisión considerado como de investigación. Tiene la forma de unos auriculares, muy ligeros y con una autonomía de unas 8 horas de funcionamiento con una pila tipo AAA. La atención y la relajación son calculadas por el circuito electrónico integrado en su interior, valores que podemos leer desde un ordenador. Además, puede detectar parpadeos voluntarios a través de las ondas cerebrales medidas.

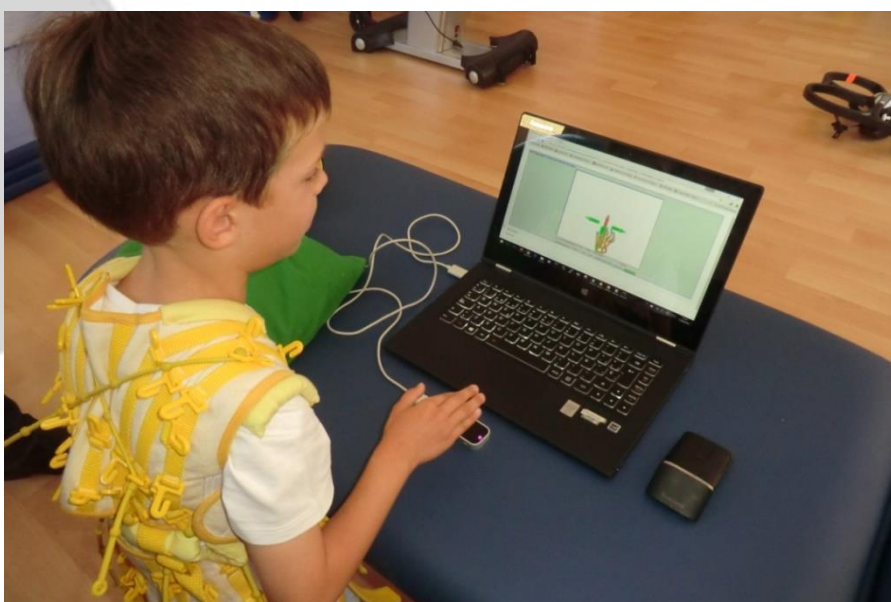


**Figura 2:** Casco MindWave.

- *Leap Motion:* Este sensor es capaz de decirnos en qué posición están las distintas partes de la mano o manos que están situadas sobre él, sin necesidad de contacto físico. Esto permite diseñar una gran cantidad de ejercicios para que el fisioterapeuta trabaje la psicomotricidad fina de las manos, mediante ejercicios que se convierten en juegos para el niño: mover un coche a distancia, un drone, hacer girar un motor en función de la apertura de su mano, etc, etc.

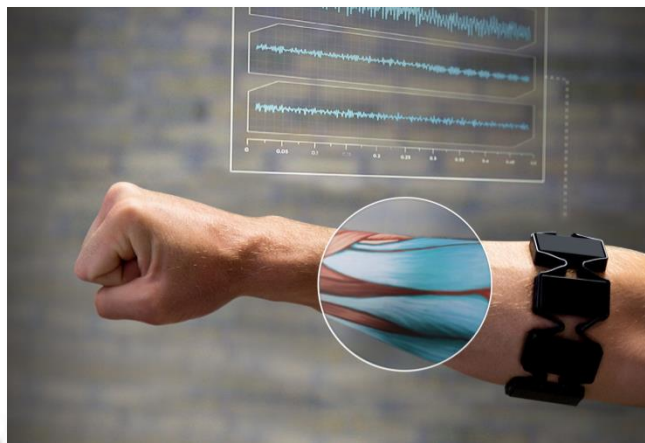


**Figura 3:** Sensor Leap Motion.



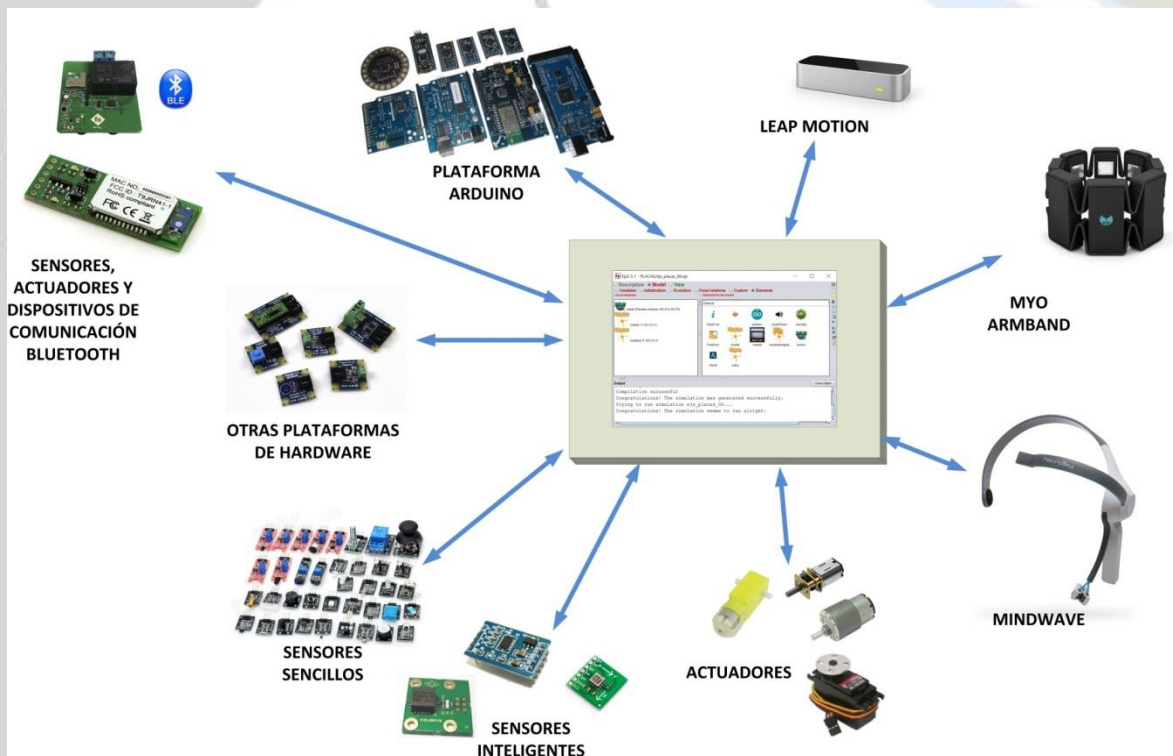
**Figura 4:** Sesión de fisioterapia en ASPROMIN usando el sensor Leap Motion.

- **MYO Armband:** Este dispositivo es capaz de medir mediante sensores electromiográficos la actividad de los músculos del brazo, así como las aceleraciones y giros que se producen en los movimientos. Puede usarse en sesiones de fisioterapia para medir de forma eficiente la actividad muscular del brazo o la pierna en un niño.



**Figura 5:** Sensor MYO.

Todas estas tecnologías se han integrado mediante un entorno de desarrollo común basado en la herramienta *Easy Java Simulations (EJS)*. De esta forma, pueden integrarse aquellos elementos que se necesiten para una aplicación concreta.



**Asociación Protectora de Personas con Discapacidad Intelectual de la Cuenca Minera.**



**Figura 6:** Estructura de software desarrollada sobre la plataforma EJS (integración hardware-software).

#### 4. RESULTADOS

Diferentes proyectos se han llevado a cabo con estas tecnologías. Uno de ellos, que recibió el Premio CEPESA al Valor Social en 2015 se denomina Sistema de Optimización de la Eficacia en la Intervención para Personas con Discapacidad. La idea es usar el casco *MindWave* para medir la atención del niño durante la realización de las intervenciones con un profesional en Atención Temprana. Los objetivos generales que se plantean con este proyecto son:

- Evaluar a partir de sus intereses y preferencias si aumenta o disminuye la atención y relajación.
- Valorar los diferentes tipos de atención, en usuarios sin un lenguaje totalmente desarrollado.
- Evaluar si es favorable intercalar descansos, o presentar actividades donde se mantenga un foco de atención mas estable para favorecer el aprendizaje.
- Conocer que estrategias se deben implantar, modificar o eliminar para aumentar la atención y reducir la ansiedad en cada usuario.



**Figura 7:** Uso en sesiones del casco MindWave en ASPROMIN.

**Asociación Protectora de Personas con Discapacidad Intelectual de la Cuenca Minera.**



MYO Armband: Otro proyecto ha consistido en el uso del brazalete MYO para medir la respuesta muscular de las extremidades de los niños durante una sesión de fisioterapia, de forma que se pueda cuantificar la mejora en el tono muscular.



**Figura 8:** Uso de banda MYO en una sesión de fisioterapia en ASPROMIN.

Leap Motion y Arduino. Estas tecnologías se han utilizado de forma combinada para ejercitar el movimiento de la mano en el niño. Mediante el sensor Leap Motion se detecta un determinado movimiento, como por ejemplo la realización de la pinza con los dedos índice y pulgar, y traducir su amplitud al movimiento de un dispositivo como por ejemplo un motor. Estos ejercicios motivan al niño que puede ver sus progresos de forma directa.



**Figura 9:** Uso combinado de Leap Motion y Arduino en una sesión de fisioterapia (trabajando el movimiento de pinza de la mano) en ASPROMIN.

## 5. CONCLUSIONES

Las tecnologías de bajo coste para enriquecer las intervenciones en Atención Temprana han demostrado de forma práctica su utilidad en ASPROMIN. Su campo de aplicación es amplio, y son los propios profesionales los que, una vez que conocen las posibilidades que tienen, propondrán usos específicos adaptados a las necesidades concretas de los niños. El diseño de un entorno de programación que integra diferentes tecnologías ha ayudado a que el tiempo de desarrollo de una aplicación de este tipo sea mucho menor que con las herramientas existentes hasta ahora.



**TÍTULO: ATENCIÓN TEMPRANA DESDE LAS UNIDADES DE  
CUIDADOS INTENSIVOS NEONATALES. CUIDADO  
INDIVIDUALIZADO DEL DESARROLLO DEL RECIÉN NACIDO Y  
LA FAMILIA (NIDCAP).**

**AUTOR/ ES:**

**Cristina Casado Gómez**

Enfermera Pediátrica. Máster de Educación Especial.

Correo electrónico: [cristina.casadogomez@gmail.com](mailto:cristina.casadogomez@gmail.com)

**Paloma Lozano González**

Maestra especialista en Educación Especial.

Correo electrónico: [palomadelrocio.gonzalez@gmail.com](mailto:palomadelrocio.gonzalez@gmail.com)

Comunicación

**Asociación Protectora de Personas con Discapacidad Intelectual de la Cuenca Minera.**





## RESUMEN:

**Introducción.** La prematuridad es uno de los problemas de salud más prevalentes en la población infantil de los países desarrollados. Entre un 8 y un 10% de los nacimientos ocurren antes de la 37ª semana de gestación y justifican el 75 % de la mortalidad perinatal y el 50% de la discapacidad en la infancia (Pallás Alonso, 2010). Los cuidados centrados en el desarrollo, son cuidados que tienen por objeto favorecer el desarrollo neuropsensorial y emocional del recién nacido (López, Melgar, de la Cruz, Perapoch, Mosqueda, Pallás, 2013). **Objetivo.** Conocer las intervenciones llevadas a cabo en las unidades de cuidados intensivos neonatales para reducir el estrés y promover el desarrollo de los recién nacidos prematuros y/o a término con problemas de salud. **Método.** Se ha realizado una revisión bibliográfica consultando las principales bases de datos en el ámbito de la salud, realizando una búsqueda de revisiones sistemáticas, guías de práctica clínica y artículos originales sobre el tema a tratar. Se incluyeron aquellos artículos de los últimos 10 años, en español e inglés. **Resultados.** Actualmente existen evidencias que apoyan la necesidad de poner en práctica intervenciones de tipo ambiental, conductual e incluso nutricional, con el objetivo de incrementar la comodidad y la estabilidad del neonato, así como reducir el grado de estrés del niño (Sánchez, Guedes, Martos, 2014). Entre ellas, podemos encontrar: control de la luz y el ruido, manejo del dolor, posición y participación de la familia. **Conclusiones.** la aplicación

**Asociación Protectora de Personas con Discapacidad Intelectual de la Cuenca Minera.**





de los Cuidados Centrados en el Desarrollo y en la Familia (CCD) se ha demostrado como una metodología de cuidado que mejora el pronóstico a corto, medio y largo plazo.

#### PALABRAS CLAVE

Prematuridad, NIDCAP, desarrollo, cuidados.

#### INTRODUCCIÓN

Cuando el feto llega al término de la gestación, el crecimiento y el desarrollo del cerebro se da en el contexto de la protección que ofrece la madre, de las perturbaciones ambientales, a través del ambiente uterino donde la temperatura, nutrición y otros sistemas de regulación son provistos en forma constante. El recién nacido pretérmino, en cambio, debe afrontar este crecimiento cerebral en el ambiente de la Unidad de Cuidados Intensivos, completamente distinto del ambiente uterino, siendo la evidencia contundente de que el mismo provoca una sobrecarga sensorial que impacta negativamente en el sistema neurológico en desarrollo (Egan, Quiroga y Chattás, 2012).

La prematuridad es uno de los problemas de salud más prevalentes en la población infantil de los países desarrollados. Entre un 8 y un 10% de los nacimientos ocurren antes de la 37 semana de gestación y justifican el 75 % de la mortalidad perinatal y el 50% de la discapacidad en la infancia (Pallás Alonso, 2010).

**Asociación Protectora de Personas con Discapacidad Intelectual de la Cuenca Minera.**



Entre los supervivientes, hasta el 10% desarrollan posteriormente deficiencias neurológicas y sensoriales mayores, que incluyen alteraciones motoras espásticas, retraso mental, parálisis cerebral (Oskoui, Coutinho, Dykeman, Jette y Pringsheim, 2013), daño visual o auditivo (Leversen et al, 2011), y de un 50% a 60 %, alteraciones cognitivas, de conducta y problemas del aprendizaje (Kinney et al, 2012).

En los últimos años, multitud de estudios exponen avances en la prematuridad y/o bajo peso, siendo los resultados satisfactorios tanto a corto como a largo plazo en lo que se refiere a la morbilidad de los niños, facilitando la supervivencia de una población altamente vulnerable como son los grandes prematuros (Piñero, Pérez-López, Vargas y Candela, 2014). Con todo ello, han aparecido alteraciones en el neurodesarrollo, graves o sutiles, que han producido un aumento de las secuelas discapacitantes (Fernández et al, 1999).

La plasticidad neuronal es un mecanismo importante en el desarrollo y el refinamiento de circuitos cerebrales y se define como la capacidad de una neurona o red neuronal para modificarse funcionalmente o estructuralmente en respuesta a los cambios en su actividad (Piñero et al, 2014). Aprovechar la plasticidad neuronal en estadios precoces es decisivo para optimizar el desarrollo posterior.

La detección precoz de las anomalías del desarrollo permite una intervención temprana que puede modificar favorablemente el futuro del niño que las padece y mejorar su adaptación social y familiar (Torres, Gómez, Medina y Pallás, 2008).

**Asociación Protectora de Personas con Discapacidad Intelectual de la Cuenca Minera.**



Como bien explican los autores, Hernández-Muela, Mulas y Mattos (2004), la Atención Temprana es un término general que describe los programas de intervención terapéutica y educativa, a distintos niveles, dirigidos a niños de 0 a 6 años con problemas en su desarrollo, sus familias y entorno, destinados a prevenir o minimizar las posibles alteraciones o deficiencias ya existentes

La finalidad de la Atención Temprana es facilitar a los niños con discapacidades o con riesgo de padecerlas, y a sus familias, un conjunto de acciones optimizadoras y compensadoras que favorezcan la maduración de todas las dimensiones del desarrollo. La intervención en la población infantil susceptible de sufrir alguna limitación en el proceso de su desarrollo va a ser el mejor instrumento para superar las desigualdades individuales que se derivan de las discapacidades (Mulas y Gracia, s/f).

Dentro del amplio abanico de la Atención Temprana, nos centraremos en la atención del neurodesarrollo, entendiéndose este como un proceso dinámico de interacción entre el organismo y el medio que da como resultado la maduración orgánica y funcional del sistema nervioso, el desarrollo de las funciones psíquicas y la estructuración de la personalidad (Grupo de Atención Temprana, 2000).

Esta atención al neurodesarrollo es base en la atención recibida en la Unidad de Cuidados Intensivos Neonatales del Hospital Universitario 12 de Octubre de Madrid, el cual es pionero en el Programa de Cuidados Centrados en el Desarrollo y la Familia, el

**Asociación Protectora de Personas con Discapacidad Intelectual de la Cuenca Minera.**



cual se conoce como método NIDCAP (Programa de Evaluación y Cuidado Individualizado del Desarrollo del Recién Nacido).

El método NIDCAP, fue creado por la Doctora Als, con el objetivo de evaluar el grado de madurez y competencia de cada niño, para poder cuidar a cada uno como es preciso (López y Pallás, 2014).

El comportamiento del bebé otorga al cuidador la guía para calcular las fortalezas actuales del bebé y los esfuerzos activos para catalizar y estructurar su propio desarrollo. La observación directa del comportamiento del bebé con la deducción de las metas propias del mismo otorga las bases desde donde explorar, con la familia y los cuidadores profesionales, las oportunidades para apoyar los esfuerzos del bebé por lograr la meta y diferenciar capacidades (Als, 2000). Como así confirman las autoras López y Pallás (2014), el NIDCAP considera a los padres como los cuidadores fundamentales del niño.

Estructurar un entorno físico y social contenedor y enriquecedor del sistema nervioso inmaduro del bebé individual y del sentido de capacidad de la familia se convierte en un componente crítico del cuidado en la Unidad de Cuidados Intensivos Neonatales (UCIN) y del cuidado de seguimiento en la casa y la comunidad (Als, 2000).

**Asociación Protectora de Personas con Discapacidad Intelectual de la Cuenca Minera.**



## OBJETIVO

Conocer las intervenciones llevadas a cabo en las Unidades de Cuidados Intensivos Neonatales para reducir el estrés y promover el desarrollo de los recién nacidos prematuros y/o a término con problemas de salud.

## MÉTODO

Se realizó una revisión bibliográfica consultando las principales bases de datos en el ámbito de la salud, realizando una búsqueda de revisiones sistemáticas, guías de práctica clínica y artículos originales sobre el tema a tratar. Se incluyeron aquellos artículos de los últimos 10 años, en español e inglés.

## RESULTADOS

Actualmente existen evidencias que apoyan la necesidad de poner en práctica intervenciones de tipo ambiental, conductual e incluso nutricional, con el objetivo de incrementar la comodidad y la estabilidad del neonato, así como reducir el grado de estrés del niño (Sánchez, Guedes, Martos, 2014). Entre ellas, podemos encontrar:

### ***Control del ruido y la luz***

Como así explican las autoras López y Pallás (2014), el desarrollo sensorial de un niño está determinado por la genética y el medioambiente, y el mismo se presenta en este orden: tacto, sistema vestibular, gusto y olfato, oído y vista. La estimulación sensorial apropiada es necesaria en los periodos críticos de la maduración para un desarrollo óptimo del cerebro y órganos sensoriales.



El sentido de la audición está formado a la semana 20, a la 24 semana los ruidos pueden afectar a la conducta, a la 26 se tienen movimientos de los ojos en respuesta a sonidos, a la 28 es aparentemente maduro, entre la 27 y 35 adquiere la habilidad para distinguir fonemas y con más de 35 semanas responde selectivamente a sonidos y reconoce la voz materna (López, Pallás, 2014). El feto intraútero recibe los sonidos atenuados entre 20 y 50 dB menos por el medio líquido en que se encuentra (Grupo NIDCAP, 2010).

El sentido visual inicia su complejo desarrollo alrededor de las 30-32 semanas de gestación y finaliza a los tres años de edad. Los párpados se encuentran fusionados hasta la semana 24-25 de gestación, y son tan finos que dejan penetrar la luz, aunque los ojos estén cerrados; el reflejo pupilar que regula la entrada de luz en la retina no aparece hasta la 32-34 semanas de gestación (López, Pallás, 2014).

Según las recomendaciones de buenas prácticas que se recoge en el trabajo realizado por el Grupo NIDCAP en el año 2010, *“Cuidados desde el Nacimiento. Recomendaciones basadas en pruebas y buenas prácticas”*, se señalan algunas de las intervenciones para la protección del recién nacido frente a estímulos sonoros y lumínicos en las Unidades de Cuidados Intensivos Neonatales:

- Deberían seguirse las recomendaciones que propone la Academia Americana de Pediatría, siendo como mínimo de 45 dB (10 – 55 dB) y un máximo de 65-70 dB de forma transitoria.



- La colocación de sonómetros en forma de oreja en las paredes de las salas puede ayudar a adecuar nuestro timbre de voz, niveles de alarmas de respiradores y monitores, etc. Es aconsejable que inicialmente se conozca el nivel habitual de ruido para colocar las alarmas lumínicas, y cada cierto tiempo iremos disminuyendo los niveles hasta conseguir lo adecuado.
- Se debe controlar el nivel de ruido interno de las incubadoras. El ruido es menor en incubadora que en cuna térmica, se reduce si la incubadora está cubierta con una manta y no se debe apoyar nada en ella.
- Hay que alejar del niño todos los aparatos que se pueda y sacar fuera de la sala las neveras, ordenadores, historias, etc.
- La disminución de la luz favorece la disminución del ruido.
- Puertas de las salas cerradas y con mecanismos de cierre silenciosos.
- Evitar la exposición a la luz directa. En las manipulaciones en las que se precise alta intensidad lumínica se taparán los ojos del niño.
- Individualizar la exposición a la luz según la madurez y la estabilidad, estableciendo diferentes estrategias para disminuir la intensidad, con cobertores o mantas en las incubadoras y proteger y facilitar el sueño
- Facilitar una transición suave desde el sueño a la vigilia y viceversa; recoger el nivel de tolerancia a la luz de cada niño a través de la observación.



- Medir la intensidad de la luz y ajustarla a las recomendaciones anteriores.
- Proporcionar ritmos circadianos a los mayores de 32 semanas durante una o dos horas, de día y cuando el niño esté preparado.

### **Manejo del dolor**

Los niños prematuros son capaces de sentir dolor, no estando desarrollados los mecanismos para controlarlo, de tal manera que en esta etapa de la vida el ser humano siente mayor dolor ante las agresiones que sufre (López, Pallás, 2014). Dentro de la analgesia no farmacológica, entendida como el conjunto de medidas dirigidas a prevenir o atenuar el dolor leve-moderado sin el empleo de medicamentos (Grupo NIDCAP, 2010), nos encontramos (Sánchez, Guedes y Martos, 2014):

- Posición: La posición prona reduce el dolor y el estrés después de procedimientos invasivos y da estabilidad.
- Estimulación olfatoria y sensorial: El método canguro se ha demostrado eficaz para disminuir el estrés asociado estímulos dolorosos y reduce la respuesta al dolor.
- Masaje: Movimientos rítmicos y repetidos son eficaces para disminuir el dolor, calmando y atenuando el llanto.
- Succión nutritiva y no nutritiva: Mediante chupete o sustancias que incluyen el uso de glucosa/sacarosa oral y lactancia materna.

**Asociación Protectora de Personas con Discapacidad Intelectual de la Cuenca Minera.**



- Disminución estímulos ambientales: La luz brillante y ruidos causan estimulación excesiva al niño, su control puede disminuir la sensación dolorosa.
- Música: Disminuye la respuesta al dolor, especialmente combinada con la succión no nutritiva.

### **Cuidados posturales**

En el recién nacido inferior a las 30 semanas de gestación, su tono muscular es flácido, sus movimientos espasmódicos y sus extremidades estarán en extensión. Aproximadamente hacia las 32 semanas de gestación aparece una discreta flexión de extremidades inferiores y hacia las 34 la flexión completa de éstas. Por otro lado, la posición “mano con mano” ya se da entre las 14 y las 16 semanas de gestación, siendo la posición que ofrece mayor confortabilidad en la unidad neonatal (Vicente, 2011). La enfermera en neonatología, Silvia Vicente (2011), describe las diferentes posiciones en el recién nacido prematuro y las consideraciones a tener en cuenta:

Decúbito supino: no es demasiado cómoda para el bebé prematuro. Es aconsejable colocar las rodillas flexionadas, la cabeza alineada con el cuerpo para evitar fluctuaciones de la presión intracraneal, y los pies dentro de un nido de ropa. Son de ayuda los rulos laterales para prevenir la abducción y rotación externa de caderas. Será opcional un cojín occipital siempre teniendo en cuenta no dificultar la entrada del aire por la vía respiratoria.

**Asociación Protectora de Personas con Discapacidad Intelectual de la Cuenca Minera.**



Decúbito prono: facilita la oxigenación y disminuye el reflujo gastroesofágico. Es aconsejable utilizar un cojín interescapular para evitar la retracción de hombros y favorecer la sensación de abrazo.

Decúbito lateral: es la posición más conciliadora para el bebé prematuro porque permite la exploración del entorno y la actividad mano-boca además de facilitar la flexión; es aconsejable acercar las manos del bebé para evitar la retracción escapular.

### **Participación de la Familia**

Así como se recoge en la *Carta Europea sobre los Derechos de los Niños Hospitalizados* (1986), todos los niños y niñas tienen el siguiente derecho:

*“Derecho a estar acompañado de sus padres o de la persona que los sustituya el máximo de tiempo posible durante su permanencia en el hospital, no como espectadores pasivos sino como elementos activos de la vida hospitalaria”*

Los padres son los protagonistas junto con sus hijos, en el desarrollo de éstos, y potencialmente son los mejores estimuladores (Valle, 1990). Los padres son los cuidadores naturales y serán un apoyo muy valioso para el niño y para el equipo de profesionales; constituyen la piedra angular en la que se cimientan los Cuidados Centrados en el Desarrollo (López, Pallás, 2014). Algunos de los beneficios que se pueden observar de la implicación de los padres en el cuidado de sus hijos durante el ingreso (Grupo NIDCAP, 2010):

**Asociación Protectora de Personas con Discapacidad Intelectual de la Cuenca Minera.**



- Las madres y los padres se sienten mejor y les ayuda a disminuir su grado de ansiedad.
- Mejora el grado de satisfacción de su experiencia en la unidad neonatal.
- Mejora la calidad del vínculo con el niño.
- Beneficia la interacción con el niño.
- Facilita la práctica del método canguro que conlleva efectos de mejora en la estabilidad metabólica y hemodinámica del niño, disminución de infecciones, analgesia y disminución del llanto, mejora la tasa de lactancia y su duración, con todas las ventajas que implica y mejora el desarrollo psicomotor y neurosensorial.

### CONCLUSIONES

Como concluye los doctores Pallás, Valls y Perapoch (2010), la aplicación de los Cuidados Centrados en el Desarrollo y en la Familia (CCD) se ha demostrado como una metodología de cuidado que mejora el pronóstico a corto, medio y largo plazo.

La formación en Atención Temprana de los profesionales sanitarios al cuidado de los recién nacidos, ya sean pretérminos o a término, favorecerá la aplicación de estos cuidados centrados en el desarrollo individualizado y promoverá el óptimo neurodesarrollo, siendo una necesidad real la interacción fluida entre hospital, familia y Centros de Atención Temprana.

**Asociación Protectora de Personas con Discapacidad Intelectual de la Cuenca Minera.**



Para finalizar, como así refiere la Dra. Als, creadora del método NIDCAP, “Todas las experiencias sensoriales tienen un impacto en la actividad neuronal y en el desarrollo de las estructuras cerebrales; las consecuencias serán mayores cuanto más fuertes e inesperadas sean las experiencias vividas, en un momento de máxima vulnerabilidad “. (Als, 1986).

### BIBLIOGRAFÍA

- Als H. (1986). *A synactive model of neonatal behavioral organization: Framework for the assessment and support of the neurobehavioral development of the premature infant and his parents in the environment of the neonatal intensive care unit*. New York: Sweeney JK (ed.),
- Caserío Carbonero, S; Pallás Alonso, C.R. (2009). Seguimiento del prematuro/gran prematuro en Atención Primaria. *Rev Pediatr Aten Primaria*, vol. 11, nº 17, 443-450.
- Domínguez Aurrecoechea, B; del Castillo Aguas, G; García Vera, C; García Pérez, R; Martínez Rubio, A; Mengual Gil, J.M. (2016). Seguimiento en las consultas de Pediatría de Atención Primaria de los grandes prematuros: nacidos con menos de 32 semanas de gestación o menos de 1500 gramos. *Rev Pediatr Aten Primaria*, Vol. 18, 311-6.
- Egan, F; Quiroga, A; Chattás, G. (2012). Cuidado para el neurodesarrollo. *Revista de Enfermería Neonatal*, nº 14, 1-14.
- Federación Internacional NIDCAP. (2012). *Programa de Evaluación y Cuidado del Desarrollo Individualizado del Recién nacido (NIDCAP)*. Argentina: Fundación Alumbrar.
- Fernández, L.A; Jonguitud, A; Ortigosa, E; Barrera, R. H; Martínez, C; Ibarra, M.P; Rodríguez, L. (1999). El neurodesarrollo a los dos años de vida de neonatos



tratados en una unidad de cuidados intensivos neonatales. *Revista Panamericana Salud Pública*, vol. 1, nº 5, 29-35.

- Grupo NIDCAP, PrevInfad, AEPap. (2010). *Cuidados desde el nacimiento. Recomendaciones basadas en pruebas y buenas prácticas*. Madrid: Ministerio de Sanidad y Política Social.
- Hernández-Muela, S; Mulas, F; Mattos, L. (2004). Plasticidad neuronal funcional. *Revista Neurología*, vol.1, nº 38, 58-68.
- Hospital Organisation of Pedagogues in Europe. (2000). Carta Europea sobre el Derecho a la Atención Educativa de los Niños y Adolescentes Enfermos. Barcelona: HOPE.
- Kinney, H.C.; Haynes, R.L.; Xu, G; Andiman, S.E.; Folkerth, R. D.; Sleeper, L.A.; Volpe, J.J. (2012). Neuron deficit in the white matter and subplate in periventricular leukomalacia. *Ann. Neurol*, vol. 3, nº 71, 397-406.
- Leversen, K. T; Sommerfelt, K; Ronnestad, A; Kaaresen, P.I.; Farstad, T; Skranes, J; Markestad, T. (2011). Prediction of neurodevelopmental and sensory outcome at 5 years in Norwegian children born extremely preterm. *Pediatrics*, vol. 3, nº 127, 630-638.
- López Maestro, M; Melgar Bonis, A; de la Cruz-Bertolo, J; Perapoch López, J; Mosqueda Peña, R; Pallás Alonso, C. (2013). Cuidados centrados en el desarrollo. Situación en las unidades de neonatología de España. *Anales de Pediatría*, vol. 81, nº4, 232-240.
- López, M; Pallás, M.R. (2014). Los cuidados centrados en el desarrollo. En J. Piñero; J, Pérez-López; F, Vargas; A.B, Candela (Ed.), *Atención temprana en el ámbito hospitalario* (279-297). Madrid: Pirámide.
- Mulas, F; Gracia, M. (s/f). La Atención Temprana: qué es y para qué sirve. Recuperado de



<http://ardilladigital.com/DOCUMENTOS/EDUCACION%20ESPECIAL/ATENCION%20TEMPRANA%20Y%20DESARROLLO/La%20AT%20que%20es%20y%20para%20que%20sirve%20-%20Mulas%20y%20Milla%20-%20art.pdf>

- Oskoui, M; Coutino, F; Dykeman, J; Jette, N; Pringsheim, T. (2013). An update on the prevalence of cerebral palsy: a systematic review and meta-analysis. *Dev. Med, Child, Neurol*, vol. 6, nº 55, 509-519.
- Pallás Alonso, C.R. (2010). Programa de Actividades Preventivas y de Promoción de la Salud para Niños Prematuros con edad gestacional menor de 32 semanas o un peso inferior a 1.500 gramos. Del alta hospitalaria a los 7 años. *PrevInfad (AEPap)/PAPPS infancia y adolescencia*, 1-37. Recuperado de [http://www.aepap.org/previnfad/pdfs/previnfad\\_menor32-1500.pdf](http://www.aepap.org/previnfad/pdfs/previnfad_menor32-1500.pdf)
- Pallás, C.R; Valls, A; Perapoch, J. (2010). Cuidados Centrados en el Desarrollo Unidades de Neonatología ¿Cuál es su situación en España?. *Ministerio de Sanidad y Política Social*.
- Piñero, J; Pérez-López, J; Vargas, F; Candela, A.B. (2014). *Atención temprana en el ámbito hospitalario*. Madrid: Ediciones Pirámide.
- Sánchez Guisado, M.M; Guedes Arbelo, C; Martos López, I.M. (2014). *Cuidados del neonato prematuro centrados en el desarrollo y la familia*. Almería: Jornadas Internacionales de Investigación en Educación y Salud
- [Torres, M.J.; Gómez, E; Medina, M.C.; Pallás, C.R. \(2008\). Programas de seguimiento para neonatos de alto riesgo. Asociación Española de Pediatría. Recuperado de \[www.aeped.es/protocolos/\]\(http://www.aeped.es/protocolos/\)](#)
- [Valle Trapero, M. \(1990\). Intervención precoz en niños de alto riesgo biológico. \(Doctorado\). Universidad Complutense de Madrid, Madrid.](#)
- Vicente, S. (2011). Cuidados posturales del recién nacido pretérmino en UCI neonatal del Hospital de la santa Creu i Sant Pau. *Desenvolupa*, nº 32, 1-7.



**TÍTULO: COORDINACIÓN INTERSECTORIAL EN ATENCIÓN  
TEMPRANA DESDE EL SISTEMA DE INFORMACIÓN ANDALUZ  
ALBORADA.**

**AUTOR/ ES:**

**Marta Martín Olmos.**

Dirección: Delegación Territorial de Salud, Paseo de la Estación nº 15, 23071 (Jaén).

E-mail: [marta.martin.olmos.ext@juntadeandalucia.es](mailto:marta.martin.olmos.ext@juntadeandalucia.es)

**Susana Moya Fernández.**

Dirección: Delegación Territorial de Salud, Calle Córdoba, nº 4. 29071 (Málaga).

E-mail: [susana.moya.ext@juntadeandalucia.es](mailto:susana.moya.ext@juntadeandalucia.es)

**Rosalía Campuzano Fernández-Colina.**

Dirección: Calle Pintor Zuloaga nº 31, 8º A. 11010 (Cádiz).

E-mail: [rosalia.campuzano.ext@juntadeandalucia.es](mailto:rosalia.campuzano.ext@juntadeandalucia.es)

**Antonio Pons Tubio.**

Dirección: Consejería de Salud. Servicio Sociosanitario y de Participación. Avenida de la Innovación s/n, Edificio Arena 1, 41071 Sevilla.

E-mail: [vantonio.pons.sspa@juntadeandalucia.es](mailto:vantonio.pons.sspa@juntadeandalucia.es)

**M Eugenia Ruiz Chaguaceda.**

Dirección: Calle Punta Umbria, nº 9, 8º 1 CP 21002 (Huelva).

E-mail: [mariae.ruiz.ext@juntadeandalucia.es](mailto:mariae.ruiz.ext@juntadeandalucia.es)

**Asociación Protectora de Personas con Discapacidad Intelectual de la Cuenca Minera.**



## **RESUMEN:**

**Objetivo:** Se pretende visualizar qué se está haciendo en Atención Infantil Temprana (AT) en Andalucía, para acompañar a nuestras familias en estos primeros años de la educación infantil desde los sectores sanitario, social y educativo, con la perspectiva del desarrollo óptimo de las capacidades del niño/a.

**Material y método:** Siguiendo el marco andaluz de AT, apoyado en la potente herramienta de coordinación denominada “Alborada”, es decir el sistema de información de AT en Andalucía, se pueden establecer mecanismos ágiles para el seguimiento de las necesidades de los menores que precisan intervención por presentar un trastorno en el desarrollo y/o riesgo de padecerlo.

**Resultados:** Revisión de las mejoras que se han logrado en esta última década destacando entre otras medidas: el avance normativo, el incremento presupuestario y la red andaluza de Centros de Atención Infantil Temprana (CAIT); así como las actividades que se realizan para favorecer la coordinación intersectorial: Protocolo de Detección en Educación Infantil, Protocolo de Coordinación de Salud y Educación, marcadas por el Decreto 85/2016, de 26 de abril. Y aportando los datos epidemiológicos que podemos obtener del Sistema de Información “Alborada”.

**Conclusiones:** Se destaca la importancia de disponer de un marco normativo en los ámbitos educativo, sanitario y social, que junto con el sistema de información, permitan en Andalucía favorecer el diálogo entre los profesionales implicados desde diferentes sectores en la intervención de los niños y niñas de AT. **Discusión:** Importancia en el registro y cumplimentación de la información de Alborada, así como algunas propuestas de mejora.

**Preferencia de presentación:** formato de presentación oral.



## **TÍTULO: DIAGNÓSTICO PRECOZ DEL SÍNDROME DE X-FRÁGIL Y SU IMPLICACIÓN EN ATENCIÓN TEMPRANA.**

### **AUTORES:**

**Raquel González Villén.** Pediatra EBAP. C.S. Virgen de la Capilla. UAIT.

**Concepción Sierra Córcoles.** FEA Pediatría. Complejo Hospitalario de Jaén.

**Marta Martín Olmos.** Consultora Atención Temprana, Jaén.

**Manuel Moreno Aranda.** Psicólogo Clínico. FEA Complejo Hospitalario de Jaén. UAIT.

e-mail: [manuel.moreno.ssipa@juntadeandalucia.es](mailto:manuel.moreno.ssipa@juntadeandalucia.es)

### **RESUMEN:**

El síndrome del cromosoma X frágil es una enfermedad genética rara que cursa con discapacidad intelectual de leve a grave que puede ir asociada a trastornos conductuales y rasgos físicos característicos.

Diversos estudios estiman que la discapacidad intelectual afecta a un 1-3 % de la población, y en cerca de un 50 % de los casos se desconoce la etiología. La incertidumbre sobre la etiología, y la recurrencia, hacen que la prevención de la discapacidad intelectual presente graves repercusiones de tipo terapéutico, social e incluso económicas. La clave principal es lograr un diagnóstico preciso y precoz. Debido a ello, presentamos este trabajo que expone las características del fenotipo cognitivo/conductual y somático en niños menores de 2 años.

Es necesario una atención multidisciplinar en el conocimiento de este síndrome para su diagnóstico precoz y la aplicación de la terapéutica específica una vez diagnosticado.

**Asociación Protectora de Personas con Discapacidad Intelectual de la Cuenca Minera.**



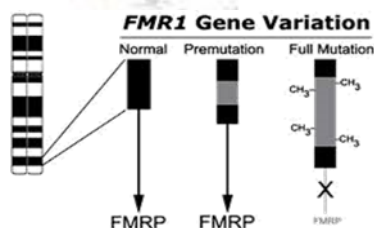
## **PALABRAS CLAVE**

Síndrome de X-frágil, diagnóstico precoz, discapacidad intelectual.

## **INTRODUCCIÓN**

El Síndrome de X- Frágil (SXF), es la principal causa de trastorno hereditario del desarrollo infantil que cursa con discapacidad intelectual. Afecta a 1/2600 RN varones y 1/4000 mujeres. Se establece que entre el 80-85% de las personas afectas aún están por diagnosticar. La edad del diagnóstico tiene un promedio de 37 meses en niños y 44 en niñas.

La causa es una mutación del gen FMR-1 (Expansión de tripletes CGG anómala) que bloquea su funcionamiento de forma que es incapaz de sintetizar la proteína FMRP.



Dentro del SXF existen fenotipos clínicos asociados a la premutación FMR1, como son el Síndrome Ataxia Temblor ligado al X (SFXTAS) y el Fallo Ovárico Precoz (FOP).

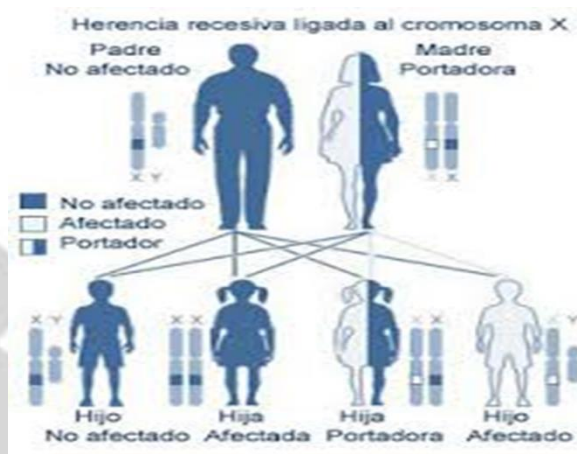
La herencia del SXF ligada al cromosoma X es inestable y no se guía por las leyes de Méndel clásicas, presentando una serie de características que se engloban bajo la “Paradoja de Sherman”:

- El riesgo de tener descendencia con SXF depende del sexo y del fenotipo del progenitor portador.
- Un 20% de varones portadores no expresan ningún tipo de síntoma.
- Una proporción considerable de mujeres portadoras presentan algún tipo de dificultad intelectual.
- No se pueden predecir nuevas mutaciones.

**Asociación Protectora de Personas con Discapacidad Intelectual de la Cuenca Minera.**



-Todas las madres de los varones afectados son portadoras.



### Diagnóstico:

El diagnóstico de este síndrome debe considerarse en todo varón con retraso psicomotor/mental moderado de causa no aclarada, especialmente si presenta los rasgos físicos comunes del síndrome, aunque éstos no son específicos. Es conveniente descartarlo también en toda mujer con retraso mental leve.

En caso de historia familiar positiva para el SXF (especialmente con presencia de varones con retraso mental) es obligado descartar este síndrome, y también es fundamental preguntar sobre los antecedentes familiares sobre: fallo ovárico precoz en mujeres o ataxia, parkinsonismo, atrofia cerebelosa e impotencia sexual en hombres, por si son portadores de la premutación antes comentada. Por lo tanto para el diagnóstico debemos basarnos en seis pilares:

#### -Fenotipo somático:

Macrocefalia, frente prominente, orejas grandes y prominentes, cara alargada y estrecha, prominencia mandibular, nariz ancha. acortamiento del ancho bicigomático,

**Asociación Protectora de Personas con Discapacidad Intelectual de la Cuenca Minera.**



macroorquidismo, estrabismo, displasia del tejido conjuntivo, afectaciones cardíacas y endocrinas, retraso del desarrollo motor.

*-Fenotipo cognitivo-conductual:*

Estereotipias (TEA), contacto visual pobre/ evitación de la mirada, ansiedad y evitación social, rechazo del contacto físico, timidez, conductas obsesivas, buena capacidad de imitación, buena memoria visual y orientación espacial.

*-Antecedentes de retraso cognitivo familiar*

*-Antecedentes de Enfermedad Neurodegenerativa y cognitiva en adultos*

*-Antecedentes de menopausia precoz*

*-Genética molecular*

**OBJETIVOS:**

Describir las características de los fenotipos cognitivos/conductual y somático en niños menores de 2 años.

**MATERIALES Y MÉTODOS:**

Revisión retrospectiva de 38 casos con diagnóstico de SXF durante los últimos 23 años. Variables a analizar: edad, sexo, motivo de consulta, hitos del desarrollo psicomotor, fenotipo cognitivo/conductual, fenotipo somático, antecedentes familiares de discapacidad intelectual, enfermedad neurodegenerativa o fallo ovárico precoz.

**RESULTADOS:**

La edad de primera consulta varió entre los 3 y los 23 meses. Hubo un claro predominio de varones, 10 de los 11 pacientes diagnosticados inicialmente. Los motivos de consulta fueron: retraso psicomotor en siete y antecedentes familiares cuatro.

**Asociación Protectora de Personas con Discapacidad Intelectual de la Cuenca Minera.**



Todos cumplían con el fenotipo cognitivo conductual: retraso cognitivo, hiperactividad, contacto visual pobre y evitación, falta de atención, retraso del lenguaje, estereotipias y rechazo contacto físico.

Tres casos presentaban risas persistentes sin intencionalidad, los cuales eran TEA.

Todos presentaban orejas grandes y prominentes, frente amplia y cara alargada, pero sólo dos de ellos tenían el perímetro craneal en + 2 DE.

Retraso motor todos los pacientes, e hiperlaxitud articular siete pacientes. Un caso estrabismo.

*Respecto a los antecedentes familiares:*

- Antecedentes de retraso cognitivo en los casos índices, en tres de los pacientes.
- Trastorno del espectro autista un familiar.
- Antecedentes de enfermedad neurodegenerativa en adultos de la familia en tres.
- FOP se detectaron cinco mujeres con menopausia entre los 33-40 años y un caso de reserva ovárica reducida.

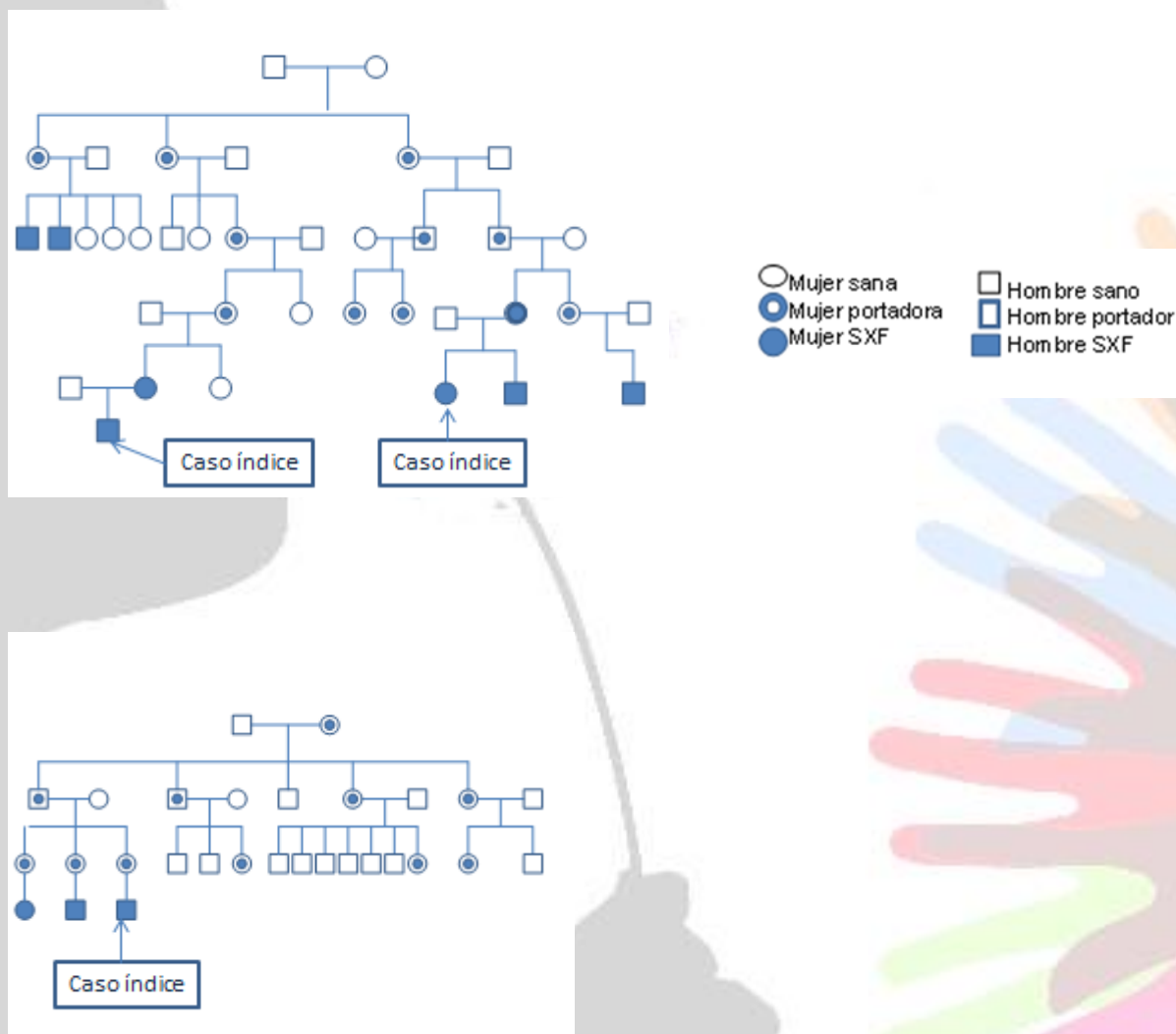
*Estudio genético: el modo de herencia fue el siguiente:*

- Madres Portadoras premutación: 8.
- Madres con mutación: 2 (mutación completa) y 1 (patrón de mosaicismo).
- De los 11 diagnósticos, 3 varones tienen un patrón de mosaicismo

**Asociación Protectora de Personas con Discapacidad Intelectual de la Cuenca Minera.**



## Árbol genealógico



Asociación Protectora de Personas con Discapacidad Intelectual de la Cuenca Minera.



### **CONCLUSIONES:**

El SXF en los primeros años de la vida se manifiesta por un retraso en las adquisiciones de las funciones psicomotoras.

El fenotipo somático al igual que el fenotipo cognitivo/conductual, puede estar presente en los dos primeros años de la vida.

Las características del fenotipo somático en los dos primeros años puede estar focalizado en la forma del cráneo y cara (Frente prominente, orejas prominentes y/o grandes, estrechez del ancho bicigomático), dando a veces un aspecto de falsa macrocefalia y cara alargada.

En el fenotipo somático no siempre encontramos macrocefalia en los primeros dos años de vida, signo relevante que se ha tenido en cuenta en la definición del fenotipo somático, que no obstante puede ir manifestándose conforme avanza su crecimiento

En los últimos tiempos el conocimiento del fenotipo cognitivo/conductual ha sido básico para disminuir la edad de diagnóstico. Creemos que sumar el conocimiento del fenotipo somático nos proporciona la posibilidad de un diagnóstico todavía más precoz. Para la aplicación de un programa de Atención Temprana en un niño con SXF, es fundamental reconocer dicho síndrome e inducir el diagnóstico, para poder hacer hincapié en las áreas más deficitarias, especialmente a nivel cognitivo y del lenguaje, aunque es fundamental la evaluación individualizada debido a la variabilidad interindividual.

**Asociación Protectora de Personas con Discapacidad Intelectual de la Cuenca Minera.**



## **TÍTULO: DISEÑO DE PAUTAS DE OBSERVACIÓN PARA DETECCIÓN PRECOZ DE TRASTORNOS EN COMUNICACIÓN ORAL INFANTIL.**

### **AUTOR/ ES:**

**Teresa-G. Sibón-Macarro**

Dirección: DLL – Facultad de Educación – Universidad de Cádiz  
Campus Universitario de Puerto Real, 11510 Puerto Real (Cádiz)

E-mail: [teresa.sibon@uca.es](mailto:teresa.sibon@uca.es)

### **RESUMEN:**

#### **Objetivos:**

1. Identificar variables de fonética articulatoria y auditiva en los comienzos del desarrollo del lenguaje.
2. Analizar los descriptores para el desarrollo de habilidades comunicativas entre 0-6 años.
3. Consensuar las intuiciones percibidas del análisis con los expertos en atención temprana.

**Material y métodos:** Llevamos a cabo esta experiencia con setenta estudiantes de segundo del grado de Educación Infantil de la Universidad de Cádiz durante el curso 2015/2016. Sus docentes en el primer año de carrera les han aportado el siguiente bagaje en su formación académica: Psicología del desarrollo, Psicología de la educación, Tutoría y familia, Procesos educativos de Educación Infantil, Bases para el desarrollo de la motricidad, Colaboración de las familias en los procesos educativos, Expresión plástica,

**Asociación Protectora de Personas con Discapacidad Intelectual de la Cuenca Minera.**



Observación sistemática y análisis de contextos, Políticas en Educación Infantil, Sociología de la educación.

A través de la elaboración individual de una memoria con la que refresquen estos saberes previos, los docentes implicados en el proyecto procuraban rescatar esos conocimientos previos, salvo que el punto de vista dominante era el desarrollo del lenguaje (lengua materna o segunda lengua).

Estos contenidos están implicados en la selección de ítems que sustentan la identificación y el análisis de los descriptores. Fueron reseñadas tres claves sobre las que cimentar la propuesta, y en torno a las que agrupar las variables: percepción, producción e interacción verbal y no verbal.

Luego, en grupos de dos a tres estudiantes, realizaron un barrido por la red hasta elaborar su propio elenco de descriptores que consideraban recurrentes para el análisis de la fonación con valor comunicativo.

Cualquiera de los integrantes de estos grupos asumía la responsabilidad de grabar un vídeo a un menor de unos cuatro a seis años, del que analizarían no más de dos minutos (con los requisitos legales de privacidad). Antes de la aplicación de su borrador de rúbrica, transcribieron la producción en forma caligráfica, fonológica y fonética; es un medio para despertar la autoevaluación y la revisión de su hipótesis borrador.

**Discusión:** Con la aplicación de los materiales y métodos antedichos, los futuros profesionales de la enseñanza en Infantil se familiarizaban con la identificación de las variables al tiempo que redescubrían el carácter ineludible de abordar un trabajo en equipo: la eficacia se multiplica con la labor de consenso con otros profesionales, sean de educación, sean de salud, sean de política en la actuación precoz.

Sirviéndonos del marco Moodle, este grupo de aula daba visibilidad a su hipótesis, siendo la docente de español quien gestionaba la criba, administraba las pautas y los recursos que ayudaban a descubrir el intrínseco valor interdisciplinar de su quehacer.

**Conclusiones:** Saber formular la pregunta correcta al mejor experto de los posibles es la primera clave del éxito en la intervención precoz. La segunda es desarrollar la capacidad de escucha sobre las bases de una reflexión madurativa. Una tercera base es labrar las fases de esta evidencia sobre procesos de descubrimiento y observación.

**Tipo de comunicación:** Oral.

**Asociación Protectora de Personas con Discapacidad Intelectual de la Cuenca Minera.**



## TÍTULO: EXPLORACIÓN PILOTO DE UN INSTRUMENTO DE EVALUACIÓN FUNCIONAL DEL LENGUAJE

### AUTORES:

Nombre y apellidos: **Ana María de la Rosa Cáceres**

Dirección postal: C/Pío XII, nº11, 1º Derecha. 21500. Gibrleón (Huelva).

Correo electrónico: [delarosacaceres@gmail.com](mailto:delarosacaceres@gmail.com)

Nombre y apellidos: **María Pilar Cáceres Pachón**

Correo electrónico: [pilar.caceres89@hotmail.com](mailto:pilar.caceres89@hotmail.com)

Nombre y apellidos: **José Andrés Lorca Marín**

Dirección postal: Departamento de Psicología Clínica y Experimental, Facultad de Ciencias de la Educación, Campus de «El Carmen», Avenida de las Fuerzas Armadas, S/N.  
21007 Huelva

Correo electrónico: [andres.lorca@dpsi.uhu.es](mailto:andres.lorca@dpsi.uhu.es)

**RESUMEN:**

La intervención mediante Análisis Conductual Aplicado en niños con Trastorno del Espectro Autista (TEA) y otros trastornos generalizados del desarrollo permite desarrollar repertorios verbales funcionales que aumentan significativamente su autonomía en un ambiente eminentemente verbal como el nuestro. El estudio de los aspectos funcionales de *Conducta verbal* comenzó con Skinner (1957), quien delimitó siete operantes verbales que cumplen distintas funciones. El Análisis Experimental del Comportamiento ha permitido desarrollar técnicas de enseñanza incidental para el desarrollo de las distintas operantes (Greer y Ross, 2014). No obstante, hasta la actualidad no se ha encontrado ninguna prueba estandarizada que evalúe el nivel de desarrollo de las operantes verbales en la población infantil hablante de español.

**Objetivos:** El primer objetivo es llevar a cabo una exploración piloto de un instrumento de evaluación funcional del lenguaje en niños con dificultades del aprendizaje. El segundo objetivo es buscar indicios de independencia funcional de las operantes verbales.

**Material y métodos:** Se adaptó el instrumento de Gross, Fuqua y Merritt (2013) a la población infantil hablante de español. Este instrumento evalúa las cinco operantes verbales elementales (ecoica, mando, tacto, intraverbal y escucha). Los estímulos utilizados fueron 20 palabras y sus respectivos dibujos a color conocidos por la mediana de niños de 4 y 5 años hablantes de español según el Test de Vocabulario en Imágenes

**Asociación Protectora de Personas con Discapacidad Intelectual de la Cuenca Minera.**



(TEVI-R) (Echeverría, Herrer y Sègure, 2002). Posteriormente, se aplicó la prueba a dos niños de cuatro y cinco años con dificultades del aprendizaje partiendo de un diseño N=1. Los participantes fueron seleccionados mediante muestreo no aleatorio por accesibilidad entre los usuarios del CAIT ASPROMÍN en Huelva. Tras ello, se realizó un análisis visual de los datos teniéndose en cuenta tres variables: número de ensayos correctos para cada operante, número de ensayos correctos para cada palabra y tiempo invertido en la ejecución de la prueba.

Resultados: Los porcentajes de aciertos de cada operante siguieron la misma tendencia para ambos participantes, presentando de mayor a menor porcentaje de aciertos ecoica, escucha, mando, tacto e intraverbal. Además, los tiempos de respuesta fueron sistemáticamente inferiores para el participante de cinco años.

Discusión y conclusiones: Los resultados aportaron indicios de independencia funcional de las operantes verbales. Se observó que ambos participantes dominaban la operante ecoica y escucha, mientras que estaban en proceso de adquisición de las operantes mando y tacto, y podrían requerir de intervención para desarrollar la operante intraverbal.

En definitiva, este trabajo responde a la demanda de desarrollar un instrumento para evaluar de manera rápida, clara y sencilla las operantes verbales en la población infantil hablante de español, obteniéndose una línea base del grado de adquisición de las operantes verbales en un periodo de aproximadamente 20 minutos. No obstante, aún

**Asociación Protectora de Personas con Discapacidad Intelectual de la Cuenca Minera.**



está en fases de exploración y se propone la utilización del software libre Lince (Gabín, Camerino, Anguera y Castañer, 2012) para realizar un registro más objetivo de los datos.

Palabras clave: *conducta verbal, Skinner, lenguaje, evaluación, niños, dificultades del aprendizaje*

La intervención mediante Análisis Conductual Aplicado (ABA) en niños con TEA y otros trastornos generalizados del desarrollo permite desarrollar repertorios verbales funcionales que aumentan significativamente su autonomía en un ambiente eminentemente verbal como el nuestro. El Análisis Experimental del Comportamiento ha permitido desarrollar técnicas de enseñanza incidental para desarrollar de las operantes verbales a partir del estudio de los aspectos funcionales del lenguaje (Greer y Ross, 2014).

El estudio de los aspectos funcionales del lenguaje comienza con la publicación de *Conducta verbal* de Skinner (1957), quien entendió la *conducta verbal* como *aquel comportamiento que es efectivo o reforzado por mediación de otras personas*. La conducta verbal tiene la potencialidad afectar al ambiente de forma indirecta, a través de la conducta de otras personas (Ribes-Iñesta, 2008). Un ejemplo de conducta verbal sería señalar un vaso de agua o decir “*pásame un vaso de agua, por favor*”, que, aunque no tienen el efecto directo de traer el vaso de agua, sí pueden tener efecto de forma

**Asociación Protectora de Personas con Discapacidad Intelectual de la Cuenca Minera.**



indirecta, por mediación de otra persona que tras escuchar su demanda coja un vaso de agua y se lo dé. Además, Skinner (1957) distinguió entre el comportamiento de un *hablante* y el de un *escucha*, siendo la conducta de uno la que refuerza o media en el refuerzo del otro.

Skinner (1957) también realizó un análisis de los fenómenos del lenguaje como conducta en términos de relaciones funcionales o *causales* que la gobiernan, delimitando siete operantes verbales que cumplen distintas funciones, cuatro de las cuales se consideran relevantes para el desarrollo de las habilidades de comunicación verbal (ecoica, mando, tacto e intraverbal) (ver Tabla 1).

Estas respuestas pueden ser funcionalmente independientes a pesar de tener la misma topografía (Skinner, 1957). Es decir, la habilidad de un sujeto de decir *galleta* cuando ve una galleta (e.g., tacto) es independiente de la habilidad de decir *galleta* cuando está hambriento (e.g., mando) (Sautter y LeBlanc, 2006). Numerosos estudios que prueban la independencia funcional de las operantes verbales en niños con TEA (Finn, Miguel y Ahearn, 2012; Shillingsburg, Kelley, Roane, Kisamore y Brown, 2009).

**Tabla 1**

**Asociación Protectora de Personas con Discapacidad Intelectual de la Cuenca Minera.**



Definición de las funciones verbales elementales. Adaptado de Greer y Ross (2014, pp. 35-36).

| Término                           | Definición                                                                                                                                                                                                                                              | Ejemplo                                                                                                                        |
|-----------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <i>Ecoicas</i>                    | Respuestas oír-decir. Operantes verbales vocales bajo el control de estímulos verbales vocales. Tienen una correspondencia punto por punto y una similitud formal con los estímulos. Se mantienen por reforzamiento automático o de otros tipos.        | El maestro dice <i>galleta</i> y el alumno repite <i>galleta</i> .                                                             |
| <i>Mandos</i>                     | Respuestas que se dan en condiciones de privación o condiciones molestas ante la presencia de un escucha que media en la situación. Las respuestas especifican el reforzador proporcionado por el escucha.                                              | Un niño tiene hambre y dice <i>quiero una galleta, por favor</i> y el maestro le da la galleta.                                |
| <i>Tactos</i>                     | Respuestas ver-decir. Operantes verbales bajo el control de un estímulo de control previo. Pueden ser de respuestas topográficas diferentes y se refuerzan por reforzadores generalizados.                                                              | Un niño ve un avión y dice <i>avión</i> . El padre o la madre contestan <i>sí, es un avión</i> . ¡Qué listo eres! ¡Hace ruido! |
| <i>Secuélicas o intraverbales</i> | Respuestas oír-decir. Operantes verbales bajo el control de estímulos verbales. No tienen una correspondencia punto por punto con estímulos de control verbal y pueden ocurrir como intercambios entre dos hablantes o como parte de una cadena verbal. | El maestro pregunta <i>¿Cómo estás?</i> y el niño responde <i>bien</i> .                                                       |



A pesar de su independencia, las operantes verbales están interrelacionadas, de modo que, una vez establecido el repertorio de mando, éste se puede usar para desarrollar de forma rápida otros repertorios funcionales mediante procedimientos de transferencia del control de estímulos (Coon y Miguel, 2012). Cabe tener en cuenta que *verbal* no sólo significa vocal; más bien, *verbal* se refiere a cualquier topografía (gestos, lenguaje de signos, chasquidos, etc.) que resulte en una *función verbal* (Greer y Ross, 2014).

Desde finales de los años ochenta del siglo XX, los analistas de la conducta empezaron a integrar la teoría de la conducta verbal de Skinner en la *enseñanza incidental*, que consiste en enseñar comunicación más allá del escenario de entrenamiento para evitar los problemas de generalización del lenguaje entrenado a los escenarios habituales del día a día (Greer y Ross, 2014). Esto se logra mediante las *operaciones de establecimiento*, por las que se establecen las condiciones motivacionales de manera natural para crear ocasiones de conducta de hablante (e.g., los niños piden juguetes de una estantería que no alcanzan), aumentando de este modo el número de oportunidades para la enseñanza en el ambiente natural (Carbone, 2013; Shillingsburg, Powell y Bowen, 2013).

El primer objetivo del trabajo es llevar a cabo una exploración piloto de un instrumento de evaluación funcional del lenguaje (ecoica, mando, tacto, intraverbal y escucha) en niños con dificultades del aprendizaje. Las evaluaciones tradicionales del

**Asociación Protectora de Personas con Discapacidad Intelectual de la Cuenca Minera.**



lenguaje se han centrado en las evaluar exclusivamente topografía de las respuestas, información que, aunque es útil para la caracterización de los déficits del lenguaje, no explica su causa, de ahí que la información topográfica por sí sola resulte insuficiente para diseñar intervenciones más eficaces (Esch, LaLonde y Esch, 2010). El segundo objetivo es buscar indicios de independencia funcional de las operantes verbales con el fin de comprobar si determinadas funciones del lenguaje (e.g. mandos) deberían ser enseñadas antes que otras (e.g. intraverbales) (Lerman et al., 2005).

**Método:**

*Participantes:* En el estudio participaron dos niños, de cuatro y cinco años que presentaban dificultades en el aprendizaje sin presentar hándicaps sensoriales auditivos o visuales. Éstos se seleccionaron mediante muestreo no aleatorio por accesibilidad entre usuarios del Centro de Atención Infantil Temprana (CAIT) “ASPROMÍN” en Huelva.

*Estímulos:* Los estímulos utilizados fueron 20 palabras y sus respectivos dibujos a color que son conocidos por la mediana de niños de 4 y 5 años hablantes de español según el Test de Vocabulario en Imágenes (TEVI-R) (Echeverría, Herrer y Sègure, 2002).

*Diseño:* Se utilizó un diseño transversal de N=1 no reversible de línea base múltiple entre participantes. La variable independiente fue orden de administración de las tareas para evaluar las operantes, que tenía dos niveles: en el primer nivel, en la Fase 1 administró la tarea para evaluar ecoica, en la Fase 2 las tareas para evaluar hablante (mando, tacto e intraverbal) y en la Fase 3 la tarea para evaluar escucha; mientras que en el segundo

**Asociación Protectora de Personas con Discapacidad Intelectual de la Cuenca Minera.**



nivel se mantiene la tarea para evaluar ecoica en la Fase 1, pero se invierte el orden de las Fases 2 y 3. Cada participante fue asignado por azar a cada los niveles secuenciales.

Por otra parte, se establecieron tres variables dependientes: el número de ensayos correctos para cada operante, el número de ensayos correctos para cada palabra y el tiempo invertido en la ejecución de la prueba. La variable extraña efecto de aprendizaje se controló aleatorizando el orden de presentación de los estímulos en cada tarea.

#### **Procedimiento:**

Tras la aceptación del consentimiento informado por parte de los padres, se administró la prueba de forma individualizada en el aula y horario habitual de trabajo de los participantes. La prueba administrada es una adaptación de la realizada por Gross, Fuqua y Merritt (2013) y consta de cinco tareas destinadas a evaluar las operantes ecoica, mando, tacto, intraverbal y escucha. Cada una de estas tareas estaba integrada por 20 ensayos, correspondientes a cada uno de los 20 estímulos de la prueba. Se aleatorizó el orden de presentación de los estímulos para cada tarea para controlar los efectos secuenciales. A continuación, un ejemplo de ensayos de las pruebas de evaluación de cada operante.

*Ecoica:* La instrucción que se dio al participante antes de comenzar la tarea fue la siguiente: *En este juego, te voy a decir unas palabras. Quiero que repitas cada palabra después de mí.* Un ejemplo de ensayo sería darle al participante el siguiente estímulo antecedente verbal: *Repite después de mí: patata.* Seguidamente, el participante



respondería diciendo patata en un intervalo de tiempo igual o inferior a cinco segundos para que la respuesta se considerara correcta.

*Escucha:* La instrucción que se dio al participante antes de comenzar la tarea fue la siguiente: *En este juego, te voy a enseñar tres dibujos y luego tienes que señalar el que yo te diga.* Un ejemplo de ensayo sería presentar en una diapositiva tres dibujos (a la izquierda un maíz, en el centro una patata y a la derecha un ojo) y darle al participante la siguiente instrucción: *Señala la patata.* Seguidamente, el participante respondería señalando hacia el centro de la pantalla en un intervalo de tiempo igual o superior a cinco segundos para que la respuesta se considerara correcta.

*Mando:* se pidió al participante que realizara una tarea con los materiales que se le proporcionaban, pero le faltaba un objeto para poder realizarla, de modo que el participante debía pedirlo para poder completar la tarea. La instrucción que se dio al participante antes de comenzar la tarea fue la siguiente: *En este juego, te voy a pedir que hagas una tarea y quiero que la termines. Si te falta algo para hacer la tarea, dímelo y te lo doy.* A continuación, se le daría una instrucción para que completara una tarea. Un ejemplo de ensayo sería proporcionarle al participante un lápiz azul y darle la siguiente instrucción: *Quiero que rodees la patata con el lápiz azul* (el participante tiene el lápiz, pero no el dibujo de la patata). Ante ello, una posible respuesta sería: *Dame la patata o ¿Dónde está la patata?* El participante tenía cinco segundos para iniciar la respuesta y



diez segundos concluirla. Seguidamente, la evaluadora le daría al participante el dibujo de la patata y después el niño completaría la tarea que se le pedía en la instrucción.

*Tacto:* La instrucción que se dio al participante antes de comenzar la tarea fue la siguiente: *En este juego, te voy a enseñar unos dibujos y me tienes que decir el nombre de cada uno.* Un ejemplo de ensayo sería presentarle en una diapositiva un dibujo de una patata y darle al participante la siguiente instrucción: *¿Qué es este dibujo?* Seguidamente, el participante respondería diciendo *patata* en un intervalo de tiempo igual o inferior a cinco segundos para que la respuesta se considerara correcta.

*Intraverbal:* La instrucción que se dio al participante antes de comenzar la tarea fue la siguiente: *Ahora, vamos a jugar a las adivinanzas. Te voy a describir una palabra y tienes que adivinar qué palabra es.* A continuación, la evaluadora leía una a una las definiciones de las 20 palabras de la lista de estímulos. Un ejemplo de ensayo sería leerle al participante la definición de patata: *alimento que se corta en tiras y se fríe y que podemos comer con huevos fritos o con hamburguesas.* Seguidamente, el participante respondería diciendo *patata* en un tiempo igual o inferior a cinco segundos para que la respuesta se considerara correcta.

*Análisis de datos:* Se realizó un análisis visual de los datos teniéndose en cuenta tres variables: el número de ensayos correctos para cada operante, el número de ensayos correctos para cada palabra y el tiempo invertido en la ejecución de la prueba. Estos

**Asociación Protectora de Personas con Discapacidad Intelectual de la Cuenca Minera.**



datos se analizaron en base a los porcentajes de ensayos correctos para cada operante y para cada palabra y el tiempo total empleado en cada tarea.

### **Resultados y Discusión:**

Atendiendo a los resultados obtenidos en la prueba por ambos participantes, se observa que los participantes responden correctamente a algunas de las palabras que se utilizaron como estímulos cuando se evalúan en determinadas operantes, pero no cuando se evalúan en otras. Por ello, a continuación se analizarán los porcentajes de respuestas correctas obtenidos en cada operante de mayor a menor porcentaje de aciertos.

En primer lugar, ambos participantes dan efecto techo en ecoica y obtienen un 96% de aciertos en la tarea de escucha, por lo que ambos dominan las operantes ecoica y escucha. Estos resultados son esperables, pues el desarrollo de ecoica precede al desarrollo de mandos, tactos e intraverbales (Greer y Ross, 2014).

Seguidamente, las operantes que presentan un mayor porcentaje de aciertos vuelven a seguir la misma tendencia en ambos participantes (mando, tacto e intraverbal), pero los porcentajes de aciertos del participante de cinco años en estas operantes son sistemáticamente mayores que los del participante de cuatro años. Además, el participante de cinco años invierte menos tiempo en completar estas pruebas. Estos resultados prueban que el participante de cinco años presenta un mayor dominio de



estas operantes respecto al de cuatro años, al obtener un mayor porcentaje de repuestas correctas en menos tiempo.

Por otro lado, el participante de cinco años domina la operante mando con un 95% de respuestas correctas, mientras que el participante de cuatro años aún estaría en proceso de adquisición de esta operante con un 85% de respuestas correctas. La cuarta operante en la que los participantes presentan un mayor dominio es el tacto. El porcentaje de aciertos en esta tarea es de un 70% para el participante de cuatro años y de un 85% para el participante de cinco años. Al no superar el 90% de aciertos, se concluye que ambos participantes están en proceso de adquisición de la operante tacto.

Por último, la operante en la que ambos participantes presentaron menos aciertos fue intraverbal, que en ningún caso se superó el 50% de respuestas correctas. Por ello, se concluye que ninguno de los participantes ha desarrollado la operante intraverbal y, en consecuencia, podría ser necesario desarrollar esta operante en ambos participantes.

De este modo, en un periodo de aproximadamente 20 minutos se obtiene una línea base del grado de adquisición de las operantes verbales que orienta la línea de trabajo a seguir según las características del menor. En este caso, la línea de intervención iría destinada a desarrollar la intraverbal. Para ello, en primer lugar, sería necesario desarrollar las capacidades para expandir el repertorio de tactos y, en segundo lugar, desarrollar las capacidades intraverbales de la interacción social (Greer y Ross, 2014, pp. 232).

**Asociación Protectora de Personas con Discapacidad Intelectual de la Cuenca Minera.**



En relación al segundo objetivo del estudio, es posible afirmar que estos resultados aportan indicios de la independencia funcional de las operantes verbales tal y como sugirió Skinner (1957) y como posteriormente demostraron Lamarre y Holland (1985). Siguiendo la idea de independencia funcional, el dominio de una operante no garantiza el dominio de las otras. Así, se observa cómo ambos participantes dominan la operante ecoica y escucha, mientras que están en proceso de adquisición de la operante mando, y podrían requerir intervención el desarrollo la operante intraverbal.

En relación a la prueba, sería interesante que esta permitiera conocer de forma objetiva la latencia de respuesta de cada ensayo como indicativo del dominio de las operantes, siendo esperable que a mayor dominio de una operante se reduzcan los tiempos de latencia de la respuesta. Para ello se propone el uso del software libre *Lince* (Gabín, Camerino, Anguera y Castañer, 2012), que permitiría realizar un análisis cualitativo observacional de los ensayos a partir de la grabación en video del proceso de administración de la prueba. La observación de la conducta del evaluador y del menor en cualquier momento y lugar, puede ser útil también llevar a cabo un acuerdo inter-jueces o corregir los errores que pudiera cometer el evaluador durante la administración de la prueba entre otras ventajas. Por ello, se recomienda la utilización de este software en próximos estudios para resolver las limitaciones en cuanto a la medición del tiempo.

En definitiva, el presente trabajo responde a la demanda de realizar estudios para desarrollar un instrumento que permita evaluar de manera rápida, clara y sencilla los



aspectos funcionales de las operantes verbales, y así dar una respuesta rápida a las necesidades de los niños de desarrollar las distintas operantes mediante programas de intervención basados en ABA.

### Referencias:

- Carbone, V. J. (2013). The establishing operation and teaching verbal behavior. *The Analysis of Verbal Behavior*, 29, 45-50.
- Coon, J. T. y Miguel, C. F. (2012). The role of increased exposure to transfer-of-stimulus-control procedures on the acquisition of intraverbal behavior. *Journal of Applied Behavior Analysis*, 45(4), 657-666.
- Echeverría, M., Herrera, M. y Sègure, J. (2002). *Test de Vocabulario en Imágenes (TEVI- R)*. (3ª Ed. rev.). Chile: Editorial Universidad de Concepción.
- Esch, B. E., LaLonde, K. B. y Esch, J. W. (2010). Speech and language assessment: A verbal behavior analysis. *The Journal of Speech-Language Pathology and Applied Behavior Analysis*, 5, 166-191.
- Finn, H. E., Miguel, C. F. y Ahearn, W. H. (2012). The emergence of untrained mands and tacts in children with autism. *Journal of Applied Behavior Analysis*, 45, 265-280.
- Gabín, B., Camerino, O., Anguera, Mª. T. y Castañer, M. (2012). Lince: multiplatform sport analysis software. *Procedia-Social and Behavioral Sciences* 46, 4692-4694.



- Greer, R. D. y Ross, D. E. (2014). *Análisis de la conducta verbal: Cómo inducir y expandir nuevas capacidades verbales en niños con retrasos en el lenguaje*. Madrid: Ed. Grupo 5.
- Gross, A. C., Fuqua, R. W. y Merritt, T. A. (2013). Evaluation of verbal behavior in older adults. *The Analysis of verbal behavior*, 29(1), 85.
- Lamarre J. y Holland J. G. (1985). The functional independence of mands and tacts. *Journal of the Experimental Analysis of Behavior*, 43, 5-19.
- Lerman, D. C., Parten, M., Addison, L. R., Vorndran, C. M., Volkert, V. M. y Kodak, T. A. (2005). A methodology for assessing the functions of emerging speech in children with developmental speech in children with developmental disabilities. *Journal of Applied Behavior Analysis*, 38, 303-316.
- Ribes-Iñesta, E. (2008). Conducta Verbal de B.F. Skinner: un análisis retrospectivo. *International Journal of Psychology and Psychological Therapy*, 8(3), 232-334.
- Sautter R. A. y LeBlanc L. A. (2006). Empirical applications of Skinner's analysis of verbal behavior with humans. *The Analysis of Verbal Behavior*, 25, 35-48.
- Shillingsburg, M. A., Kelley, M. E., Roane, H. S., Kisamore, A. y Brown, M. R. (2009). Evaluation and training of yes-no responding across verbal operants. *Journal of Applied Behavior Analysis*, 42, 209-223.
- Skinner, B. F. (1957). *Verbal behavior*. New York: Appleton Century Crofts.



**TÍTULO: HABILIDADES SOCIALES Y ADAPTATIVAS EN EL  
CONTEXTO NATURAL DEL NIÑOS Y NIÑAS CON TEA.**

**AUTOR/ ES:**

**María Muñoz Reyes.**

Directora de “Autismo Córdoba”.

[dirección@autismocordoba.org](mailto:dirección@autismocordoba.org)

**Miriam Muñoz Torres.**

Terapeuta de “Autismo Córdoba”.

[miriam@autismocordoba.org](mailto:miriam@autismocordoba.org)

**Sandra Ruiz Bustos.**

Terapeuta y responsable de Calidad de “Autismo Córdoba”.

[sandra.ruiz@autismocordoba.org](mailto:sandra.ruiz@autismocordoba.org)

**RESUMEN:**

El trabajo en contextos naturales, entendiendo a estos como los lugares de desarrollo del menor (escuela, casa, parque, etc), adquieren cada vez más relevancia en la intervención con niños y niñas con Trastorno del Espectro Autista. Teniendo en cuenta las dificultades en la generalización de los aprendizajes de las personas con autismo, así como su inflexibilidad, realizar la intervención en el lugar directo donde queremos que se ponga en práctica la habilidad o aprendizaje adquirido adquiere mayor importancia y justificación.

**Asociación Protectora de Personas con Discapacidad Intelectual de la Cuenca Minera.**



En nuestra práctica diaria como Centro de Atención Temprana y donde trabajamos principalmente con niños y niñas con Trastorno del Espectro Autista, observamos el beneficio que supone tanto para el menor como para su familia este tipo de intervención.

Centramos nuestra comunicación en las habilidades sociales y adaptativas, como mejor ejemplo del potencial y enriquecimiento de la intervención en el contexto natural, fomentando la integración de rutinas tanto de cuidado personal como en la comunidad en su día a día, fomentando la autonomía del menor y reduciendo la sobreprotección de los padres. Los menores adquieren pequeñas responsabilidades, como colaborar en el poner la mesa, preparar su ropa para la ducha, ducharse con más independencia, esperar para comer todos juntos, realizar desplazamientos en transportes público, de manera que se crea un clima de mayor colaboración entre todos los miembros de la familia, proporcionándoles mayores momentos para compartir y comprobar las capacidades del niño y niña con autismo.

Otro aspecto a destacar por el beneficio de este tipo de intervenciones es la mayor comunicación con la familia y como se favorece que se detecten nuevos objetivos a trabajar que en un primer momento podrían pasar más desapercibidos. Integrar y contar con los miembros de la familia y personas cercanas como los abuelos, primos, amigos, vecinos, además de padres y hermanos, permite que las habilidades y aprendizajes adquiridos se pongan en práctica con distintas personas, favoreciendo la interiorización del aprendizaje, su generalización y su puesta en práctica de manera más espontánea y autónoma.

Siendo la comunicación social uno de los aspectos diagnósticos y de mayor dificultad para los niños y las niñas con Trastorno del Espectro Autista, intervenimos en la comunidad del menor, con sus amigos, vecinos, fomentando su inclusión, sentirse parte de un grupo, aprender a respetar a los demás, a perder, a escuchar a los demás, a generar juegos cooperativos, a ayudarse, de manera divertida con los niños y niñas con los que juegan en su día a día. Observamos como los menores mejoran en su motivación hacia relacionarse con los demás, encontrándose más seguros y con más recursos para solventar distintas situaciones sociales naturales en los niños y niñas.

Todo este trabajo ve su mayor fruto, cuando el niño o niña con Trastorno del Espectro del Autismo participa en actividades normalizadas, con niños y niñas de su edad, actividades elegidas por ellos, actividades que le motivan y favorecen su desarrollo emocional y su autoestima.

**Preferencia para la comunicación:** escrita (póster)

**Asociación Protectora de Personas con Discapacidad Intelectual de la Cuenca Minera.**





**TÍTULO: LA ATENCIÓN TEMPRANA DESDE UNA  
PERSPECTIVA SISTÉMICA, PROPUESTA DE UN MODELO DE  
INTERVENCIÓN TEMPRANA CENTRADO EN EL SISTEMA.  
HACIA LA BÚSQUEDA DE LA PLENA INCLUSIÓN.**

**AUTOR/ ES:**

**María de los Ángeles Gutiérrez Domínguez.**

Psicóloga en Centro de Atención Infantil Temprana ASPROMIN.

[psicologia03.cait@aspromin.org](mailto:psicologia03.cait@aspromin.org)

**RESUMEN:**

La prevención socioeducativa en la primera infancia se ha convertido en el motor de búsqueda de un modelo en la atención temprana lo más completo, eficiente y eficaz posible cuyo objetivo final es fomentar la evolución personal del niño, reforzar las propias competencias de la familia y promover la inclusión social del niño y su familia. Este interés por encontrar un modelo de atención temprana que se ajuste al máximo a las necesidades del niño y su familia es el que ha marcado la evolución de esta disciplina.

Actualmente estamos en un momento de transición evolutiva de la Atención Temprana como disciplina científica, a caballo entre el presente Modelo de Intervención Centrado en la Familia y un aún no definido modelo más integrador.

Mi intención con esta comunicación es aportar mi granito de arena en la construcción de un nuevo modelo que nos aporte tanto a los profesionales, como al niño y a su familia, herramientas de trabajo que abran nuevas puertas en el camino hacia la plena inclusión y el fomento de la máxima autonomía posible del usuario y su familia.

Con el objetivo final de evitar que el niño caiga en una posible cronificación terapéutica el resto de su vida.

**Asociación Protectora de Personas con Discapacidad Intelectual de la Cuenca Minera.**



Gutiez (2005) señala nuevos modelos teóricos que hoy día tienen implicaciones muy relevantes en la intervención en Atención Temprana siendo el factor común de todos ellos el desarrollo humano como un proceso transaccional:

- Teoría ecológica de Bronfenbrenner (1987).
- Modelo Interactivo de Feuerstein (1980).
- Modelo Transaccional de Sameroff y Chandler (1975).

Mi formación en Terapia Familiar Sistémica me hace plantear la necesidad de tener en cuenta algo más dentro del marco de la Intervención Temprana.

Si tenemos en cuenta que los niños se desarrollan dentro de un contexto que podríamos definir según Bronfenbrenner en: Sujeto  $\leftrightarrow$  Microsistema  $\leftrightarrow$  Mesosistema  $\leftrightarrow$  Exosistema  $\leftrightarrow$  Macrosistema. Cada subcontexto está compuesto por sistemas humanos que interactúan con el niño para favorecer o estancar el desarrollo del mismo. Debemos examinar el sistema más cercano e inmediato al niño, esto es, el microsistema, en el que se encontrarían figuras de crianza (padres, abuelos, tíos...etc.) y la escuela. Sin embargo, son las figuras de crianza directa del niño las que quiero resaltar en esta comunicación.

Los padres, o tutores legales, son quienes (teniendo presente el propio biorritmo del sujeto) marcan de forma inminente el ritmo evolutivo del niño, a través de las pautas educativas que van marcando en su continuo desarrollo. Estas pautas educativas forman a su vez parte del inherente desarrollo evolutivo que han tenido las propias figuras de crianza del niño durante su vida (niñez, adolescencia y juventud). Su capacidad para analizar su propio proceso evolutivo es la que les ayudará a marcar una “coherencia educativa” que favorezca la plena inclusión del pequeño.

El uso de la Teoría del Apego de Bowlby, los patrones de apego de Mery Ainsworth, y la Teoría del Ciclo Vital de la familia, entre otras, dentro de la Atención Temprana como disciplina científica puede ayudarnos a los profesionales a desarrollar planes de intervención mucho más ajustados a las necesidades de los usuarios y sus familias. De esta forma obtenemos un factor de intervención más como es el trabajo reeducativo de las figuras de crianza dentro del contexto natural del desarrollo evolutivo del niño (hogar, escuela, lugares de ocio, comercios, eventos sociales y/o familiares).

El objetivo debe ser avanzar hacia un modelo de intervención que tenga como meta conseguir aprendizajes funcionales y su extensión a todos los planos vitales del niño. El empoderamiento tanto de padres como del resto de agentes de la Intervención



Temprana (familia extensa, profesores...etc.) será esencial para conseguir este resultado.

#### Referencias bibliográficas:

- **García Sánchez, F.A.** “Modelo Integral de Actuación en Atención Temprana”. Departamento de investigación. Universidad de Murcia.
- **Andrés Vilorio, C.** “La atención a la Familia en Atención Temprana. Un Estudio desde la Perspectiva de los Profesionales de los Servicios y Centros de Atención Temprana”. Tesis Doctoral, Universidad Autónoma de Madrid. 2011
- **Lozano, P; Cañete, F** “Una Propuesta de Modelo de Atención Temprana”. Equipo SIDI, Málaga. 2015
- **Gómez, M.F; Hernández Salazar, V; Talou, C.** “Programas de Atención Temprana en el Marco de los Derechos Humanos” III Congreso Internacional de Investigación y Práctica Profesional en Psicología XVIII Jornadas de Investigación Séptimo Encuentro de Investigadores en Psicología del MERCOSUR. Facultad de Psicología - Universidad de Buenos Aires, Buenos Aires, 2011
- **Cañadas Pérez, M.** “La Familia, Principal Protagonista de los Centros de Desarrollo Infantil y Atención Temprana” Universidad Católica de Valencia San Vicente Mártir. 2012

**Asociación Protectora de Personas con Discapacidad Intelectual de la Cuenca Minera.**



ISO 9001:2008  
ISO 14001:2004

No.14613/0  
No.01395/0





## **TÍTULO: LA ATENCIÓN TEMPRANA, UNA PROPUESTA DESDE LA COORDINACIÓN**

### **AUTOR/ES:**

**Marta Delgado Moya**

Centro de Salud. Plaza de la Constitución s/n (Valverde del Camino) Huelva.

[martadel7@hotmail.com](mailto:martadel7@hotmail.com)

**Asunción Moya Maya**

Departamento de Educación. Avda. Fuerzas Armadas s/n (Huelva)

[asuncion@dedu.uhu.es](mailto:asuncion@dedu.uhu.es)

### **RESUMEN:**

La atención temprana es un conjunto de intervenciones sobre la población infantil realizadas por un equipo multidisciplinar. Así, es fundamental que este trabajo sea realizado desde una perfecta coordinación. Es la única manera de conseguir medidas que optimicen el desarrollo de estos niños. En este caso destacaremos la función del pediatra de atención primaria, que en muchos casos es el primero en detectar las necesidades de estos niños y para ello es necesario una formación de calidad no solo a los pediatras de atención primaria, sino a otros profesionales que en muchas ocasiones realizarán esta labor.

**Asociación Protectora de Personas con Discapacidad Intelectual de la Cuenca Minera.**





### Palabras clave

Atención temprana, coordinación, atención primaria.

En el reciente Decreto 85/2016, de 26 de abril, por el que se regula la intervención integral de la Atención Infantil temprana en Andalucía, se define como el conjunto de intervenciones planificadas por un equipo de profesionales de orientación interdisciplinar o transdisciplinar dirigidas a la población infantil menor de 6 años, a la familia y al entorno.

Así como indican Mulas y Milla (2004), la finalidad de la Atención Temprana (AT) es facilitar a los niños con discapacidades o con riesgo de padecerlas, y a sus familias, un conjunto de acciones optimizadoras y compensadoras que favorezcan la maduración de todas las dimensiones del desarrollo. La intervención en la población infantil susceptible de sufrir alguna limitación en el proceso de su desarrollo va a ser el mejor instrumento para superar las desigualdades individuales que se derivan de estas discapacidades.

De acuerdo con las aportaciones de autores como (Perera, 2011; Sánchez-Caravaca, J., & Gil, I. C. (2012); López, P., Nuez, B., & Brandão, S (2004) este objetivo final, no se podrá alcanzar si no lo hacemos y planteamos desde una perspectiva coordinada, desde la actuación global en la atención de estos niños y niñas. Es decir, el sistema sanitario, el sistema educativo y los servicios sociales deben establecer mecanismos de coordinación eficaces en la atención a estos menores y evitar, en todo momento, la posibilidad de

**Asociación Protectora de Personas con Discapacidad Intelectual de la Cuenca Minera.**



fragmentación como consecuencia de la intervención de múltiples agentes. Deben, al mismo tiempo, recoge el citado Decreto, garantizar la continuidad del proceso, haciendo de la detección, derivación, seguimiento y/o intervención los objetivos centrales en la coordinación de la protección de los/as menores de 6 años con trastornos del desarrollo o en riesgo de padecerlos.

Este enfoque global debe iniciarse desde la propia detección y diagnóstico de la necesidad, Mulas y Milla (2004) indican que debe producirse desde una globalidad, debiendo incluir la valoración biomédica, neonatológica, neuropediátrica o de otros especialistas médicos que se requieran, completándose con el análisis que, desde la perspectiva psicológica y pedagógica, debe realizarse de los aspectos emocionales, de la percepción, de la motricidad voluntaria, de la cognición, de la comunicación, de la autonomía personal y de la capacidad de aprendizaje. También se deben analizar los aspectos adaptativos y sociales, conociendo la situación familiar, las variables del contexto del niño y de su entorno social y cultural.

En este caso, aunque resaltamos las actuaciones desde el ámbito educativo y social, como el Decreto recoge, nos vamos a referir al ámbito sanitario.

**Asociación Protectora de Personas con Discapacidad Intelectual de la Cuenca Minera.**



En este ámbito, como indica el Decreto 85/2016, de 26 de abril, por el que se regula la intervención integral de la Atención Infantil Temprana en Andalucía, se realizarán a través de:

- a) Acciones preventivas sobre la población en general, dirigidas a evitar las condiciones que pueden llevar a la aparición de deficiencias o trastornos en el desarrollo infantil.
- b) Acciones dirigidas a la detección, diagnóstico e intervención, sobre la población infantil.
- c) Acciones relativas a la valoración de las necesidades de las personas menores en base a un diagnóstico funcional y a la derivación a los CAIT, que se realizará en las Unidades de Atención Infantil Temprana,

Es importante el nuevo concepto de Pediatría del desarrollo, que está dedicada al proceso de maduración con 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 Pediatría del desarrollo es una parte esencial de la práctica pediátrica que se lleva a cabo en los centros de salud. (Libro Blanco, 2000)

**Asociación Protectora de Personas con Discapacidad Intelectual de la Cuenca Minera.**



Con este objetivo se sigue un protocolo denominado Control del niño sano. Este se desarrolla a través de revisiones periódicas de los niños y niñas, teniendo como fin el control del crecimiento y el desarrollo evolutivo y la prevención de los problemas de salud.

El primer control se realiza a los progenitores a través de los grupos de educación maternal, antes del nacimiento y, posteriormente, se establecen visitas en la primera semana de vida del niño; entre los 15 días y el mes; a los dos, cuatro, seis, 12 y 15 meses; a los dos años, y entre los tres y los cuatro años. Con la ampliación del programa, se incorporan revisiones a los seis; entre los nueve y los 11, y entre los 12 y 14 años.

En las nuevas consultas a partir de los cuatro años, los profesionales sanitarios realizarán controles para determinar si los menores sufren problemas de visión (ambliopía, estrabismo o trastornos de refracción), anomalías en el desarrollo psicomotor y afectivo, déficit de yodo o problemas de salud bucodental

En los mayores de 12 años, el programa se centrará en los riesgos del consumo de tóxicos y alcohol; las relaciones sociales y los riesgos de acoso. Igualmente, en estas revisiones periódicas se facilitará información sobre sexualidad y se analizará el crecimiento físico y desarrollo puberal.

**Asociación Protectora de Personas con Discapacidad Intelectual de la Cuenca Minera.**



Asimismo, se establecen seguimientos específicos a los niños con discapacidad o síndrome de Down y a sus familias, a los procedentes de otros países y a aquellos que presentan algunas enfermedades prevalentes (como fibrosis quística o celiaquía), así como a prematuros de menos de 32 semanas o peso inferior a 1,5 kilos.

Los pediatras constituyen el nivel esencial para la detección y adecuada derivación de los niños hacia los centros de diagnóstico, seguimiento e intervención. En el diagnóstico, solo o en colaboración con los especialistas, el pediatra está en condiciones de realizar un primer enfoque de la situación, contribuyendo a través del conocimiento del niño y de la familia a establecer o descartar la presencia de alteraciones.

Para valorar adecuadamente al niño existen métodos de observación y de screening objetivos suficientemente contrastados que se pueden utilizar en la práctica diaria. Deben valorarse y conceder especial importancia a los datos de observación que ofrece la familia, que conoce al niño y está en contacto con él diariamente. (Libro Blanco ,2000)

Pero no podemos dejar en exclusiva esta función a un perfil diagnóstico, sino preventivo, por lo tanto, la AT, desde el punto de vista de prevención primaria, se inicia con actividades dirigidas a limitar la posibilidad de presentar riesgo. Sobre la base de ese concepto, la AT tiene un carácter universal y abarca todas las actividades que se realicen

**Asociación Protectora de Personas con Discapacidad Intelectual de la Cuenca Minera.**



con la población menor de seis años por cualquier profesional que tenga contacto con la misma.

Una vez detectado el trastorno, se realizan actividades de forma integral y en coordinación entre los diferentes profesionales y sectores que se relacionan con los menores y las menores y sus familias.

Quisiéramos detenernos a reflexionar sobre el momento de transmitir la información a la familia, ese que las familias en ocasiones lo recuerdan como “el peor momento de su vida” Como indica Pons (2013), son esenciales todos los aspectos que rodean a la noticia, lugar, lenguaje, conocimiento previo del hijo, familiares que le acompañaban, empatía del profesional que la comunica, son modificables, mediante cambios en la aptitud y actitud de los profesionales. En concreto este pediatra, indica una serie de consejos al respecto:

- Contar con espacio o sala adecuada para esta tarea que debe asegurar unas condiciones de dignidad, intimidad y tranquilidad permitiendo que compartan sus sentimientos sin ser molestados. Por otra parte, debería tener condiciones para que la familia pueda permanecer un tiempo después de recibir la noticia.
- Procurar que los dos padres estén presentes y algún otro familiar o persona de entera confianza de la familia.

**Asociación Protectora de Personas con Discapacidad Intelectual de la Cuenca Minera.**



- Transmitirles que no se encuentran solos. Poner rostro y nombres a las personas que en adelante proporcionarán apoyo. Tener una persona de referencia en los contactos es esencial.
- Se deben tener en cuenta las características del entorno familiar: capacidad para afrontar y emocional, capacidad de resolución de problemas, nivel económico, social... y, en cualquier caso, transmitir el mensaje con un lenguaje sencillo.
- Tener en cuenta la importancia de la comunicación no verbal del profesional y prestar atención a los signos de comunicación no verbal de la familia.
- Los profesionales ofrecerán a las familias de manera sencilla y comprensible, en el momento que lo demanden, la información de que disponga sobre las causas del proceso identificado.
- Se deberá manejar un pronóstico previsible y veraz, priorizando las necesidades y apoyándose en las oportunidades, teniendo en cuenta que la evolución es muy diferente de unos niños a otros.
- Realizar un *feedback* sobre el nivel de comprensión de la familia sobre la información aportada.
- Dar tiempo a las familias para que tomen sus propias decisiones.
- Concretar los apoyos a realizar, de acuerdo a la red social de la familia afectada.
- Informar y acercar los servicios disponibles a su alcance, para que la sensación de acompañamiento sea real.

**Asociación Protectora de Personas con Discapacidad Intelectual de la Cuenca Minera.**



- Facilitar información sobre la presencia de familias que hayan pasado por la misma situación con el objeto de guiar, acompañar y orientar desde la experiencia vivida
- Respetar las fases habituales por las que pasa la familia ante la presencia de pérdida de salud, a la vez que se realiza el trabajo de adaptación. Incorporar elementos de esperanza y gestión positiva.

En caso necesario, los pacientes serán derivados a un Centro de Atención Temprana. Es allí donde se diseñan actividades integrales, que involucran a los profesionales, los menores y sus familias. Es importante que las familias estén presentes en las sesiones que reciben los niños y niñas. De esta forma, fuera de las sesiones, los padres pueden continuar estimulando a su hija o hijo.

La atención primaria (AP) es, habitualmente, la puerta de entrada al sistema sanitario. Constituye el recurso más accesible y cercano a la población. En el caso de la Pediatría de AP, permite el contacto no solo con la población específica a la que está dirigida la atención (menores de 14 años) sino a su familia nuclear y, cada vez más frecuentemente, a su familia extensa. Su actividad se desarrolla en el entorno cercano de menores y familia, por lo que es conocedora de los recursos existentes en su área y de las redes sociales existentes, fundamentales en la población que nos ocupa.

**Asociación Protectora de Personas con Discapacidad Intelectual de la Cuenca Minera.**



Pero estamos de acuerdo con Pons (2013) en que no siempre esta detección se producen en el tiempo y momento adecuada, este pediatra les llama “trampas que retrasan el diagnóstico” y entre estas indica:

- Algunas expectativas de los padres, que no siempre detectan signos de alertas en el ámbito cognitivo, estos signos no siempre son visibles ni para la familia ni para el pediatra.
- Una segunda “trampa” se debe a que los profesionales estamos más formados en la valoración del área motora que en otras áreas del desarrollo. Sin embargo, la valoración normal del área motora no indica competencia en el resto de áreas.
- Por otro lado, no siempre los médicos están familiarizados con el desarrollo del lenguaje y sus diversos trastornos. La formación en los prerequisites del lenguaje favorecería una detección mucho más precoz de estos trastornos.
- El seguimiento debe ser continuo. Aunque durante los primeros meses de vida se van a detectar, como norma general, los trastornos graves motores y sensoriales, será más adelante cuando aparecerán los trastornos cognitivos, de comunicación, lenguaje, etc.

Otro elemento que añadimos es la falta en ocasiones de formación en aspectos no tan médicos, pudiendo pasar desapercibidos algunos indicadores que sin tener una base

**Asociación Protectora de Personas con Discapacidad Intelectual de la Cuenca Minera.**



física si dan lateas sobre posibles problemas como es el caso de TDAH, autismo... o al contrario.

Para que este diagnóstico y su estimulación sea adecuada, será esencial que realmente asumamos y realicemos una Coordinación entre ámbito sanitario, educativo y de servicios sociales, no solo de servicios sino de profesionales.

Se está realizando un protocolo de Coordinación entre las Consejerías competentes en materia de salud, educación y políticas sociales para el desarrollo de la atención temprana, se está desarrollando comisiones Comisión Técnica de Atención Infantil Temprana, que será la encargada de estipular el contenido y las obligaciones del mismo, serán propuestos por el Consejo de Atención Infantil Temprana y aprobados mediante Orden conjunta de las Consejerías competentes en materia de salud, educación y políticas sociales.

Pero es necesario seguir investigando y creando herramientas que puedan facilitar alcanzar ese objetivo de futuro (García Sánchez y cols., 2003) y modelos de coordinación de recursos para poder llegar a toda la población infantil y aunque las investigaciones en este tema se refieren a parámetros relacionados con etiología, programas preventivos, interacciones padres/hijos...(Sánchez 2005), esta línea es esencial, no queremos olvidar que la prevención de la discapacidad infantil es la mejor manera de luchar contra ella. Esta es una preocupación constante de las unidades neonatales donde se trata a niños con riesgo de padecerla.

**Asociación Protectora de Personas con Discapacidad Intelectual de la Cuenca Minera.**



Por otro lado, será esencial una mayor formación del profesional de la medicina para que realice un diagnóstico lo más preciso posible de estas situaciones y de estos niños y niñas destinatarios de la atención temprana. Pero no solo de los profesionales de la pediatría, sino de los profesionales de la medicina en general. Hay que tener en cuenta que son múltiples las consultas de pediatría que son atendidas por médicos especialistas de medicina familiar y comunitaria. Y es que, la preparación de los profesionales que participan en la AT implica tanto la formación en una disciplina específica como en un marco conceptual común a todas ellas que debe tener su propio espacio de desarrollo a través de la reflexión y el trabajo en equipo. La elaboración de planes regulares de formación y la exigencia de experiencia profesional supervisada y continua es una condición sine qua non para la organización de servicios cualificados de AT, al nivel adecuado a su responsabilidad. (Libro Blanco de Atención Temprana, 2000)

La formación permanente del personal que puede realizar detección de las situaciones de riesgo y signos de alerta de trastornos en el desarrollo es fundamental, al tratarse de aspectos de la pediatría todavía mal conocidos. Es importante la detección precoz de anomalías o desviaciones del desarrollo y promover las adecuadas actuaciones que faciliten un óptimo desarrollo. El equipo de Pediatría tiene asignada la tarea de dar pautas y aconsejar a la familia sobre las actitudes más favorecedoras para el desarrollo del niño. Actualmente no se puede aceptar la actitud de “esperar a ver qué ocurre” o a que “el niño tenga síntomas claros” ya que está demostrado que una actuación

**Asociación Protectora de Personas con Discapacidad Intelectual de la Cuenca Minera.**



temprana, cuando la patología no se muestra definitivamente establecida, puede favorecer un óptimo desarrollo y una mayor autonomía personal.

### Referencias bibliográficas

Federación Estatal de Asociaciones de Profesionales de de Atención Temprana, G., & Legal, D. (2000). Libro blanco de la atención temprana. *Documento*, 55, 2000.

García Sánchez, F.A. (Coord.) y cols. (2003). Criterios de Calidad Estimular. Para niños de 0 a 3 años. Murcia: Dirección General de Familia y Servicios Sectoriales. Consejería de Trabajo, Consumo y Política Social.

López, P. Nuez, B., & Brandão, S. (2004). Manual de atención temprana. Madrid: Pirámide.

Mulas, F., & Millá, M.G. (2004). La Atención Temprana: qué es y para qué sirve. *Summa Neurológica*, 1(3), 31-34.

Mulas, F., & Romero, M. G. M. (2005). *Atención temprana: desarrollo infantil, diagnóstico, trastornos e intervención*. Promolibro.

Perera, J. (2011). Atención temprana: Definición, objetivos, modelos de intervención y retos planteados. *Revista Síndrome de Down: Revista española de investigación e información sobre el Síndrome de Down*, (111), 140-152.

**Asociación Protectora de Personas con Discapacidad Intelectual de la Cuenca Minera.**





Perera, J. (2011). Atención temprana: Definición, objetivos, modelos de intervención y retos planteados. *Revista Síndrome de Down: Revista española de investigación e información sobre el Síndrome de Down*, (111), 140-152.

Pons, A. (2013). El pediatra de Atención Primaria una figura necesaria en la Atención Temprana. *Rev Pediatr Aten Primaria. Supl.* 2013;(22):11-9.

Publicado en Internet: 03/06/2013

Sánchez, F. A. G. (2005). Líneas de investigación en Atención Temprana. En M.G. Millán y F. Mulas (Coords.), *Atención Temprana. Desarrollo Infantil, trastornos e intervención*, 819-842. Promolibro.

Sánchez-Caravaca, J., & Gil, I. C. (2012). Aplicación de programas de atención temprana siguiendo un modelo educativo. *Educación en Revista*, (43), pp33-48,

**Asociación Protectora de Personas con Discapacidad Intelectual de la Cuenca Minera.**



ISO 9001:2008  
ISO 14001:2004

No.14613/0  
No.01395/0





## **TÍTULO: LA CAJA DE ESTIMULACIÓN MULTISENSORIAL COMO UN RECURSO PARA LA ATENCIÓN TEMPRANA EN LA LIMITACIÓN DE LA MOVILIDAD.**

### **AUTOR:**

José Antonio Vela Romero

[mjose.vela@dedu.uhu.es](mailto:mjose.vela@dedu.uhu.es)

### **RESUMEN:**

Presentamos las cajas de estimulación multisensorial como recurso para la atención temprana y los resultados de su implementación para con el desarrollo de una alumna de infantil de 3 años con limitación de la movilidad por parálisis cerebral, desde un planteamiento inclusivo, por lo que el estudio se realizará en su contexto natural escolar, el aula ordinaria; todo ello dentro del proyecto de creación de recursos para la atención a la diversidad Inclurec.

Palabras clave: limitación de la movilidad, atención temprana, estimulación multisensorial.

### **1.- Introducción**

La diversidad funcional está presente en educación infantil, es en estos primeros años tanto para el primero como para el segundo ciclo de educación infantil, donde la atención temprana y la intervención precoz juegan un papel fundamental para constituir

**Asociación Protectora de Personas con Discapacidad Intelectual de la Cuenca Minera.**



las bases de un desarrollo equilibrado y que posibilite una incorporación a la educación primaria adecuada y un desarrollo apropiado en futuras etapas del alumno/a en el sistema educativo. Esta importancia se debe a que en la etapa de infantil se producen cómo plantean Ibáñez y Mudarra (2014) la configuración inicial del sistema nervioso y la maduración de los sistemas sensoriales que permiten captar los estímulos ambientales.

Abordaremos la diversidad funcional por limitación de la movilidad y la atención temprana en un todo y la utilización de las cajas de estimulación multisensorial como un recurso apropiado para la estimulación de los diferentes aspectos implicados y los resultados obtenidos en su utilización en un caso concreto.

## **2.- Diversidad funcional por limitación de la movilidad y atención temprana**

El caso que nos ocupa es el del alumnado con diversidad funcional por limitación de la movilidad, comúnmente conocido como alumnado con discapacidad motriz o motórica.

Podemos definir la diversidad funcional como “la diferencia de funcionamiento de una persona al realizar las tareas habituales (desplazarse, leer, agarrar, ir al baño, comunicarse, relacionarse, etc) de manera diferente a la mayoría de la población”. (Foro de Vida Independiente, (Romañach & Lobato, 2005).

La diversidad funcional por limitación de la movilidad afectaría a estas capacidades motrices que permiten, aplicado al terreno escolar, la interacción y la consecución de diversos aprendizajes de vital importancia, dado el carácter psicomotriz,

**Asociación Protectora de Personas con Discapacidad Intelectual de la Cuenca Minera.**



interactivo y manipulativo del momento evolutivo en el que se encuentran los niños y niñas. Debido a ello la atención temprana juega un papel fundamental en estas etapas, podemos definir la atención temprana como

*“...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 ser consideradas la globalidad del niño, han de ser planificadas por un equipo de profesionales de orientación interdisciplinar o transdisciplinar”.*

Grupo de Atención Temprana-GAT, 2005, p. 14

Si nos centramos en las implicaciones a nivel motriz, las causas pueden ser prenatales (enfermedades durante el embarazo), perinatales (problemas durante el parto) o posnatales (traumatismo). Como plantea Fernández Batanero (2015) las características de los alumnos/as con limitación de la movilidad en infantil serían:

- Incapacidad para mantener la atención durante un período largo de tiempo.
- Distracciones constantes tanto por los estímulos visuales, auditivos.
- Dificultades en la percepción como consecuencia de esas distracciones visuales y auditivas.
- Dificultades en la disociación, con problema para ver las cosas como un todo, captando antes de las partes.

**Asociación Protectora de Personas con Discapacidad Intelectual de la Cuenca Minera.**



- Dificultades en la percepción figura fondo.
- Perseverancia, tendencia a continuar una actividad sin que se complete.
- Alteraciones en imagen corporal y concepto de sí mismo.
- Inestabilidad en el rendimiento, pudiendo dar la sensación de que han perdido conocimientos de un día para otro, esto se debe a fallos en la comprensión e interacción.
- Discordancia en los rendimientos, con importantes diferencias entre la psicomotricidad fina y gruesa.

Como podemos observar, la descripción que hace Batanero de las diferentes dificultades afectan a los prerequisites básicos de los diferentes aprendizajes de la lectoescritura, que será en la etapa de Educación Primaria uno de los principales objetivos que permite el acceso a los aprendizajes en las distintas áreas, Delgado y Sancho (2014) identifican los siguientes prerequisites:

- Desarrollo de la motricidad
- Procesos cognitivos
- Habilidad y destreza de lenguaje oral
- Conciencia fonológica

Como podemos observar existe una línea que vincula de forma coherente y clara los principales prerequisites para la lectoescritura, así como las dificultades que plantean los alumnos con limitación de la movilidad. Ante estas dificultades vinos

**Asociación Protectora de Personas con Discapacidad Intelectual de la Cuenca Minera.**



necesario establecer una respuesta para paliar las consecuencias de las limitaciones en estos alumnos/as.

### **3.- Caja de estimulación multisensorial y atención temprana**

El recurso utilizado en la investigación es la caja de estimulación multisensorial, el presente recurso ha sido elaborada a través del “Proyecto Inclurec”, cuyo objetivo es la construcción y adaptación de recursos para la atención a la diversidad, desarrollando en la Universidad de Huelva por la profesora Doctora Asunción Moya Maya, donde en colaboración con los centros educativos, se crean recursos de bajo coste para un alumno/a en base a unas características concretas.

Estas cajas de estimulación multisensorial toman como base los principios desarrollados en el modelo de estimulación multisensorial basal, desarrollado por Andreas Frölich en la década de los 70, este modelo de intervención se base en la teoría constructivista y la neurofisiología, y pretende el desarrollo integral de la persona, se trata en esencia, de un concepto de intervención global donde lo importante es el posicionamiento a la hora de la intervención ante la persona afectada. En esta línea se desarrollan también las experiencias de salas de estimulación multisensorial Snoezelen, el concepto de estas salas, nace en Holanda como iniciativa para estimular a personas con discapacidad psíquica y se ha ido extendiendo para su uso ante cualquier tipo de dificultad.

**Asociación Protectora de Personas con Discapacidad Intelectual de la Cuenca Minera.**



La estimulación multisensorial implica la estimulación a través de una combinación de estímulos para los diferentes sentidos (tacto, oído, vista, olfato, vestibular, propioceptivo, etc.).

Las cajas de estimulación multisensorial (ilustración 1) están compuestas por subconjunto de recursos que incluyen elementos para la estimulación del tacto, especialmente para el desarrollo de la psicomotricidad fina; el desarrollo del olfato, con tarros de esencias y juegos de asociación y finalmente diferentes elementos sonoros para su utilización en juegos (imagen 1).



Ilustración 1: Cajas de estimulación multisensorial

Aunque la composición pueda variar, se siguen los principios para la estimulación de los diferentes sentidos antes descritos, en base a los principios del modelo de estimulación basal. La investigación realizada gira en torno al uso de una de dichas cajas con unos parámetros y principios metodológicos concretos.

#### 4.- Diseño de investigación

##### a) Objetivos de la investigación

**Asociación Protectora de Personas con Discapacidad Intelectual de la Cuenca Minera.**



El objetivo de nuestra investigación es comprobar los efectos de la utilización en un contexto de aula ordinaria de la caja de estimulación multisensorial para el caso de una alumna concreta y su integración en el grupo clase, desde los planteamientos de una escuela inclusiva.

#### b) Población

La investigación está centrada en el caso de una alumna concreta, en el contexto de un aula de segundo ciclo de Infantil (3 años) de un colegio de Infantil y Primaria con 30 alumnos/as. Se trata de una alumna con parálisis cerebral, a nivel cognitivo la alumna presenta dificultades en la percepción, atención y memoria; a nivel motor, diferenciamos, en relación a la psicomotricidad gruesa, planté afectación en los miembros superiores e inferiores, con una marcha deficiente; a nivel motor fino, tiene dificultades en la coordinación óculo-manual y digital con hipotonía en su mano predominante (derecha) que dificulta las diferentes tareas manipulativas, así como en general inestabilidad en el rendimiento.

#### c) Metodología e instrumentos de investigación

A la hora de afrontar el diseño metodológico, dada la singularidad e individualidad de caso, hemos apostado por una metodología cualitativa, este tipo de metodología es aquella que: “realiza registros narrativos de los fenómenos que son estudiados mediante técnicas como la observación participante y las entrevistas no estructuradas” (Fernández y Pértegas, 2002). Los planteamientos de la misma se

**Asociación Protectora de Personas con Discapacidad Intelectual de la Cuenca Minera.**



adecuan perfectamente a los objetivos de nuestra investigación dado el contexto de aula y la implicación de los profesionales que intervienen en el uso de la caja de estimulación.

La metodología a desarrollar ha sido la siguiente: a través de mi labor como profesor de apoyo a la integración, este recurso se ha puesto en práctica con una periodicidad de tres sesiones semanales a lo largo de tres meses, lo cual hacen un total de 36 sesiones, integrando el recurso de la caja de estimulación multisensorial en los diferentes rincones de trabajo, bajo la modalidad de apoyo en aula ordinaria. El recurso ha sido utilizado de forma conjunta por todos los alumnos/as que participaban dentro de la metodología de trabajo por rincones, planteando actividades tanto individuales como de interacción guiada.

Como instrumento de investigación, se ha utilizado una escala de observación sistemática. La escala de observación sistemática, diseñada para la profesora tutora, consta de una serie de ítems (1=regular, 2=bien, 3=bastante bien, 4=excelente) centrados en tres ámbitos fundamentales: desarrollo de los sentidos y capacidad de básica propuestas y los referentes a los aspectos relacionales que se han desarrollado entre la alumna y sus compañeros/as, focalizada dicha interacción en torno a la caja de estimulación multisensorial en los diferentes rincones de trabajo, bajo la modalidad de apoyo en aula ordinaria. Se ha aplicado una periodicidad de registro semanal, por lo que contamos con 12 registros.

**Asociación Protectora de Personas con Discapacidad Intelectual de la Cuenca Minera.**



La caja de estimulación multisensorial estaba compuesta por los siguientes recursos, que tomando como referencia el modelo de estimulación multisensorial organizados en base a los sentidos estimulados:

- Tacto: cremalleras, botones para abrochar, cuerdas con pasadores.
- Olores: imágenes de frutas y asociaciones olor-imagen con tarros de esencias.
- Sonidos: cascabeles y esferas y cilindros sonoros.

La escala de observación ha sido utilizada por la profesora tutora, ya que si bien en las tres sesiones semanales participaba como profesor de apoyo en la experiencia, el recurso estaba a disposición en el aula para su uso en las diferentes sesiones, esta elección tiene una doble intencionalidad, en primer lugar, mejorar la validez de los registros obtenidos al ser la profesora de aula, la que realizaba los registros, evitando el sesgo consecuencia de realizar una observación participan y en segundo lugar, proporcionar a la profesora tutora mayor número de experiencias con el recurso al estar, como hemos mencionado, en uso constante en las diferentes sesiones.

|                                                                                                                                  | 1 | 2 | 3 | 4 |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---|---|---|---|
| Psicomotricidad fina                                                                                                             |   |   |   |   |
| Procesos cognitivos (Atención, percepción, memoria)                                                                              |   |   |   |   |
| Habilidades y destrezas del lenguaje oral                                                                                        |   |   |   |   |
| Identificación de conceptos básicos a través de los sentidos (dentro-fuera, arriba-abajo, a un lado, delante-detrás y bajo alto) |   |   |   |   |
| Aspectos sociales (interrelación con los iguales y motivación a la interacción con la alumna)                                    |   |   |   |   |

**Asociación Protectora de Personas con Discapacidad Intelectual de la Cuenca Minera.**



Figura 1 “Escala de observación”

La escala de observación (figura 1) ha sido construida tomando como referencia las bases teóricas sobre las necesidades del alumnado con limitación de la movilidad, las características y necesidades de la alumna y los aspectos curriculares desarrollados en su aula de referencia (según lo establecido en la orden de 5 de agosto de 2008, que regula el currículum correspondiente a la educación infantil en Andalucía).

De los aspectos observables, los conceptos básicos analizados corresponden al período de tres meses, período en el que se realizó el registro a través de la escala de observación.

## 5.- Resultados

A continuación analizaremos los resultados obtenidos en los diferentes aspectos analizados. Comenzamos con los aspectos mejor desarrollados por el recurso corresponden a los aspectos sociales (figura 2) y a las habilidades y destrezas del lenguaje oral (figura 3), por lo que resaltamos la gran influencia del trabajo de las cajas de estimulación de forma grupal, resulta interesante comprobar cómo la variable relacionar, que en principio no era uno de los objetivos centrales de la caja de estimulación multisensorial, se ha convertido de forma colateral en uno de los beneficios más significativos en su uso.

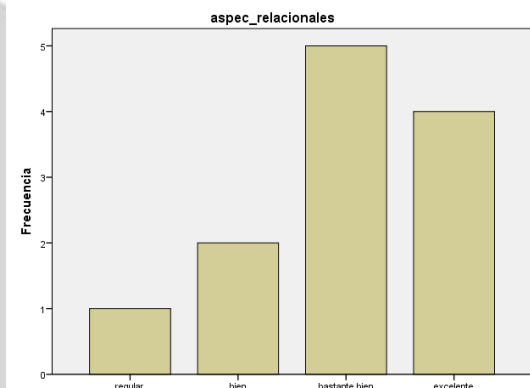


Figura 2: Habilidades sociales

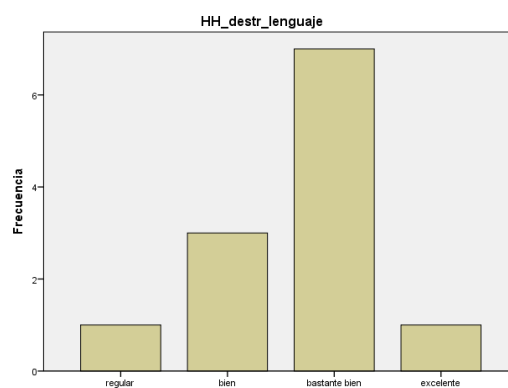


Figura 3: Destrezas de lenguaje

En segundo lugar podemos agrupar (predomina el bien y el muy bien) nos encontramos con el desarrollo de los conceptos básicos (figura 4) y los procesos cognitivos (figura 5), que parecen tener un desarrollo moderado gracias al uso de la caja de estimulación.

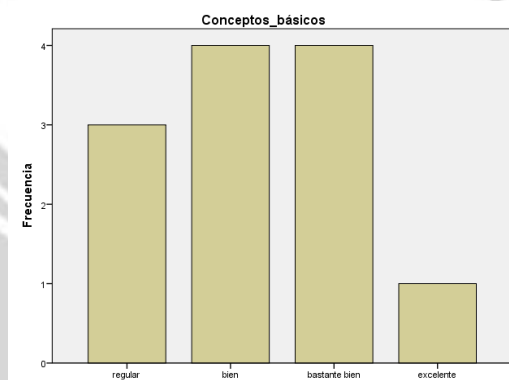


Figura 4: Conceptos básicos

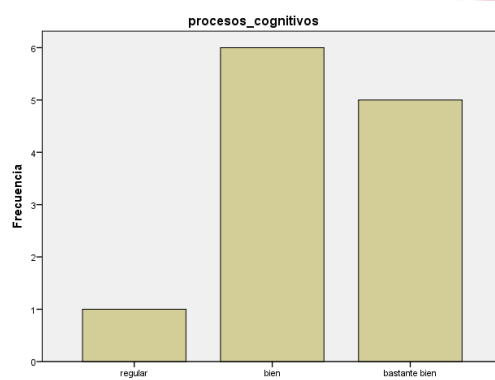


Figura 5: procesos cognitivos

En tercer lugar, la psicomotricidad fina (figura 6), que si bien es el aspecto peor valorado en el desarrollo de los diferentes aspectos, se valora como “bien” desarrollado gracias al recurso utilizado.

**Asociación Protectora de Personas con Discapacidad Intelectual de la Cuenca Minera.**

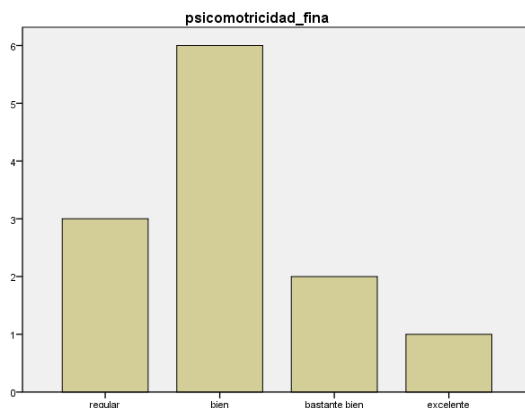


Figura 6: psicomotricidad fina

## 6.-Conclusiones

En líneas generales, como hemos podido apreciar, el recurso logra su objetivo, donde debemos resaltar, por su carácter especialmente significativo el componente socializador del recurso pues ha generado un crecimiento en el número de interacciones con los compañeros de aula con la alumna con limitación de la movilidad, ello ha generado un aumento de la frecuencia en el uso del lenguaje general (conceptos, elementos del aula y los referentes al propio currículo) y aún más de su vertiente social (términos relacionales por ejemplo “amigo, jugar, nombres de compañeros...); estos resultados referidos a la vertiente social evaluada, refuerzan aún más la elección de planteamiento inclusivos para trabajar dentro del aula ordinaria en lugar del uso individualizado de recurso, alejados de los contextos naturales del niño/a, como se aprecia en la investigación realizada con la alumna con limitación de la movilidad.

**Asociación Protectora de Personas con Discapacidad Intelectual de la Cuenca Minera.**



## Bibliografía

GAT (2005). Libro blanco de la Atención Temprana. Madrid: Real Patronato de Prevención y de Atención a Personas con Minusvalía.

Ibáñez, P. y Mudarra, M. J. (2014) Atención temprana. Diagnóstico intervención psicopedagógica. Madrid. UNED.

Romañach, J., & Lobato, M. (2005) Diversidad funcional, nuevo término para la lucha por la dignidad en la diversidad del ser humano. Foro De Vida Independiente, 5.

Fernández Batanero J.M. (2015) Atención a la diversidad en educación infantil. Madrid. Paraninfo.

Delgado, M. P. N., & Sancho, M. S. (2014). Prerrequisitos para el proceso de aprendizaje de la lectura y la escritura: conciencia fonológica y destrezas orales de la lengua. *Lengua y habla*, (18), 72-92.

Mendoza Palacios, R. (2006) Investigación cualitativa y cuantitativa. Diferencias y limitaciones. PIURA. Perú recuperado de

<https://www.prospera.gob.mx/Portal/work/sites/Web/resources/ArchivoContent/1351/Investigacion%20cualitativa%20y%20cuantitativa.pdf>.

Pita Fernández, S., & Pértegas Díaz, S. (2002). Investigación cuantitativa y cualitativa. *Cad Aten Primaria*, 9, 76-8.

**ASPROMIN**



**ACTAS I CONGRESO NACIONAL EN  
ATENCIÓN TEMPRANA**  
“RETOS EDUCATIVOS, SOCIALES, TECNOLÓGICOS Y  
DE LA SALUD EN ATENCIÓN TEMPRANA”

**TÍTULO: LA EDUCACIÓN INFANTIL Y SU CONTRIBUCIÓN EN  
EL SISTEMA DE ATENCIÓN TEMPRANA**

**AUTOR/ES:**

**Asociación Protectora de Personas con Discapacidad Intelectual de la Cuenca Minera.**





**Katia Álvarez Díaz.**

[Katia.alvarez@alu.uhu.es](mailto:Katia.alvarez@alu.uhu.es)

**Ana Patricio Martínez.**

[Ana.patricio@alu.uhu.es](mailto:Ana.patricio@alu.uhu.es)

**Cristina Rodríguez Tilves.**

[Cristina.tilves@alu.uhu.es](mailto:Cristina.tilves@alu.uhu.es)

### **RESUMEN:**

En los últimos años, la educación y las necesidades básicas en la infancia han suscitado un gran interés a nivel internacional. Esto es fomentado en parte, por investigaciones (García Sánchez, Sánchez López, Escorcía, Castellano, 2012; Bolsanello, 2009; Arencibia, 2007; Mendiá, 2007; Pérez-López, Martínez Fuentes, Díaz Herrero, Brito de la Nuez, 2006 y Eloségui, De Linares, Casquero, 2003) que apuntan, a corto plazo, la importancia de las experiencias tempranas y de calidad para el desarrollo integral del/la niño/a, y a largo plazo, para su éxito en la escuela y en su entorno. Asimismo, la etapa de Educación Infantil (0-6 años), a pesar de su carácter voluntario, se considera imprescindible, por tener un marcado carácter preventivo y compensador para niños/as considerados de riesgo o dificultades en su desarrollo (Grande, 2011), en el que gracias a esta etapa educativa se les otorga un contexto de normalización para desarrollar sus potencialidades psicoevolutivas.

En este sentido, de acuerdo con Aranda (2008) la Atención Temprana (AT en adelante) se configura como una serie de actuaciones cuyos procesos de prevención, diagnóstico e intervención posibilitan y aportan los recursos necesarios para potenciar las capacidades del/la niño/a y, facilita la integración social a través de la atención y colaboración de la familia y entorno. La importancia de este proceso se refleja en las recientes Instrucciones de 22 de Junio de 2015, por la que se establece el protocolo de detección, identificación del alumnado con Necesidades Específicas de Apoyo Educativo y organización de la respuesta educativa. Por tanto, en la actualidad difícilmente encontraremos estudios que estén en desacuerdo con la afirmación de que tanto la Educación Infantil como la Atención Temprana sean dos campos importantes para la

**Asociación Protectora de Personas con Discapacidad Intelectual de la Cuenca Minera.**





atención a las necesidades, desarrollo y aprendizaje de la primera infancia<sup>1</sup>.

Desde esta comunicación, pretendemos por tanto, realizar un estudio comparativo-descriptivo a partir de una revisión y análisis bibliográficos centrados en estudios sobre buenas prácticas como las de Pérez-López (2010), Díaz-Herrero y Martínez-Fuentes (2009), García Sánchez (2005), Mulas & Millá (2002) entre otras; cuya finalidad se basa en comparar pormenorizadamente cada uno de los objetivos en términos educativos y terapéuticos que tanto la Educación Infantil como la Atención Temprana llevan a cabo, con el objetivo de evidenciar las analogías y distinciones que ambas disciplinas presentan como contextos de atención a la población infantil. En este caso, los resultados indican que, la educación infantil, en la medida que se ha ido estableciendo como realidad institucional y educativa, contribuye notablemente al desarrollo y consolidación de la Atención Temprana. Podemos incluso decir que las características que definen el actual sistema de Atención Temprana le deben mucho al contexto educativo con el que paralelamente se desarrolla y consolida, compartiendo un mismo tiempo, espacio y trayectoria. Esto mismo evidencia que una correcta atención durante esos años iniciales no aporta beneficios únicamente en el plano individual, sino que favorece a la sociedad en su conjunto en términos de equidad, diversidad, e inclusión utilizando aquellos principios metodológicos basados en el juego como forma de estimulación y aprendizaje.

Palabras claves: Educación Infantil, Atención Temprana, primera infancia, inclusión escolar.

## 1. INTRODUCCIÓN

La Educación Infantil es una realidad cada vez más extendida en el mundo occidental como consecuencia, entre otras, al desarrollo de políticas educativas dirigidas a la primera infancia. En la actualidad difícilmente encontraremos estudios que estén en desacuerdo con la afirmación de que la Educación Infantil es un campo importante para la atención a las necesidades, desarrollo y el aprendizaje de la primera infancia.

Esta etapa surge como superación de la dualidad instructivo-asistencial ante las diferencias entre preescolar y guarderías (García-García, 2005), ya que los servicios de atención a los niños de 0-6 años se han desarrollado bajo modelos distintos (Gutiez, 1995) con responsabilidades y fines diferentes, resultados ambos de la evolución sobre

---

<sup>1</sup>Describimos el concepto de primera infancia como el periodo anterior al de escolarización obligatoria, que en la mayoría de países corresponde con los primeros seis años de vida.



su qué hacer pedagógico y asistencial. No podemos obviar, sin embargo, que existe una conexión directa entre la imagen de la infancia y las intervenciones derivadas de las distintas políticas, ya que detrás de cada una de ellas, existe una concepción de lo que la infancia es actualmente. Por tanto, las necesidades de una acción educativa específica en la EI que dé respuesta a las demandas de desarrollo físico, cognitivo, afectivo, social del niño es hoy día un hecho comúnmente aceptado, cuyos principios y finalidades suelen ser cada vez más educativos y no asistenciales. Es por eso que hablamos de educación y no de instrucción. Educación en el sentido etimológico de conducir fuera las capacidades y potencialidades del niño desde su nacimiento. Todo ello ha supuesto, que la educación infantil sea una realidad cada vez más amplia cuyos objetivos son garantizar la igualdad de oportunidades para todos como un prerequisite para la justicia social y asegurar la equidad pensando en generaciones futuras; además de sólidas motivaciones económicas para invertir en la primera infancia, desde la convicción de que resultan más rentables que las intervenciones tardías. Así, este tramo educativo es considerado, cada vez más, como un servicio institucional que da satisfacción a las necesidades educativas tanto de los niños, como de sus familias.

El presente proceso de cambio y evolución en la respuesta social de atención a la primera infancia y a la población con necesidades imperante en los últimos 20 años, ha sido el principal detonante del origen, desarrollo y consolidación, tanto del sistema de AT, como de la Educación Infantil. Es más, la Educación Infantil, en la medida que se ha ido estableciendo como realidad institucional y educativa, contribuye notablemente al desarrollo y afianzamiento de la AT. Podemos incluso decir que las características que definen el actual sistema de AT le deben mucho al contexto educativo con el que paralelamente se desarrolló y consolidó, compartiendo un mismo tiempo, espacio y trayectoria que veremos a continuación. Sabemos también, que una correcta atención durante esos años iniciales no aporta beneficios únicamente en el plano individual, sino que favorece a la sociedad en su conjunto en términos de equidad, diversidad, e inclusión. No es de extrañar, por tanto, que la educación y la AT atraigan cada vez más la atención de diversos organismos internacionales, como la UNESCO, la OCDE o la Unión Europea, y que muchos países hayan tomado medidas destinadas a favorecer su extensión y su calidad.

Asimismo, la AT en el Primer Ciclo de Educación Infantil es el resultado hacia un cambio de orientación en cuanto a procedimientos metodológicos, actuaciones, objetivos y ámbitos de intervención se refiere. Tomando la palabra de Ponte et., al (2004) ésta se ido consolidando como punto de referencia en la atención a las necesidades de la infancia y también en la reorganización familiar y coordinación de trabajos y recursos que permiten satisfacer dichas necesidades de forma coherente.

**Asociación Protectora de Personas con Discapacidad Intelectual de la Cuenca Minera.**



Tratar las necesidades biológicas y/o sociales de la primera infancia desde enfoques preventivos es el modo más eficaz y efectivo: se previene la aparición de deficiencias o las posibles secuelas, se mejora la calidad de vida del niño y su familia, y se reduce la necesidad de dependencia de los recursos educativos y asistenciales (Ruiz, 2009). Ciertamente que se produce un cambio en la respuesta educativa que se le otorga en la Escuela Infantil, pasando, desde lo meramente asistencial como ya hemos comentado, a ser considerada el carácter preventivo y educativo de la AT.

Gútiérrez (1995)

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

Ante esta nueva situación social, debemos reflexionar en los retos que ha de afrontar la educación en general y más en concreto la Educación Infantil. Aunque en los últimos años se han producido avances importantes, aún queda mucho por hacer y mejorar la calidad de esta etapa educativa. Hoy más que nunca, fuera de toda duda, cabe remarcar la importancia que los aspectos cualitativos adquieren en el campo de la educación. Y más aún si se trata de atender a niños pequeños (Cabrera et., al, 2015).

## **2. LA ATENCIÓN A LA PRIMERA INFANCIA: LA ESENCIA DE SU PROPIA IDENTIDAD**

Desde una ventana muy particular: la escuela como ámbito de experiencia, nos toca dirigir los ojos a la realidad concreta de la primera infancia, desvelar su foco de atención que es materia de nuestro estudio, mirar lo que ella es y lo que se puede llegar a creer implícitamente en el trato que se le da en la familia, en las escuelas e incluso en otros colectivos sociales (Dahlberg, Moss y Pence, 2008). Consideramos que es una forma de explorar las representaciones conceptuales que de ella nos hemos ido elaborando a lo largo de los años; constituye una experiencia de reflexión constante que ya de por sí nos resulta valiosa para preguntarnos qué entendemos y qué no entendemos, y para concebir una teoría, quizás no legitimada como la dispuesta en el contexto escolar.

¿Existe un consenso sobre lo que es y tiene que ser la infancia? Cuando hablamos de infancia, ¿a qué nos estamos refiriendo? Éstas y otras deberían ser algunas de las



preguntas que nos debemos hacer cuando el centro de nuestro trabajo es el/la niño/a, ya que la manera de definir la infancia, la concepción que se tiene de la niñez y la connotación social que se le da a este periodo de la vida de las personas, determina la relación que los adultos, las instituciones y los estados establecen con la infancia, así como las características de las políticas sociales y de los programas educativos dirigidos hacia la infancia.

Cuando recordamos las respuestas acerca de este concepto, encontramos que ha sido una etapa descompensada y desconsiderada socialmente, sometida al contexto político-social y filosófico del llamado momento (Gervilla, Barreales, Moreno, 2002). Lejos de ser un fenómeno “natural”, la infancia es una construcción social en la que hoy día se encuentra dividida entre una imagen tradicional que acentúa su dependencia y necesidad de protección y otra más moderna, que ofrece posibilidades y requiere responsabilidades y atención (Gaitán, 2011). Cada sociedad, cada cultura y cada época definen explícitamente qué es la infancia, cuáles son sus características y, en consecuencia, qué periodos de la vida incluye (Ancheta, 2008). Retomándonos a su historia occidental, ésta se caracteriza por partir de la propia leyenda de la familia y especialmente a la de la mujer. Es decir, mientras los niños estaban en casa con sus madres, ambos formaban parte de un ámbito más privado y particular. Pues ni la pobreza, la muerte, enfermedad o el abandono era penalizada ni era cuestión de estudio. Las primeras investigaciones acerca de este hecho se retractan a mediados de los ochenta, donde la infancia ha sido receptora de los peores cuidados y calificativos: el abandonado, el ilegítimo o el bastardo entre otros. Asimismo, hasta mediados del siglo XIX el periodo de niñez era muy breve, apenas el niño se podía valer por sí mismo y mucho menos requería de cuidados específicos, a lo que López Herrerías (1998) lo denominaba “formar parte de la sociedad adulta” (p.57), donde se realizaba su propia socialización como un adulto más. No es hasta finales de este siglo cuando asistamos a una concepción de la infancia y a las primeras medidas de atención, que traerá consigo los primeros estudios críticos en esta materia entrado ya el siglo XX.

Podemos ya asegurar que ser niño/a hoy día en la España del siglo XXI constituye una experiencia muy diferente si comparamos las condiciones de vida de la infancia con las de generaciones precedentes. La concepción actual de lo que entendemos por primera infancia nos viene determinado por una etapa histórica que ha marcado diversidad de fases, configurándola tal y como la percibimos hoy día y que ha ido marcando la atención ofrecida a los niños menores de seis años. Por ende, hablar de infancia conlleva a hablar de identidad, como un colectivo social de derecho reconociendo en ésta el estatus de persona y ciudadano (Convención de los Derechos del Niño, 1989), pues pensar en los niños como sujetos de acción social es reconocer

**Asociación Protectora de Personas con Discapacidad Intelectual de la Cuenca Minera.**





igualmente sus competencias (González, Báez y Álvarez, 2014).

Asimismo, tanto las condiciones actuales de la población infantil como su propio significado han cambiado de manera drástica en nuestro país, y en ese cambio ambos conceptos han estado estrechamente unidos. Uno de los pioneros en el cambio social que abarca a este colectivo no tiene dificultad en declarar que “el nuestro es el siglo que vive pendiente de los problemas físicos y morales de la infancia” (Ariès, 1985, p.21), cuya necesidad ha de abordarse desde tres agentes: la familia, la comunidad educativa y la sociedad en general (Lebrero, 2008).

- *Familia*, considerada como el centro vital del niño, y cuya representación social supone su primera escuela para la posterior participación y colaboración con el centro educativo de su hijo, incidiendo en la educación integral del mismo.
- *Comunidad educativa* en representación de la escuela infantil, que tiene la gran tarea de hacer frente a las necesidades del alumnado respetando las diferencias individuales, ya sean de salud, económica, culturales o de cualquier tipo con el fin de mejorar su calidad de vida.
- *Sociedad*, cuya función recae en el compromiso de las comunidades y sociedades en su conjunto para prestar atención a las diferencias, entendiéndose ésta como una característica propia de la condición humana.

Tomando como prioridad esta triple perspectiva, los programas centrados en la infancia representan el medio para la inclusión en la sociedad cuya finalidad debe ser: mejorar el bienestar y el aprendizaje de los niños; apoyar a la familia en una variedad de formas y circunstancias y, ayudar a las sociedades a alcanzar metas colectivas (Mulas & Millá, 2004). En definitiva, se trata de conocer no sólo si los niños están bien atendidos, protegidos y en óptimas condiciones cuando intentamos medir su bienestar si no, más allá, si sus circunstancias son tales como para ser capaces de convertirse en lo que son capaces de llegar a ser, o en qué sentido son desaventajados o se les dificulta o imposibilita su plena participación en la sociedad y en las oportunidades que su mundo alrededor les ofrece (Rubiano, 2010).

### **3. LA EDUCACIÓN INFANTIL: CARACTERIZACIÓN DE LA ETAPA Y SU RELACIÓN CON LA ATENCIÓN TEMPRANA**

**Asociación Protectora de Personas con Discapacidad Intelectual de la Cuenca Minera.**





La Educación Infantil<sup>2</sup> reviste una especial importancia en los primeros años de vida, en un sentido amplio, es aquella que se inicia desde el nacimiento de/la niño/a y que termina con el comienzo de la escolaridad obligatoria. Concretamente, se presenta como el tramo de enseñanza comprendido entre los 0 y 6 años de nuestro Sistema Educativo actual, dispuesta como una *única etapa* con características propias (Decreto 428/2008 de 29 de julio) y dividida en *dos ciclos*, el primero de 0 a 3 y el segundo de 3 a 6 años, teniendo ambos un *carácter voluntario*, no obligatorio. No obstante, y coincidiendo con la edad de intervención en AT (GAT, 2000), ésta presenta un marcado *carácter preventivo y compensador* para niños considerados de riesgo o con dificultades. En este sentido, la fundamentación psicopedagógica en la que se basa el currículo de esta etapa educativa constituye una plataforma privilegiada que justifica la intervención con los más pequeños tanto en el ámbito escolar, como en muchos casos, en el terapéutico (De Francisco Rodríguez, en Gutiez, 2005) que conforme avancemos en el capítulo iremos detallando.

Supone, por tanto, un contexto de normalización para atender a la diversidad ya que optimiza las potencialidades psicoevolutivas de todos los niños (Paniagua & Palacios, 2005). A pesar del *carácter educativo* de esta etapa, aún se observa cierta tendencia a la consideración asistencial sobre todo del primer ciclo, tanto en la escasa mención de su delimitación educativa en documentos-marco de AT (Arrillaga, 2006, p. 97), como en la falta de cualificación o especificación profesional exigida en algunos decretos de la comunidad andaluza (Instrucciones del 3 de diciembre de 2012). Por consiguiente, ésta ha de ser entendida como la base e inicio del proceso educativo, dirigida y destinada a todos los niños que la demanden, siendo una oferta educativa *reglada y generalizada* para esta población. Permite prestar atención educativa especial desde el momento en que se considere necesario, sea cual sea la edad o si existe riesgo de aparición de deficiencias, planificando los apoyos (Orden 5 de agosto de 2008; Decreto 85/2016, de 26 de abril). De acuerdo con Guillen (2010), supone una decisiva contribución al desarrollo y al aprendizaje de los niños desde sus primeros años de vida, cuya finalidad consiste en aprovechar al máximo las posibilidades de desarrollo del niño, potenciándolas y afianzándolas a través de la acción educativa. Para conseguirlo, organiza y proporciona actividades, experiencias, espacios, materiales y ambientes que configurarán un medio óptimo para que su desarrollo se vea estimulado por procesos de

<sup>2</sup> La LOE (Ley Orgánica de la Educación, 2006) reguló las características de esta etapa y organizó los contenidos educativos en áreas de experiencia y de desarrollo infantil. Conviene destacar que aunque la Ley Orgánica de Mejora de la Calidad Educativa (LOMCE) es la actual ley en vigor, no modifica la estructura de la educación infantil que propuso la LOE.



aprendizaje adecuadamente orientados y facilitados. Consecuentemente, se destaca el juego como forma natural de aprendizaje, además de potenciar la autoestima e integración mediante un ambiente afectivo y flexible (Capítulo I, Artículo 14). Pero, ¿este contexto favorecerá positivamente al desarrollo de los/as niños/as que presentan dificultades? ¿Es probable que este medio escolar permita prevenir la aparición de problemas en la población infantil y en aquellos niños que presentan algún factor de riesgo? A continuación pasamos a analizar, diferentes investigaciones que han tratado sobre el estudio:

El hecho de escolarizar al/la niño/a en edades tempranas favorece de manera positiva su desarrollo, siendo esta una de las medidas que se les aporta a la familia, de parte de los especialistas en AT quienes solicitan la escolarización en Primer Ciclo lo antes posible (Orteso, 2015). Supone una ventaja ya que mejora y favorece los niveles de desarrollo en los niños (Pérez-López, 2006; Díaz-Herrero y Martínez-Fuentes, 2009). Ciertas investigaciones evidencian esta intervención, pues Pérez-López, Martínez-Fuentes, Díaz-Herrero y Brito (2012) llevaron a cabo un estudio sobre un grupo de niños/as que iniciaron su escolarización en el Primer Ciclo de Educación Infantil. Los resultados obtenidos informan que se observa en los sujetos un progreso mental y psicomotor favorable, entre el inicio y el final del curso escolar. En este sentido, Humphries y Keenan (2006) garantizan que las escuelas infantiles son el principal medio de llevar a cabo programas de prevención y que esta escolarización debe comenzar lo más pronto posible para maximizar su eficacia.

Por último, consideramos necesario justificar la importancia de esta etapa en nuestro sistema educativo supeditada a los siguientes factores (psicológicos, sociales y terapéuticos) como medio de intervención educativa dirigida a la población infantil en general.

| Factores | Características |
|----------|-----------------|
|----------|-----------------|



|                                     |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |
|-------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>Psicológicos</b>                 | <ul style="list-style-type: none"> <li>❖ Etapa crucial para el desarrollo neurológico y psicológico, ya que se establece las capacidades para los aprendizajes futuros.</li> <li>❖ Medio óptimo para que el desarrollo se vea estimulado a través de aprendizajes adecuadamente dirigidos.</li> <li>❖ Respuesta a las necesidades básicas y participación en el desarrollo cognitivo.</li> </ul> |
| <b>Sociales</b>                     | <ul style="list-style-type: none"> <li>❖ Labor compartida familia-escuela- instituciones sociales.</li> </ul>                                                                                                                                                                                                                                                                                    |
| <b>Terapéuticos y compensadores</b> | <ul style="list-style-type: none"> <li>❖ Detección precoz preventiva de posibles dificultades intelectuales, sensoriales, motrices....</li> <li>❖ Compensación en los desajustes que tienen su origen en las diferencias culturales, sociales, económicas, biológicas.</li> </ul>                                                                                                                |

Relación de factores como medios de intervención educativa.  
De Francisco Rodríguez (en Gutiez, 2005).

### 3.1. Finalidad de la Educación Infantil

La Educación Infantil, se plantea con una clara función educativa, sin perjuicio de que no se cubran otras funciones sociales, asistenciales o terapéuticos. En palabras de De Francisco Rodríguez, (2005), “su primera *finalidad* es favorecer el desarrollo de los/as niños/as y compensar las posibles carencias originadas en las diferencias sociales, culturales y/o biológicas” (p.190). Esta línea es la establecida en la actual normativa por la que se regula la presente etapa educativa, Real Decreto 1630/2006 de enseñanzas mínimas y a nivel autonómico el Decreto 428/2008, de 29 de julio, por el que se establece la ordenación y las enseñanzas correspondientes a la Educación Infantil en Andalucía.

Así, en su artículo 3, dedicado a los *Fines* de la Etapa, establece que:

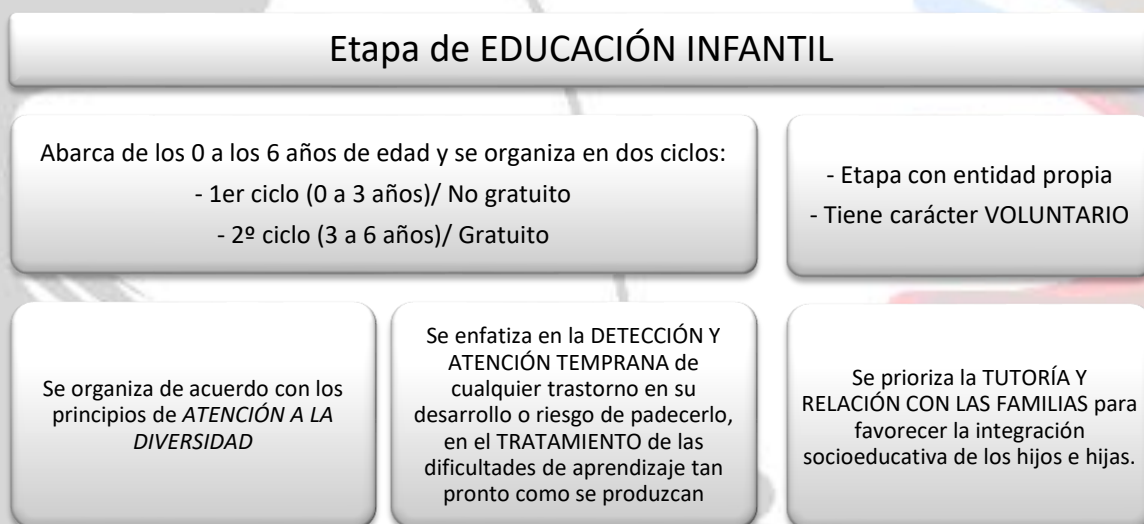
**Asociación Protectora de Personas con Discapacidad Intelectual de la Cuenca Minera.**



1. La finalidad de la educación infantil es la de contribuir al desarrollo físico, afectivo, social e intelectual de los niños y niñas, respetando los derechos de la infancia y atendiendo a su bienestar.
2. En ambos ciclos se atenderá progresivamente al desarrollo afectivo, al movimiento y los hábitos de control corporal, a las manifestaciones de la comunicación y del lenguaje, a las pautas elementales de convivencia y relación social, así como al descubrimiento de las características físicas y sociales del medio. Además se facilitará que niñas y niños elaboren una imagen de sí mismos positiva y equilibrada y adquieran autonomía personal.

### Fines de la Educación Infantil

En este sentido, la estructura actual de Etapa queda configurada, según el Decreto 428/2008 ya mencionado, de la siguiente forma:



### Estructura de la Etapa de Educación Infantil

Facilitar la adquisición de aprendizajes funcionales y significativos, así como contribuir a que los niños/as de 0 a 6 años se apropien de los procedimientos de regulación de la propia actividad, es decir, que progresivamente “aprendan a aprender”,

**Asociación Protectora de Personas con Discapacidad Intelectual de la Cuenca Minera.**



es tarea de estas etapas educativas. Para que esto sea posible, la intervención educativa tiene que ajustarse al nivel de desarrollo real del alumnado.

Al mismo tiempo, la extrema importancia de conocer el desarrollo de los alumnos hace de éste un requisito imprescindible para llevar a cabo cualquier proyecto educativo con garantías de calidad y eficacia. Este conocimiento complejo del desarrollo humano será fundamental para fijar los objetivos generales de la etapa y de los correspondientes ciclos así como para organizar y disponer las actividades y criterios metodológicos en el aula.

### 3.2 Objetivos de la Educación Infantil

El proceso educativo de la Educación Infantil ha de responder a los requerimientos del desarrollo evolutivo propio de esta etapa educativa, es decir a las necesidades fisiológicas, motrices, de socialización, de comunicación, de autonomía, lúdicas, de observación y de exploración que desencadenan el interés del/la niño/a y que impulsan el desarrollo de las capacidades infantiles (Parra; en Gutiez, 2005).

“Si bien es el soporte didáctico de las enseñanzas de esta etapa que debe impartirse en los centros educativos, también puede constituir las bases pedagógicas de la AT” (De Francisco Rodríguez, en Gutiez 2005, p. 191). Bajo este principio, resulta más que evidente la coincidencia entre los periodos de edad de los sujetos a los que van dirigida una y otra, la Educación Infantil y la Atención Temprana. De ahí que, al tener como sujetos a los miembros del mismo grupo poblacional, exista una interrelación obligada entre ellas. Pero la coincidencia no es sólo la edad, sino que también los objetivos que ambas persiguen se superponen. Para comprobarlo basta con examinar los objetivos generales de la educación infantil que se han ido consolidando a medida que se ha profundizado en las bases de las necesidades de los/as niños/as en la etapa 0-6 años.

Asimismo, la LOMCE (8/2013) establece los objetivos generales de la Educación Infantil en su capítulo I (art.13) indicando que los alumnos de esta etapa deben desarrollar las siguientes capacidades:

- Conocer su propio cuerpo y el de los otros, sus posibilidades de acción y aprender a respetar las diferencias.
- Observar y explorar su entorno familiar, natural y social.
- Adquirir progresivamente autonomía en sus actividades habituales.
- Desarrollar sus capacidades afectivas.
- Relacionarse con los demás y adquirir progresivamente pautas elementales de



convivencia y relación social, así como ejercitarse en la resolución pacífica de conflictos.  
(Art.13)

En el primer ciclo de Educación Infantil, se atenderá al desarrollo del movimiento, al control corporal, a las primeras manifestaciones de comunicación y del lenguaje, a las pautas elementales de convivencia y su relación social y al descubrimiento del entorno inmediato.

#### 4. LA EDUCACIÓN INFANTIL Y LA ATENCIÓN TEMPRANA

Como ya hemos venido comentando a lo largo de nuestro estudio, la Educación Infantil y la AT comparten ambas muchas características que legitiman el valor de la escuela como marco privilegiado para la atención a todos los niños y, máxime aquellos con dificultades en su desarrollo. El principio más importante, y que más va a condicionar la relación entre EI y AT es el *principio de integración* (López Bueno, 2011). Desde este planteamiento integrador y globalizador, la escuela infantil se convierte en el contexto más idóneo para favorecer las necesidades especiales derivadas de una dificultad o alteración en el desarrollo (Fernández Batanero, 2015), “posibilitando de la forma más completa su inclusión en el medio familiar y social, así como su autonomía personal” (Gutiez, 2005, p. 27).

Es precisamente dentro de esta premisa, la que hace necesario que la escuela infantil valga para compensar cualquier desigualdad, no sólo de tipo social, sino como ayuda para aquellos niños que tengan o estén en riesgo de padecer algún tipo de trastorno en su desarrollo (García- Sánchez, 2003). En este caso, y para todo el proceso de desarrollo del niño, la Escuela infantil, con sus recursos internos y con los servicios de apoyo (Equipos de Atención Temprana, profesionales de la integración) se constituye como el contexto más especial para todo el proceso de Atención Temprana: atención directa al niño, prevención de los efectos secundarios de una alteración en el desarrollo, coordinación de los tratamientos que reciben los niños entre sus educadores/as, maestros/as y otros profesionales (logopeda, psicomotricista, rehabilitador, profesor de apoyo, etc. ) (Ruiz Veerman 2005, p.16).

Gracias a su carácter ya educativo, esta institución permite la utilización de metodologías más activas y participativas, que las que se puede utilizar en el tratamiento ambulatorio. Constituye pues, un contexto más natural para el niño, en el que además el aprendizaje por imitación tiene un peso importante (Bolsanello,

**Asociación Protectora de Personas con Discapacidad Intelectual de la Cuenca Minera.**



2009). Todo ello hace que, hoy día exista una preocupación por aprovechar esos recursos y que ello constituya un elemento de calidad más en las propuestas de intervención temprana (Ponte, 2004; Perpinñán, 2009; Aranda y Vilorio, 2004; Millá, 2004 y 2003; García Sánchez, 2002a, 2002b).

En lo que respecta a nuestro estudio, en el ciclo 0-3 años la labor de las escuelas infantiles debe ser complementaria y compensadora de la que ejerce la familia (Pina, 2007), capaz de aportar al/la niño/a experiencias sustancialmente distintas de las vividas en ese entorno. Luengo (en Gutiez, 2005) echándola hacia la vida social. Es por eso que se le considera un lugar importante puesto que le servirá de medio para adaptarse a la vida en grupo, a ser sociable, a sacar provecho de los objetos que le rodean y de las situaciones que se presenten. El/la educador/a debe buscar que su alumnado se sienta seguro y querido, formando un autoconcepto seguro y positivo, que ayude al niño a afrontar con confianza los retos que se le impongan (Retortillo y Puerta, 2004).

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

#### **4.1. Relaciones y analogías**

La necesidad de una acción educativa específica en la escuela infantil que dé respuesta a las demandas de desarrollo físico, cognitivo, afectivo, social y moral del niño de la primera infancia es actualmente es un interés cada vez más evidente de nuestro Sistema Educativo actual. Como ya sabemos, los primeros años de la vida del/la niño/a tienen una importancia vital para su desarrollo normal y un posterior rendimiento en la escuela. Desde este planteamiento, la anticipación, la calidad y la importancia del trabajo realizado en los primeros años del niño con desarrollo normal o con discapacidad, afectarán a las medidas educativas que habrá que tomar con posterioridad (Pina, 2007).

(De Francisco Rodríguez, en Gutiez 2005)

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

Desde esta premisa, resulta más que evidente partir de un buen trabajo de



estimulación, puesto que se reducirá las dificultades a las que puede enfrentarse el niño durante el proceso educativo.

Es importante incidir en que la AT en la Escuela Infantil es una acción preventiva mucho más efectiva que las medidas de rehabilitación que después puedan ser necesarias (Ruiz Veerman, 2011), y al tener ésta personal capacitado observando el desarrollo de los niños, serán los encargados de reconocer desviaciones en el desarrollo y enseguida intervenir evitando consecuencias mayores. Bolsanello (2009) acentúa la importancia del papel del/la educador/a y/o maestro/a de los niños pequeños como agente de prevención y promoción del desarrollo infantil. Sin embargo, no solamente el/la docente es determinante, ya que la calidad de la intervención educativa está influenciada por otros factores tales como las políticas educativas, el desarrollo de los programas, el propio esfuerzo profesional y la relación entre los padres y el/la educadora o maestro/a del/la niño/a (Mashburn, Pianta, Hamre, Downer, Barbarin, Bryant, Burchinal, Early y Howes, 2008).

Las investigaciones desarrolladas (revisadas en Mattern, 2015; Humphries y Keenan, 2006) ponen en evidencia que cuando reciben intervenciones en la escuela y, además, su familia recibe igualmente algún tipo de atención por parte de los servicios sociales presentan un mayor éxito de intervención en comparación con los niños que solamente reciben intervención exclusiva y personal. Méndez (2010) completa esta aclaración justificando la participación positiva de la familia en diversos proyectos de AT puesto que existirá una mayor probabilidad de que se impliquen en el centro educativo. Asimismo, la educación es importante no sólo para el desarrollo cognitivo, físico y social del niño, sino que también debe haber una participación y atención en cuanto a la familia se refiere como parte del proceso de intervención en la escuela. De esta manera, podemos observar como poco a poco los centros educativos aceptan niños cada vez más pequeños, y como padres llevan a sus hijos a la escuela infantil ya no sólo por que lo necesiten para incorporarse al campo laboral, sino también por que son conscientes de los efectos positivos que tiene la educación en los niños.

A continuación se presentan las características más comunes entre la Escuela Infantil y la Atención Temprana (Grande, 2011; Pina, 2007).

- a) Tanto la etapa de Educación Infantil como la AT centran su trabajo en la atención planificada, intencional y sistemática en niños de entre 0-6 años. Este tipo de atención implica la interrelación de múltiples disciplinas: conocimientos de psicología evolutiva, neurología evolutiva, fundamentos neurobiológicos del aprendizaje, principios didácticos, etc. (Gútiez 2005).



En relación a la población específica de AT, es necesario destacar que en nuestro país las diferentes estadísticas sostienen que entre un 2,5% y un 3% de la infancia presenta alteraciones en su desarrollo o riesgo de padecerla (Arizcun, Gutiez y Ruíz, 2006). Esta cuestión suele darse por la escasa generalización que alcanzan las pruebas de “screening” o de detección verdaderamente temprana de deficiencias, y la metodología de detección y tipificación de alteraciones, hace que muchos niños queden sin “censar” como potenciales receptores de medidas de Atención Temprana. Otro gran grupo que queda fuera del análisis es el de los niños de riesgo social (Soriano 2000). Es por eso que nos encontramos ante un importante grupo de niños que no van a acceder a la vida en igualdad de condiciones, y para el cual la escuela infantil, con los apoyos necesarios, resultaría ser la mejor medida compensadora.

- b) La Educación Infantil y la AT presentan los mismos fines generales, desde la optimización del desarrollo. En la actual normativa andaluza (Decreto 428/2008) como ya hemos visto en apartados anteriores, se ha definido el objetivo de la Educación Infantil como el *desarrollo de capacidades físicas, intelectuales, afectivas, sociales y morales del niño*. Estos mismos objetivos son compartidos por los planteamientos de la AT, que, superando el modelo centrado en la discapacidad del niño, se orienta al desarrollo y máximo aprovechamiento de las posibilidades del mismo, en todos los órdenes de su vida: intelectual, físico, afectivo y social (GAT 2000).
- c) Ambas se rigen por principios de *universalidad, gratuidad, descentralización y sectorización*. Además de compartir tales principios (para ubicar la escuela y sus recursos en una comunidad concreta, cargada de idiosincrasia), la Educación infantil y la AT comparten otros tres principios fundamentales que las convierten en recursos absolutamente análogos: son los principios de *intervención globalización, individualización, integración e inclusión* (GAT 2000).

En relación al *principio de globalización*, tanto la Educación Infantil, en este caso en representación de la escuela y, la AT entienden la atención a todas las facetas del desarrollo y de la vida del niño. Este mismo principio está relacionado con el de *individualización*, ya que implica conocer que cada niño tendrá un ritmo de desarrollo, capacidades y diversidad de intereses propios, e igualmente unas características personales, familiares y sociales que sin duda condicionarán el curso de su vida (Ruiz, 2005).

Por otro lado, el principio que más va a condicionar la conexión entre la Educación Infantil y la AT, es la *integración*. En relación con la atención a niños con deficiencias/discapacidades, este principio es de un enorme “optimismo



pedagógico”, sin ser del tipo de medida de “aceptación segregadora” (como es el caso de la Educación Especial). Implica que todo niño es educable, todo niño, y ello desde su nacimiento (Belda, 2001); conlleva también que la educación se oriente al desarrollo de capacidades, es decir, que se centre en el desarrollo de todas las posibilidades del/la niño/a y no exclusivamente en la deficiencia /discapacidad. Por último, señalar que la intervención apela a un derecho inalienable: la escuela debe entenderse desde el respeto a las diferencias individuales.

- d) En épocas anteriores, la Educación Infantil y la atención a la deficiencia/ discapacidad eran concebidas como tareas asistenciales. El niño no era educable a esas edades tempranas, y menos aún en el caso de niños con deficiencias. Como ya sabemos la escuela infantil (sin tener esta previa denominación) tenía, una función inicial, de preparación en aquellas habilidades necesarias para la etapa verdaderamente educativa (educación primaria). Por tanto, los recursos existentes para atender a niños con deficiencias eran sencillamente asistenciales o incluso no existían. En este caso, la atención a la primera infancia ha ido evolucionando hasta los conocimientos de los que disponemos hoy en día, tanto es como sabemos que las funciones de la Educación Infantil ha cambiado de manera positiva y, con ello, la actitud que se tiene hacia esta etapa con respecto a los/as niños/as con problemas en su desarrollo. Asimismo, tanto la Educación Infantil y la AT comparten las siguientes funciones (Gómez Campillejo, 2009; Ruiz 2005, en Ruíz Veerman, 2011):

- *Preventiva y compensadora*: prevenir tal y como dice su nombre, y compensar cualquier secuela negativa derivadas de deficiencias de entornos socio-culturales de alto riesgo. Es ésta una importante función para conseguir el principio de *igualdad* de oportunidades y de acceso a las diferentes facetas de la vida.
- *Educativa*: implica la estimulación, consciente, rigurosa, intencional y planificada en los procesos madurativos capacidades sensoriales, motrices, afectivas, cognitivas, comunicativas y sociales y todo ello sin forzar el curso natural de su desarrollo.
- *Integradora*: ya suficientemente defendido, sólo queda añadir que es la escuela infantil, desde una óptica pedagógica, uno de los pocos entornos que hace realidad el principio de atención a la diversidad. Es el recurso que la Educación pone al servicio de la atención a la diversidad, para el reconocimiento de las diferencias individuales y de la igualdad de derechos.

- e) *Principios didácticos y de intervención*: en relación a las diferentes concepciones que



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

- *Principio de actividad:* ambas disciplinas conciben al niño como protagonista de su aprendizaje. La condición ante este planteamiento recae en que no se debe perder la subjetividad del alumno, es decir, partir de los intereses del propio niño/a, incluso con su “presencia física” en determinadas situaciones.
- *Principio del juego:* El juego es una actividad natural en estas edades, constituyendo un importante motor del desarrollo, tanto en sus aspectos emocionales, como intelectuales y sociales. Va a estar presente en toda acción, intencional, espontánea, que pongamos en acción ya sea como recurso didáctico o terapéutico.
- *Principio de interés:* en consonancia con los dos anteriores, el principio de interés implica que toda acción educativa ha de ser significativa, pero tanto para el niño como para el adulto. El adulto simplemente debe decodificar las pautas que el propio niño le proporciona, a la hora de planificar una acción educativa.

(Ruiz 2005, p.19 en Pina, 2007)

Estas competencias de la Educación Infantil y Atención Temprana son puestas de manifiesto en el documento “Educación Temprana y Prevención de las Desigualdades” resultante del debate Una Educación de Calidad para todos y entre todos (MEC, 2005) y en el Foro de Educación Infantil (1998, p.3), que resalta que:

- ❖ el aprendizaje comienza desde el nacimiento.
- ❖ la calidad del cuidado es educativa.
- ❖ cada niño/a progresa a su ritmo pero que es posible estimular su aprendizaje.
- ❖ todos los niños se han de beneficiar de una atención y educación que se adecúe a su desarrollo.
- ❖ la observación es la clave para evaluar las necesidades del niño



## 5. CONCLUSIÓN

Si queremos mejorar el mundo, tenemos que empezar por mejorar al hombre, y el camino más idóneo para conseguir este objetivo, es a través de la educación. Una educación con la infancia, pero no para la infancia, y es que en los últimos años, la educación y las necesidades de esta etapa están suscitando un gran interés a nivel internacional. Es cierto que la etapa de educación infantil (0-6 años) sigue siendo una cuestión de tratado con respecto al carácter voluntario u obligatorio, pero la razón va más allá del simple hecho de categorizar. Es imprescindible, por tener un marcado carácter preventivo y compensador para niños/as considerados/as de riesgo o dificultades en su desarrollo (Grande, 2011), en el que se les otorga un contexto de normalización para desarrollar sus potencialidades psicoevolutivas (Paniagua & Palacios, 2005). Concretamente, uno de los principios más notables que se plantean desde la reforma educativa en nuestro país, es otorgar la importancia que presenta el ciclo 0-3 años como ámbito definido para la estimulación y el desarrollo progresivo de cada niño. De este modo, Gutiez (2003) reafirma que este ciclo tiene la finalidad de atender tanto a su aprendizaje como al desarrollo del niño en todas sus facetas, y que no pretende acelerar sus procesos pedagógicos sino facilitar el progreso evolutivo de cada alumnado. A pesar de este carácter educativo que hoy día va cobrando mayor protagonismo en las escuelas infantiles, aún se observa una tendencia a la consideración asistencial, pues de acuerdo con Arnáiz (2014) parece ser que éste continua en paradero desconocido para muchos agentes implicados en la educación, cuyas percepciones se reducen al término “guardería”. En contraposición a ello, éste debe ser considerado como un derecho a la estimulación, posibilidades e intervenciones tempranas, siendo ineludible no justificarlo con el atributo de aportar soluciones apropiadas a las necesidades y oportunidades del/la niño/a.

Justamente en poco más de dos décadas, la escolarización temprana, también ha pasado de ser un servicio emergente con una justificación política y científica débil a un área incipiente de investigación y de práctica. De hecho, la Educación Infantil ha evolucionado en los últimos diez años de forma favorable en cuanto a su visión sobre la diversidad en general y los niños/as de 0-6 años con necesidades en particular.

Evidentemente, resultaría un ejercicio de ingenuidad o pasividad imperdonable pensar que el camino ya está recorrido. Diríamos que tan sólo acabamos de empezar. No es sólo una cuestión de leyes y recursos sino también de actitudes y percepciones. ¿De qué sirve reconocer el derecho del niño a la educación inclusiva y adaptada si los contextos sociales que se centran en la primera infancia no entienden o comparten la idea, la filosofía? Esta consideración de límites conceptuales hace que la atención infantil



temprana no sea ajena a la creciente preocupación de la sociedad por la calidad de los servicios, la cual debe proporcionarse según Sánchez Blanco (2008), desde una concepción global de la intervención. En este sentido, se va dotando al niño y su familia de una atención integral en sus contextos cercanos, desde los momentos iniciales a la detección del riesgo, disfunción o trastorno. Se puede decir que para ello estamos ante un cambio en la gestión de estos servicios, y se hace preciso compatibilizar los objetivos sociales de los diferentes ámbitos de actuación con una excelencia orientada a una adecuada gestión y atención al niño, su familia y entorno.

Creemos por tanto en el derecho a una educación de calidad basado en la primera infancia, cuyo propósito recaiga en la diversidad como una característica positiva de la escuela y no un pretexto de “rechazo” (Gómez Hurtado, 2011). Consideramos a la educación infantil como uno de los periodos idóneos para compensar desigualdades no sólo de tipo económico y social, sino madurativas y evolutivas en los niños de 0 a 6 años, lo que hace que el uso de los recursos de la AT y ésta sean dos marcos inmejorables para trabajar conjuntamente, de manera que sirva como medio preventivo y rehabilitador para los niños con trastorno en su desarrollo o en riesgo de padecerlo.

Por este motivo, cuando un niño asiste a la Escuela Infantil o centro educativo, los maestros y educadores de la misma constituyen un importante agente de detección. Asimismo, las condiciones de ésta y las interacciones que allí se producen, diferentes del medio familiar, permiten, en la mayoría de los casos, poner de manifiesto la presencia de posibles desviaciones en su proceso evolutivo. Desde esta mirada inclusiva, nuestra investigación surge de tres postulados que son de crucial importancia en atención infantil temprana:

- la Educación Infantil cumple por un lado la *prevención primaria*, al colaborar en el mejor desarrollo posible de todo su alumnado
- la Educación Infantil cumple por otro lado la *prevención secundaria*, al ser capaces de detectar trastornos en su desarrollo mediante la localización de signos de alarma.
- la Educación Infantil cumple también una función de *prevención terciaria*, ya que la propia asistencia del alumnado y la coordinación con otros servicios intervienen en sus necesidades y adquiere un valor terapéutico para ellos.

**Asociación Protectora de Personas con Discapacidad Intelectual de la Cuenca Minera.**



## 6. BIBLIOGRAFÍA

Ancheta, A. (2008). Hacia una nueva concepción de la Educación de la primera infancia como derecho: avances y desafíos globales. *Revista Iberoamericana de educación*. 47. 21-28.

Aranda, R., Vilorio, C., De Andrés (2004) “La organización de la atención temprana en la educación infantil” en *Tendencias pedagógicas*, 9. 217-246.

Aranda, R. (2008). *Atención Temprana en Educación Infantil*. Barcelona: Editorial Walters Kluwer. Barcelona.

Arencibia, E. (2007). Atención Temprana desde la perspectiva sistemática. Análisis y estudio de un caso Y. *Revista de Atención Temprana* 2. 105-111.

Arizcun, J., Gútiez, P. y Ruiz, E. (2006). *Formación en Atención Temprana: Revisión histórica y estado de la cuestión*. Revisado el 12 de diciembre de 2016 desde Internet: [http://paidos.rediris.es/genysi/recursos/document/informes/formacion\\_atinf.p df](http://paidos.rediris.es/genysi/recursos/document/informes/formacion_atinf.p df)

Arrillaga, A. (2006). La coordinación de la Escuela Infantil con (otros) servicios de Atención Temprana en Madrid. Master en Atención Temprana. Facultad de Educación. UCM. Manuscrito no publicado.

Belda O., J.C. (2001). “La Atención Temprana en las Escuelas Infantiles: algo simple y diverso a la vez”. *Revista de Atención Temprana*, vol. III, No. 2, 2001, pp. 76-80.

Bolsanello, M.A. (2009). Prevención desde la Escuela Infantil: desafíos en la realidad brasileña. *Revista Interuniversitaria de Formación del Profesorado*. 65. 73-82.

Brito de la Nuez, A., Pérez, J., Martínez, M.T., Díaz-Herrero (2006). La prevención primaria en Escuelas Infantiles desde el servicio de prevención y promoción del desarrollo infantil y Atención Temprana. *Revista de Atención Temprana*. 9. 91-94.

Cabera et al., (2015). *Nuevas miradas a la Educación Infantil*. Barcelona: cuadernos de educación

Dalhberg, G., Moss., P., Pence., Alan (2008). *Más allá de la Educación Infantil*. Barcelona: Graó.

De Francisco Rodríguez, M.J. (2005). *Bases pedagógicas de la Atención Temprana: la atención a la primera infancia desde un contexto educativo; diseño curricular de la*



educación infantil. En Gutiez, P. (Ed.) (2005): Atención Temprana: Prevención, detección e intervención en el desarrollo (0-6 años) y sus alteraciones. Madrid: Ed. Complutense.

Decreto 149/2009, de 12 de mayo, por el que se regulan los centros que imparten el primer ciclo de la Educación Infantil.

Decreto 428/2008, de 29 de julio, por el que se establece la ordenación y las enseñanzas correspondientes a la Educación Infantil en Andalucía.

Díaz Herrero, A. y Martínez Fuentes, M.T. (2009). Prevención y promoción del desarrollo infantil: una experiencia en las Escuelas Infantiles. Revista Interuniversitaria de Formación del profesorado. 65. 57-72.

Élosegui, E. De Linares, C., y Casquero, D. (2003). Estudio sobre la necesidad de formación en Atención Temprana. Revista de Atención Temprana. 6. 6-10.

Fernández Batanero, J.M. (2015). Atención a la diversidad en el aula de educación infantil Colección: Didáctica y Desarrollo. Barcelona: Editorial: Paraninfo

Gaitán, L. (2011). Ser niño en el siglo XXI. Cuardenos de Pedagogía. 407. 14-16.

García Sánchez, F. A. (2002a) “Atención Temprana: elementos para el desarrollo de un modelo integral de intervención” en Bordón, 54(11): 39-52.

García Sánchez, F.A. (2005). Líneas de investigación en Atención Temprana. En Mulas y Milla (coords). Atención Temprana, Desarrollo infantil, trastornos e intervención. Madrid. Promolibro.

García, F.A., Sánchez, M.C., Escorcía, C.T. y Castellano, P. (2012). Valoración de la coordinación entre Atención Temprana y la Educación Infantil. Revista Edetania. 41. 145-161.

Gervilla, A.M., Barreales, M., y Moreno, M.C. (2002). Necesidades educativas de la infancia ante el nuevo milenio. Centro de Ediciones Diputación de Málaga.

**Gómez Campillejo, M.A. (2009). Aportaciones de la atención temprana al modelo institucional de educación infantil. Revista Polibea. 92. 18-22.**

Gómez, I. (2012). Dirección escolar y atención a la diversidad: rutas para el desarrollo de una escuela para todos. Tesis Inédita. Huelva: Servicios de publicaciones de la Universidad de Huelva.



Grande, P. (2011). Estudio de la coordinación interinstitucional e interdisciplinar en Atención Temprana en la comunidad de Madrid. La experiencia de un programa marco de coordinación de Getafe. Madrid. Tesis Inédita de la Universidad Complutense de Madrid.

Guillén, M.D (2010). Educación Infantil y Atención Temprana: Análisis de su relación. Autodidacta. 2. 76-80.

Gutiez, P. (1995). La educación infantil: modelos de atención a la infancia. Revista Complutense de educación. 6. 15-18.

Humphries, M.L.y Keenan, K.E. (2006). Theoretical, developmental and cultural orientations of school-based prevention programs for preschoolers. Clinical child and family psychology review, 9(2), 135-48.

Instrucciones de 22 de junio de 2015, de la dirección general de participación y equidad, por las que se establece el protocolo de detección, identificación del alumnado con necesidades específicas de apoyo educativo y organización de la respuesta educativa.

López Bueno, H. (2011). Detección y Evaluación de necesidades educativas especiales en el Sistema Educativo. Etapas de 0-6 años: Escuela Infantil y primer curso de educación primaria . Facultad de Educación. Departamento de didáctica y Organización Escolar. Universidad Complutense de Madrid, Madrid.

López Herrería, J.A. (1998). El derecho a la educación. *Revista Interuniversitaria*. 15. 293-312.

Luengo, J.A. (2012). La Atención Temprana, ayer, hoy y mañana. Derechos, un lugar desde el que partir, un lugar hacia el que mirar. *Revista Psicología Evolutiva*. 18, 30-41.

Mattern, J. (2015). A Mixed-Methods Study of Early Intervention Implementation in the Commonwealth of Pennsylvania: Supports, Services, and Policies for Young Children with Developmental Delays and Disabilities. *Early Childhood Education Journal*.. 43, 57-67.

Mendez, J.L. (2010). How can parents get involved in preschool? Barriers and engagement in education by ethnic minority parents of children attending Head Start. *Cultural Diversity and Ethnic Minority Psychology*, 16. 26-36.

Mendia, R. (2007). La cooperación de la Escuela Infantil con otros agentes de la comunidad. Una adecuada respuesta a las necesidades de atenciones educativas



específicas. Revista Aula de Infantil. 39. 40-42.

Millá, M. G. (2003) “La calidad en Atención Temprana” en *Minusval* (marzo): 71- 74.

Millá, M. G. (2004) “La calidad en los servicios de atención temprana: una propuesta de futuro” en J. Pérez López A. G. Brito de la Nuez (eds.) *Manual de Atención Temprana*. Pirámide, Madrid: 369-382

Mulas, F., y Milla, M.J. (2002). Diagnóstico Interdisciplinario en Atención Temprana. Revista de Neurología. 34. 139-143.

Orteso, F.J. (2015). Atención temprana desde una perspectiva educativa: “análisis de la población atendida por un equipo de orientación educativa y psicopedagógica (de atención temprana)”. Universidad de Murcia.

Parra, J. M. (2006). La educación infantil: su dimensión didáctica y organizativa. Grupo Editorial Universitario.

Pérez López, J. (2010). Modelos explicativos del desarrollo aplicados a la Atención Temprana. En J. Pérez López y Brito de la Nuez (coord.). *Manual de Atención Temprana*. Madrid. Pirámide. 27-44.

Pina, J. (2007). Análisis de un modelo de seguimiento en atención temprana. Tesis inédita de doctorado. Universidad Complutense, Madrid.

Ponte, J. (coord.) (2004) *Guía de estándares de Calidad en Atención Temprana*. Imserso, Madrid.

Ponte, J. et al. (2004). Guía de estandartes de calidad en AT. Madrid: Ministerio de Trabajo y asuntos sociales.

Ruiz Veerman, P. (2005). La formación de los profesionales en deficiencias y discapacidad de la primera infancia. Madrid.

Sánchez, C. (2008). La Educación Infantil y la lucha por la igualdad : más allá de toda duda. Revista de Educación. 10. 31-48.

Soriano, V. (2000). Intervención temprana en Europa: Organización de Servicios y Asistencia a los niños y sus familias. Tendencias en 17 países europeos Agencia europea para el Desarrollo de la Educación Especial. Madrid: Real Patronato de Prevención y Atención a Personas con discapacidad.

**Asociación Protectora de Personas con Discapacidad Intelectual de la Cuenca Minera.**





## **TÍTULO: MÉTODO MADRE CANGURO: INFLUENCIA EN EL NEURODESARROLLO DE RECIEN NACIDOS PREMATUROS.**

### **AUTOR/ ES:**

**M<sup>a</sup> Rocío Cienfuegos Díaz** – Enfermera Hospital Riotinto (Huelva).

Email: [mmrcd85@gmail.com](mailto:mmrcd85@gmail.com)

### **RESUMEN:**

#### **Objetivos:**

Exponer los beneficios que ejerce el método madre canguro para el desarrollo neurológico de niños con prematuridad.

#### **Material y Métodos:**

Revisión bibliográfica exhaustiva sobre la evidencia científica relacionada con el tema de estudio en español, publicada hasta diciembre de 2016, en las bases de datos Uvadoc.uva.es, Revistas.ut.edu.co y Dialnet.

- Descriptores: “método madre canguro”, “premature”, “neurodesarrollo”, “familia”.
- Fórmulas de búsqueda: en metabuscador Google Académico: “método madre canguro” “piel a piel” “neurodesarrollo” “enfermería”.

#### **Resultados:**

El recién nacido prematuro (antes de 37 semanas de gestación) presenta inmadurez en todos los sistemas que pueden comprometer el neurodesarrollo al interferir en la ventilación, el intercambio gaseoso, la defensa de patógenos, etc.

Para disminuir los efectos no deseados que las UCIN producen tanto en el recién nacido como en la familia, se llevan a cabo los Cuidados Centrados en el Neurodesarrollo (CNN).

Aquí se incluyen intervenciones al control de los estímulos externos, optimizar el entorno en el que se desarrolla el niño y mantener la postura del neonato prematuro, y



se favorece la participación de la familia. Es aquí donde se incluye el método madre canguro.

El Método Madre Canguro es una técnica que consiste en el contacto piel a piel continuo, temprano y prolongado entre la madre y su prematuro, de inicio en el hospital. Se pueden beneficiar prácticamente todos los prematuros, aunque todos los casos deben ser adaptados individualmente.

Existen dos formas diferentes de aplicar el método: intermitente y continuo. En la mayoría de las UCIN está implantado el intermitente. El tiempo mínimo estimado, para que el método ofrezca ventajas, es de 90-120 minutos.

Se coloca al niño en posición vertical sobre el pecho de su madre/padre, en decúbito ventral, y con la cabeza de lado, fomentando el contacto piel con piel, proporcionando una fuente de calor constante al niño.

Esta posición favorece la recepción de estímulos positivos que facilitan la adecuada organización cerebral y mejoran la evolución posterior. Se ha comprobado la estabilización de parámetros fisiológicos y mejoría de los periodos de reposo.

Numerosos estudios evidencian las ventajas que favorece el MMC para el prematuro: mejora la termorregulación, acelera la adaptación metabólica, reduce los episodios de apnea, permite y favorece la lactancia materna, menor riesgo de infecciones, mayor ganancia de peso, aumento de la confianza de las madres en el cuidado de sus hijos y reducen la estancia hospitalaria.

### **Discusión/conclusiones:**

La prematuridad es un problema relevante de salud pública que requiere atención y estudio.

Las principales patologías asociadas son patologías neurológicas en torno a la inmadurez del Sistema Nervioso que presenta el recién nacido.

Continuar investigando medidas para la prevención de partos prematuros, así como el tratamiento a los recién nacidos prematuros es necesario, el refuerzo del vínculo madre-hijo y prevención y manejo de complicaciones a largo plazo.

El MMC mejora el crecimiento en prematuros, reduce la morbilidad y protege al recién nacido de hipotermia, hipoglucemia y sepsis. Acelera la maduración del cerebro de prematuros sanos cuando se realiza durante periodos prolongados. Además, favorece la lactancia materna exclusiva.

**Preferencia de presentación:** escrita (formato póster).



## **TÍTULO: MULTIDISCIPLINARIEDAD Y TRANSDISCIPLINARIEDAD EN ATENCIÓN TEMPRANA**

### **AUTORES:**

**Laura Casares Landauro.**

Hospital San Juan de Dios de Córdoba, Unidad de Atención Temprana.

[Laura.casares@sjd.es](mailto:Laura.casares@sjd.es)

### **RESUMEN:**

La Atención Temprana desde su origen se ha caracterizado por la influencia de diferentes disciplinas que tienen como centro de interés la prevención e intervención en el desarrollo del niño con discapacidad o riesgo de padecerla y su integración social. El presente trabajo tiene como objetivo resaltar la importancia de la Atención Temprana como un servicio integral, donde la verdadera calidad y eficacia reside en la fusión de saberes y globalización. Para ello, analizaremos la coordinación existente regulada por la legislación vigente, para poder concluir los beneficios de la misma, así como las mejoras que se podrían realizar. Mediante esta revisión se refleja la evolución del concepto y los cambios que implica en el modelo de intervención centrándonos en la importancia de la coordinación entre agentes implicados.

**Palabras clave:** Atención Temprana. Trastornos en el desarrollo infantil. Familia. Multidisciplinariedad. Transdisciplinariedad.

**Asociación Protectora de Personas con Discapacidad Intelectual de la Cuenca Minera.**



## 1. Introducción

Desde que surge el concepto de Atención Temprana (AT), se vincula a éste el concepto de globalización, entendiéndolo como saber aportar la sabiduría de cada área especializada a un grupo experto y a su vez, que cada profesional de ese grupo traslade a su práctica el conocimiento del otro, buscando siempre la mejora del servicio dado. De dicha relación surgen dos de los pilares básicos de esta intervención: la interdisciplinariedad y la transdisciplinariedad.

Sin embargo, debemos tener presente que Atención Temprana significa incidir sobre el menor, su familia y su entorno y eso requiere establecer una coordinación exhaustiva con todos los servicios y agentes implicados en su evolución: Salud, Servicios Sociales e Igualdad, Educación y por supuesto, la familia. Por todo lo anteriormente expuesto, debemos analizar los diferentes niveles de coordinación entre profesionales existentes en la actualidad y su repercusión sobre el menor y la familia.

El fin de este análisis es resaltar la orientación holística que caracteriza la Atención Temprana para así abarcar las alteraciones biológicas, psicológicas y sociales cumpliendo las funciones preventivas (primaria, secundaria y terciaria) para obtener como resultado las claves de una intervención integral y plantear nuevas líneas de actuación.

**Asociación Protectora de Personas con Discapacidad Intelectual de la Cuenca Minera.**



## 2. Concepto de Atención Temprana

En el Libro Blanco de la Atención Temprana (Grupo de Atención Temprana, 2000) se definió la AT como “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”. Aludiendo a la última parte de la definición anterior, debemos hacer mención a lo que se denomina “*principios científicos sobre los que se fundamenta la Atención Temprana*”, según el Grupo de Atención Temprana son: Pediatría, Neurología, Psicología, Psiquiatría, Pedagogía, Fisioterapia, Lingüística, etc. Por tanto, todos estos servicios, y por ende los profesionales que los conforman, deben coordinarse y establecer objetivos conjunto teniendo como fin una intervención temprana de calidad.

En la actualidad, en el Decreto 85/2016, del 26 de abril de 2016 se regula la Atención Temprana en Andalucía resaltando la esencia de este servicio, es decir, la AT debe ser:

- Un conjunto de intervenciones planificadas por un equipo interdisciplinar o transdisciplinar.

**Asociación Protectora de Personas con Discapacidad Intelectual de la Cuenca Minera.**



- Una pronta respuesta para la población infantil menor de 6 años que presente un Trastorno en el desarrollo o tenga riesgo de padecerlo así como a su familia y entorno.

En la legislación actual no solo se expone el concepto y los principios que conforman este servicio, sino que también se contempla a los profesionales y su cualificación y compromiso. El Boletín Oficial de la Junta de Andalucía en la Orden del 13 de diciembre de 2016 por la que se establecen las condiciones materiales y funcionales de los Centros de Atención Infantil Temprana (CAIT) para su autorización, refiere en su artículo 4º que el personal de los CAIT generalistas, el equipo básico de intervención directa con el menor, la familia y el entorno debe estar formado por perfiles profesionales de Psicología, Logopedia y Fisioterapia. Reconociendo a su vez que, “Ante la necesidad de nuevos terapeutas que se incorporen al equipo básico, justificado por las necesidades del servicio en función de las características de menores y familias, el perfil de los mismos se adecuará a dichas características y se priorizará que incluya formación específica y experiencia en Atención Temprana”.

Tras exponer la definición del concepto y su influencia en la legislación vigente es debido resaltar la importancia del diálogo y la cooperación entre profesionales de diferentes campos para atender cualquier necesidad que la población a la que nos

**Asociación Protectora de Personas con Discapacidad Intelectual de la Cuenca Minera.**



dirigimos presente, y a su vez, hace mayor hincapié en la formación específica como garantía de calidad.

### **3. Niveles de intervención en Atención Temprana**

#### **3.1 Menores de 6 años que presenta un Trastorno en el desarrollo o tienen riesgo de padecerlo**

La población infantil sobre la que intervenimos debe considerarse como un “todo”, valorando en cada evaluación que se realice su desarrollo biológico, psíquico, social, escolar, familiar e intrapersonal. Es un compromiso de los profesionales de este campo saber dar respuesta al menor atendiendo a su desarrollo global, es decir, la intervención debe ser un consenso entre todos los agentes implicados pero también debe comprender todas las áreas psicoevolutivas del menor.

Un trastorno en el desarrollo implica una desviación del desarrollo normotípico, por lo que el principal objetivo que debemos plantearnos es intervenir sobre las necesidades que presente o pueda presentar y fomentar su autonomía potenciando todas sus fortalezas o virtudes. En este sentido es donde toma mayor valor un equipo multidisciplinar y la orientación interdisciplinar o transdisciplinar, ya que cada profesional desde su saber podrá aportar y orientar sobre la mejora en las dificultades del niño.

**Asociación Protectora de Personas con Discapacidad Intelectual de la Cuenca Minera.**



Los Trastornos que presentan o tienen el riesgo de padecer los menores que acuden a este Servicio son:

- Trastornos cognitivos o retrasos evolutivos.
- Trastornos psicomotores.
- Trastornos motores.
- Trastornos sensoriales.
- Trastornos de la comunicación y el lenguaje.
- Factores de riesgo biológicos que precisen seguimiento.
- Afectivo y social y de autonomía personal.

### 3.2 Familia

La familia es posiblemente el agente más importante de este conjunto de intervenciones, ya que son quienes nos transmitirán la información real del menor y con quien debemos consensuar los objetivos de tratamiento. Sin embargo, esto no significa que siempre estén preparados para aceptar un diagnóstico, por lo que también supone un reto para los profesionales de AT poder dar respuesta a sus necesidades, orientarles y apoyarles en el proceso de duelo por el que la mayoría de familiares pasan.

En este sentido se ha experimentado un gran cambio, los familiares han pasado de ser meros espectadores a “coterapeutas”, reconociéndose su importancia en este

**Asociación Protectora de Personas con Discapacidad Intelectual de la Cuenca Minera.**



proceso, ya que son ellos quienes trasladan los objetivos planteados en la intervención del menor a todos los contextos donde se desarrolla su vida ayudando así a la generalización de aprendizajes y siendo quienes nos “devuelven la información” para poder, realmente, adaptar los objetivos y materiales sus necesidades.

Establecer una coordinación verdadera entre todos los agentes implicados en la vida del menor no solo rebaja el nivel de estrés de la familia, sino que es un derecho de ambos.

### 3.3 Entorno

Según la Real Academia Española *entorno* significa “Conjunto de características que definen el lugar y la forma de ejecución de una aplicación”, por tanto, nosotros debemos atender como profesionales de este campo a todas las características que definen los lugares y las personas que marcan y determinan el futuro del menor, los agentes que inciden en la vida del niño actúan como moldeadores del mismo. Pero ¿Qué significa atender? En conclusión significa conocer la realidad y, por tanto, a las personas implicadas en su desarrollo, conocer al menor desde la globalidad para poder adaptarnos a sus necesidades y las necesidades que se presentan en el medio, dichas necesidades serán condicionas por los factores anteriormente mencionados.

Los niveles de coordinación que deben existir y por lo que debemos velar son:

- Interinstitucional

**Asociación Protectora de Personas con Discapacidad Intelectual de la Cuenca Minera.**



- Intrainstitucional
- Interprofesional

¿Cuáles son los agentes implicados? Como se ha citado en párrafos anteriores, el niño se ve influenciado por profesionales e iguales de su entorno familiar, social, escolar y sanitario. Es por este motivo por el que nuestras líneas de acción deben ser:

- Mantener un espacio y tiempo dentro del Centro de Atención Infantil Temprana para poder analizar las necesidades de los menores desde la multidisciplinaridad y así poder dar una respuesta de calidad al menor y la familia.
- Atender y orientar a las familias en este proceso intentando adecuar a cada situación las medidas necesarias.
- Compartir información con las Unidades de Atención Infantil Temprana (UAIT) para poder conocer su opinión como expertos y agentes de recepción o acogida al servicio de Atención Temprana.
- Reunirse periódicamente con Equipos de Orientación Educativa y profesionales del campo educativo como maestros, monitores, orientadores, etc.
- Se deben realizar visitas a los centros escolares para conocer las necesidades del niño partiendo del entorno en el que se desenvuelve y analizando su comportamiento en dicho contexto.

**Asociación Protectora de Personas con Discapacidad Intelectual de la Cuenca Minera.**



- Mantener un diálogo constante con el Equipo Provincial de Atención Temprana (EPAT).
- Reuniones con Servicios Sanitarios que asistan al menor, como Pediatría, Neonatología, Neurología Pediátrica, Rehabilitación, Unidad de Salud Mental Infanto-Juvenil u otros servicios.
- Participar en la innovación e investigación, siendo parte activa en la puesta en práctica de Protocolos de detección precoz, como el Protocolo de Intervención del Recién Nacido de Riesgo.

#### **4. Conclusiones y posibles mejoras en la práctica diaria**

A modo de conclusión es necesario resaltar el valor de los pilares que definen este servicio tomándolos como indicadores de calidad en nuestra práctica diaria. La orientación holística a la que hacíamos referencia en líneas anteriores significa atender el “todo” del menor, la familia y el entorno, pero a su vez, también sugiere conformar un equipo multidisciplinar, que se cimiente sobre el diálogo y el intercambio de saberes teniendo como fin dar una respuesta acorde a las necesidades de la población atendida.

Por otra parte, el fin de este texto no es otro más que invitar a la reflexión sobre nuestra práctica profesional, en la que debemos dar un papel principal a la familia y



respetar su derecho a la información haciéndoles partícipes en la toma de decisiones.

Como fruto de la experiencia vivida y siendo una meta a conseguir diariamente, resaltaría la necesidad de seguir formándonos y especializándonos. Debemos contemplar como una posible mejora tomar la iniciativa de abrir nuevos diálogos con profesionales que puedan mejorar nuestra intervención, no olvidar la globalidad en nuestro trabajo y sobre todo, a pesar de las barreras y limitaciones que el tiempo plantea, coordinarnos con los diferentes agentes implicados en el desarrollo conociendo la realidad del menor en todos los contextos donde se desarrolla, para poder implantar las medidas y recursos necesarios pero sobre todo adecuados a sus características.

**Asociación Protectora de Personas con Discapacidad Intelectual de la Cuenca Minera.**



## **TÍTULO: PROGRAMA DE INTERVENCIÓN EN ATENCIÓN TEMPRANA PARA NIÑOS PREMATUROS.**

### **AUTORA:**

**Sara Esperanza Berro Martín**

Dirección de e-mail: [msara\\_as\\_93@hotmail.com](mailto:msara_as_93@hotmail.com)

### **RESUMEN:**

Normalmente, cuándo una pareja espera la llegada de un nuevo hijo suponen que tanto la gestación como el parto tendrán un curso normal, no estando preparados para un nacimiento prematuro (Ocampo, 2013). Sin embargo, la prematuridad es uno de los problemas de salud más prevalentes en la población infantil (García, 2015). Entre un 8 y un 10% de los nacimientos ocurren antes de la semana 37 de gestación, justificando el 75% de la mortalidad perinatal y el 50% de la discapacidad infantil (García et al., 2012).

Actualmente, en los bebés prematuros con una edad gestacional inferior a 32 semanas o un peso por debajo de 1.500g, se ha conseguido aumentar los índices de supervivencia. Sin embargo, las tasas de mortalidad continúan preocupando, al ser la prematuridad una de las principales causas de muerte en los recién nacidos (García et al., 2012).

**Asociación Protectora de Personas con Discapacidad Intelectual de la Cuenca Minera.**





El nacimiento prematuro es una situación generadora de estrés para el entorno familiar y muy especialmente para la madre. Pero este estrés, no siempre se debe a la gravedad del neonato, sino a una inapropiada percepción parental del diagnóstico relacionado con la capacidad para hacer frente y a la propia ansiedad de los progenitores. Los progenitores mantienen expectativas de fragilidad que tiene como consecuencia una menor sintonía e interacción con su hijo (Alberdi, 2006).

A pesar de todo lo anterior, la realidad es que son muy escasos los trabajos dedicados a abordar esta problemática (García et al., 2012); por ello, he seleccionado el tema para la realización del programa de intervención; ya que se ha demostrado que una identificación precoz de estos trastornos junto con una estimulación adecuada es esencial para alcanzar el bienestar de los menores y sus familias (García, 2015).

**Palabras claves:** prematuro, estrés, intervención.

## 1. Introducción

El parto prematuro es uno de los mayores desafíos clínicos actualmente de la Medicina Perinatal. Existe un aumento de la tasa de prematuridad en los países desarrollados, llegando a observar como el número de bebés que nacen prematuramente se ha duplicado en nuestro país (Cano-Giménez et al., 2011). En España,

**Asociación Protectora de Personas con Discapacidad Intelectual de la Cuenca Minera.**





según el Instituto Nacional de Estadística hemos pasado del 5.9% en el año 1996 al 29.122% en 2012 (ABC, 2014).

La mayoría de los embarazos duran entre 37 y 42 semanas, siendo la fecha promedio de parto la semana 40. Durante este tiempo que el bebé permanece en el cuerpo materno, sus órganos logran madurar adecuadamente. Sin embargo, no todos los niños nacen dentro de estos parámetros. Los que nacen antes de las 37 semanas de gestación reciben el nombre de prematuros (Rodríguez, 2015). De acuerdo con la Organización Mundial de la Salud (OMS), se considera recién nacido prematuro a todos aquellos niños que nacen entre la semana 22 y 36.6 tras la amenorrea materna, siendo la gestación una variable fisiológica fijada en 280 días o 40 semanas, más menos 15 días (Cano-Giménes et al., 2011).

Ahora bien, dentro de la prematuridad podemos distinguir grados, que se establecen en función de las semanas de gestación que el niño ha tenido (Cano-Giménez et al., 2011):

- *Prematuro tardío*: niño que nace entre las 34 y 36 semanas de gestación.
- *Gran prematuro*: nace entre la semana 28 y 33 de gestación.
- *Extremadamente prematuro*: nace con menos de 28 semanas de gestación.

**Asociación Protectora de Personas con Discapacidad Intelectual de la Cuenca Minera.**



Además, actualmente se tiende a usar la relación con el peso más que las semanas de gestación al hacer referencia a los nacimientos prematuros. En este sentido, un niño nace con un peso adecuado cuando al nacer, éste es superior a 2.500 gramos. Al igual que ocurría con la prematuridad, en el bajo peso también existen grados, de modo que los bebés se agrupan, en las siguientes categorías (Cano-Giménez et al., 2011):

- *Bajo peso al nacer:* niño que nace con un peso inferior a 2.500 gramos y superior a 1.500 gramos.
- *Muy bajo peso al nacer:* si nace con un peso menor a 1.500 gramos y superior a 1.000 gramos.
- *Peso extremadamente bajo:* si nace con un peso menor a 1.000 gramos.

Normalmente, se mezclan los conceptos de prematuridad con bajo peso, destacando que las situaciones más graves se dan en los niños con menos semanas de gestación y de menor peso (Cano-Giménez et al., 2011).

Hoy en día, las posibilidades de supervivencia de los bebés prematuros han ido aumentando, gracias a los avances en la medicina. Sin embargo, nos estamos enfrentamos a un límite biológico que está establecido entre las 23-24 semanas de gestación y 400 gramos de peso. Por debajo de estas cifras, son muy escasas las probabilidades de sobrevivir, y casi todos los que llegan a hacerlo sufren secuelas muy graves, padeciendo graves alteraciones discapacitantes (Cano-Giménez et al., 2011).

**Asociación Protectora de Personas con Discapacidad Intelectual de la Cuenca Minera.**



### Factores de riesgo relacionados con la prematuridad

Aunque no conocemos en profundidad las razones del incremento de la tasa de niños prematuros, se han postulado varias teorías que podrían estar implicadas. Concretamente, hay diversos factores epidemiológicos, clínicos y ambientales relacionados con el desencadenamiento de un parto prematuro (García, 2015; Rodríguez, 2015):

- *Factores maternos:* La edad de la madre durante el embarazo inferior a los 18 años o superior a los 35, y especialmente después de los 40 años ha sido uno de los factores de riesgo más relacionados con el desencadenamiento de un parto prematuro. Otros factores asociados son la baja talla materna, un bajo peso materno anterior al embarazo o una ganancia inadecuada de peso durante la gestación. El consumo de tabaco durante el embarazo podría contribuir al 10-20% de todos los partos prematuros; al igual que el consumo de otras sustancias tóxicas como la cocaína u otras drogas de abuso que provocan vasoconstricción aumentando el riesgo de hemorragia y desprendimiento placentario.
- *Factores obstétricos:* Los antecedentes obstétricos en ocasiones son predictores de un parto prematuro. Así la recurrencia de partos prematuros podría oscilar entre el 17-40% de mujeres con antecedente de un parto prematuro previo, al

**Asociación Protectora de Personas con Discapacidad Intelectual de la Cuenca Minera.**



igual que el antecedente de abortos especialmente en el segundo o tercer trimestre de embarazo. Se estima que la rotura prematura de membranas está presente en aproximadamente el 25-30% de los partos prematuros, constituyendo uno de los factores obstétricos más relacionados con la prematuridad. Otros factores maternos que podrían estar relacionados serían la comorbilidad médica crónica durante el embarazo como la diabetes, la hipertensión arterial o enfermedades cardíacas o renales; así como la presencia de infecciones agudas bacterianas durante la gestación, o el exceso o defecto de líquido amniótico.

- *Aumento de gestaciones múltiples:* Actualmente los embarazos múltiples constituyen uno de los principales factores de riesgo de parto prematuro. Aproximadamente el 50% de los embarazos gemelares terminan antes de la semana 37 de gestación, con una media de 35 semanas para los gemelos, 33 semanas para los trillizos y 29 semanas para los cuatrillizos.
- *Progreso y proliferación de las técnicas de reproducción asistida:* Fundamentalmente por su relación con el aumento de gestaciones múltiples, aunque también se ha observado un incremento de nacimientos prematuros cuando se implanta un solo embrión.



- *Situación de estrés en la gestación.*
- *Factores demográficos:* En Estados Unidos la tasa de prematuridad entre las mujeres de raza negra es del 16-18% comparada con el 7-9% de las mujeres de raza blanca. Otros factores asociados son un bajo nivel socioeconómico y educativo, o la inadecuada asistencia de salud.
- *Factores fetales:* Las complicaciones maternas y fetales son causantes de entre el 15 y el 25% de los partos pretérmino en nuestro medio. La presencia de malformaciones fetales, especialmente las que involucran a varios órganos y sistemas, y concretamente al sistema nervioso central se han relacionado con mayor riesgo de prematuridad.
- *Mayor número de inducciones y cesáreas electivas* para reducir efectos contraproducentes sobre el feto.

### Secuelas de la prematuridad

El nacimiento de un bebé prematuro produce una gran agitación emocional y demanda un conjunto de ajustes, tanto por parte de los padres como del recién nacido (Mesa y Gómez, 2010). El embarazo como proceso de preparación para la llegada del bebé se ve bruscamente interrumpido (Martínez, 2010); alterando el proceso de representación de los progenitores sobre el bebé imaginario y creando preocupaciones

**Asociación Protectora de Personas con Discapacidad Intelectual de la Cuenca Minera.**



ansiosas que se basan más en creencias parentales que en conceptos médicos reales (Alberdi, 2006).

Durante el séptimo mes de embarazo las representaciones sobre el futuro niño declinan y permiten preparar a los futuros padres para hacer frente a las características reales de su bebé. Sin embargo, el nacimiento prematuro antes del séptimo mes, impide que el desarrollo de las representaciones imaginarias tenga lugar de forma armónica, bloqueando el sistema representacional de los progenitores ya que, deben enfrentarse a un niño real frágil y de características especiales sin haber renunciado al bebé ideal (Alberdi, 2006).

Esta anticipación contribuye a dificultar la relación temprana extrauterina (Mesa y Gómez, 2010). Si bien el encuentro del bebé con su padre y su madre es prematuro en el nacimiento, es postmaduro en la interacción. Esta realidad se debe a que la familia se ve alejada de los cuidados e intercambios con su bebé por la estancia en las unidades de cuidados intensivos y las posibilidades de intimidad con la madre y el padre prácticamente desaparecen. La sobrevivencia de estos bebés implica un aumento tanto en el tiempo de permanencia en el hospital como del riesgo de padecer problemas severos a nivel físico y psicológico. La fragilidad y vulnerabilidad inciden en el vínculo afectivo por el temor del padre y de la madre a apegarse a alguien que de manera más o menos permanente está próximo a la muerte. Por lo anterior, es importante ayudar a los

**Asociación Protectora de Personas con Discapacidad Intelectual de la Cuenca Minera.**



padres y madres de bebés prematuros a encontrar o a recuperar la esperanza, componente esencial que favorece la vinculación con el hijo o hija. Las mayores fuentes de estrés de los padres y madres de prematuros son el miedo a la pérdida, la impresión que produce la apariencia física del bebé y la experiencia de tener que separarse del niño o niña (Mesa y Gómez, 2010).

Por su parte, los bebés prematuros suelen presentar vínculos inseguros y son más vulnerables a las dificultades en la interacción social con sus madres. Son niños menos organizados, están menos alerta y son menos reactivos que los nacidos a término. También suelen ser niños que tardan más tiempo en comprometerse en el juego social y que muestran menos afecto positivo. Ante estas actitudes, las madres, se muestran más intrusivas y menos dispuestas a participar en interacciones cara a cara en comparación con las madres de los bebés nacidos a término (Martínez, 2010; Alberdi, 2006).

Además de lo anterior, los niños y niñas prematuros, durante el primer año de vida, son compañeros o compañeras menos gratificadores para sus padres y madres, en comparación con los niños y niñas nacidos a término. Son bebés que muestran más emociones negativas y menos afectos positivos; son más pasivos y menos responsivos socialmente; es difícil para ellos y ellas estar alerta, y una vez lo consiguen fácilmente caen en estados de sobre-estimulación (Mesa y Gómez, 2010).

**Asociación Protectora de Personas con Discapacidad Intelectual de la Cuenca Minera.**



En relación a las alteraciones neuropsicológicas, las principales áreas alteradas en función ejecutiva son la fluidez verbal, la memoria de trabajo y la flexibilidad. También se ha comprobado que los niños y niñas muy prematuros presentan dificultades en los procesamiento visoespaciales y visomotores. Estos déficits tienen un impacto negativo en los procesos de aprendizaje, incluso en niños sin ninguna alteración sensorial o del desarrollo (García et al., 2012).

El riesgo de complicaciones neurológicas en el recién nacido prematuro viene determinado por la influencia de varios factores. Por un lado, derivado del crecimiento incompleto e inmadurez de sus estructuras cerebrales, unido a una insuficiente mielinización; y por otro lado, en relación con la fragilidad de los vasos cerebrales, especialmente a nivel de la matriz germinal, la labilidad a los cambios hemodinámicos, la pérdida de autorregulación de la circulación sanguínea cerebral en situaciones de isquemia, cambios en la volemia o complicaciones respiratorias, o los trastornos en la coagulación. Este riesgo guarda una relación directa con la edad gestacional. Si a esto le sumamos el efecto que puede tener una enfermedad o una infección, el riesgo de complicaciones neurológicas se multiplica de forma exponencial (Rodríguez, 2015).

Ante todo lo expuesto, podemos resumir que pese a los avances que han permitido un aumento de la supervivencia de niños prematuros, el seguimiento de esta



población pasa a ser pertinente y obligatorio, debido a que el grado de vulnerabilidad no ha disminuido lo suficiente.

## **2. Objetivos del trabajo**

El objetivo de este trabajo es la creación de un programa de intervención centrado en el bebé prematuro, en sus progenitores y en la díada madre-niño; siendo el principal objetivo que los bebés prematuros que presentan trastorno en su desarrollo o tienen riesgo de padecerlo, reciban, siguiendo un modelo biopsicosocial, todo aquello que desde la vertiente preventiva y asistencial pueda potenciar su capacidad de desarrollo y bienestar.

## **3. Diseño del programa de atención temprana**

El programa que vamos a llevar a cabo es una combinación de programas estandarizados (dirigidos a una población en general, es decir a un grupo de individuos donde la mayoría cumplen una serie de características comunes) e individuales (programas dirigidos a un niño en concreto). También buscamos que los progenitores tengan un papel activo en el desarrollo del programa.

**Asociación Protectora de Personas con Discapacidad Intelectual de la Cuenca Minera.**



### Descripción del programa

En la primera sesión recibimos a los progenitores junto al bebé. Siempre pedimos que acudan ambos progenitores. Creamos un clima de confianza y seguridad, y administramos una entrevista semiestructurada.

Tras ello, informamos de como procederemos a realizar la intervención. El programa consta de tres sesiones semanales, repartidas de la siguiente forma: una vez a la semana trabajaremos con el bebé, siempre teniendo en cuenta que estaremos en salas con cristales unidireccionales para que los progenitores puedan observar todo el trabajo que realizamos; otro día de la semana acudirán los papás junto con el bebé, para realizar actividades conjuntas; el tercer día, serán sesiones alternas, una semana únicamente los papás, sin el bebé, y otra semana sesiones de grupos de padres de niños prematuros.

### Sesiones con el bebé

- Profesional: Especialista en atención temprana.
- Duración: 45 minutos.
- Objetivo general: estimulación del bebé en base a su edad y sus necesidades.
- Ejercicios. Los dividimos en diferentes áreas, especificando en cada una los objetivos generales a alcanzar; así como los objetivos específicos para cada niño.

**Asociación Protectora de Personas con Discapacidad Intelectual de la Cuenca Minera.**



- *Área de psicomotricidad.* Se encuentra dividida en psicomotricidad gruesa (objetivo: potenciar el control de los movimientos musculares generales del cuerpo: piernas, brazos y cabeza) y psicomotricidad fina (objetivo: proceso de refinamiento del control de la motricidad gruesa, se desarrolla después de ésta y resulta de la maduración del sistema neurológico).
- *Lenguaje.* Esta área la dividimos en lenguaje expresivo (objetivo: lograr que el bebé se exprese mediante sonidos, palabras, gestos o señas y así poder transmitir información a los demás) y lenguaje comprensivo (objetivo: potenciar la comprensión del lenguaje, es decir, recibir y comprender la información).
- *Área perceptivo cognitiva.* Objetivo: conseguir que el niño esté conectado con su entorno, mostrando una buena capacidad de respuesta, de manera que pueda influir correctamente sobre él. Se enseña al niño a adquirir unos niveles adecuados de manipulación y exploración de los materiales a su alcance; que logre buenos niveles de juego; que sea capaz de ir resolviendo los pequeños problemas que se le van planteando en sus rutinas diarias, elaborando las estrategias apropiadas para ello; que pueda influir sobre el ambiente, provocando oportunidades de relación que van a tener una notable influencia en su desarrollo. En esta área se valora la habilidad y capacidad de tipo conceptual. Tenemos que evaluar la



discriminación perceptiva, la memoria, el razonamiento, habilidades escolares, las estrategias de planificación y estrategias más elaboradas de pensamiento como la permanencia del objeto.

- *Área social.* Objetivo: mejorar las interacciones sociales significativas del niño. Se evalúa su capacidad para apreciar la existencia del otro y su capacidad de interacción con él, la sonrisa social, su capacidad de reacción frente al otro, su capacidad de expresión de sentimientos a través de diferentes medios (lloros, risa...), la capacidad de entender al “otro”, el autoconcepto, la colaboración, el rol social y la afectividad.

#### Sesiones con el bebé y sus progenitores

- Profesional: Psicólogo especialista en atención temprana.
- Duración: 45 minutos.
- Objetivos: Mejorar el vínculo progenitores-bebé.
- Ejercicios (mostramos algunos ejemplos):
  - *Contacto piel con piel.* Inspirados en el Método Madre Canguro, buscamos crear un contacto prolongado piel con piel tanto de la madre como del padre con su bebé.

Para poner en práctica este ejercicio, la ropa de los progenitores debe ser cómoda y el bebé debe estar vestido únicamente con un pañal.

**Asociación Protectora de Personas con Discapacidad Intelectual de la Cuenca Minera.**



La posición correcta del neonato es entre los pechos de la madre, en posición vertical. La cabeza debe estar vuelta hacia un lado, ligeramente extendida para mantener abiertas las vías respiratorias y favorecer el contacto visual madre-bebé. Las piernas en posición de “rana” y los brazos deben estar flexionados (Martínez, 2010).

Cuando el papá o la mamá se encuentra en contacto piel con piel con su bebé, lo inducimos a que se relaje y que experimente todas las sensaciones que esta situación le transmite. Pedimos que lo practiquen en casa.

- *Musicoterapia.* Proceso de estimulación auditiva controlado y no invasivo.

La musicoterapia se puede aplicar de diferentes formas: activa (música en vivo, utilizando instrumentos y la voz), pasiva (grabaciones con música clásica, voces de los padres...) y combinada.

En este caso, lo más adecuado es emplear una musicoterapia combinada. Por una parte, la música en vivo sirve de soporte emocional de la interacción bebé-adulto, dándoles el “colchón” apropiado para la comunicación entre ambos. Además, con este tipo de intervención, el bebé se convierte en parte activa del hecho musical, interviniendo con sus acciones sonoro-musicales y rítmicas. El tener en cuenta la voz del adulto en la intervención, se debe a los efectos beneficiosos que produce en la



relajación y en la disminución de los niveles de cortisol de los bebés. Respecto a la música pasiva, emplearemos fragmentos de Vivaldi, Mozart, sonidos de la naturaleza, voces de los padres contando un cuento o cantando una nana (Cobo-Huete et al., 2015).

La aplicación de la musicoterapia, tiene un efecto beneficioso sobre los parámetros tanto fisiológicos como psicológicos. Así, podemos concluir que la mayoría de los bebés responden de forma positiva durante y después de la intervención musical regulando los niveles fisiológicos alterados hacia valores normales (disminución de la frecuencia cardiaca, de la frecuencia respiratoria, del gasto energético en reposo y aumentando la saturación de oxígeno además del peso debido a mejores tasas de succión) y aumentando su bienestar a través del control de las respuestas psicológicas como la expresión emocional (disminuyendo el llanto, el estado de excitación y aumentando el sueño) (Cobo-Huete et al., 2015).

- *Interacción padre-hijo.* Este programa busca servir de apoyo para mejorar el apego, autoconfianza e interacción con el recién nacido, aprender a identificar sus necesidades e instruirlos en aspectos importantes del desarrollo (Pérez y Llerena, 2010).



En un primer momento, dejamos que los padres interactúan libremente con sus hijos mientras nosotros observamos. Tras un período de una o dos sesiones, les vamos guiando en sus actuaciones.

### Sesiones de pareja

- Profesional: Psicólogo especialista en atención temprana y familia.
- Duración: 60 minutos.
- Objetivos: Disminuir la preocupación y ansiedad de los progenitores.
- Ejercicios:
  - *Aceptación de la realidad.* El grado de aceptación del hijo influye muy positivamente en su evolución. Cuando la aceptación familiar no es óptima, pueden aparecer más frecuentemente trastornos de adaptación y de comportamiento familiar, tal como sobreprotección y malos tratos. Por este motivo, el objetivo principal de este taller consiste en recoger de forma sistemática todas aquellas inquietudes y experiencias, necesidades y sentimientos que, a priori, parecían repercutir más en los padres para adaptarse a esta nueva situación y poder vincularse de forma óptima con su hijo. Todo ello con la intención de poder asesorar y formar a los padres en el cuidado de su hijo prematuro (León et al., 2005).



Los temas tratados en esta primera conversación pueden ser: el bienestar personal (estado físico y psicológico de la madre y del padre), la experiencia del embarazo, ingreso en el hospital y nacimiento, cómo han vivido el primer encuentro con el bebé, observación y percepción del recién nacido en este momento, información médica recibida del estado de salud de su hijo y comprensión de la misma, satisfacción con la relación del personal sanitario, apoyo social percibido por su familia y amigos (León et al., 2005).

- *Taller de la culpa y el perdón.* Los padres pasan por momentos difíciles, bien por haber recibido una mala noticia con respecto a la evolución médica de su hijo o bien por la propia carga emocional y estrés mantenido que conlleva la situación. Los progenitores, especialmente la madre, también se sienten culpables por lo sucedido.

En estos momentos, a los progenitores se les ofrecerá la oportunidad de hablar sobre lo que les preocupa y cómo se sienten, creando un clima que favorezca la ventilación emocional. En estas intervenciones, se reestructuran ideas, sentimientos y preocupaciones irracionales (animándoles a buscar información más objetiva), se les dirige en la propia búsqueda de recursos de afrontamiento (entrenamiento en estrategias de reducción de ansiedad: relajación, respiración,



distracción...) y de apoyo social (familiares y amigos). Finalmente, se trabaja con ellos el perdón hacia ellos mismo o hacia su hijo, en el caso de que lo sientan culpable de la situación (León et al., 2005).

#### Sesiones de grupo

- Profesional: Psicólogo especialista en atención temprana y grupos.
- Duración: 60 minutos.
- Objetivos: Buscamos la comprensión y el apoyo por medio del grupo.
- Ejercicios: En estos talleres reforzaremos los temas trabajados la semana previa en las sesiones de pareja. Buscamos que las intervenciones grupales, mejoren el estado emocional de los progenitores, sirvan de apoyo y permitan el surgimiento de sentimientos positivos sobre el hijo o hija (Mesa y Gómez, 2010).

#### **4. Bibliografía**

ABC. (2014). Los nacimientos prematuros han aumentado un 36% en España.

Recuperado el 19 de octubre de 2016 de <http://www.abc.es/familia-padres-hijos/20141117/abci-nacimientos-prematuros-201411171202.html>



- Alberdi, M.C. (2006). *Características del vínculo (attachment): Estudio comparativo de niños prematuros y niños nacidos a término*. Tesis doctoral. Departamento de Psiquiatría y Medicina Legal. Universidad Autónoma de Barcelona.
- Cano-Giménez, E., Brito de la Nuez, A.G. y Pérez-López, J. (2011). Condiciones neonatales y desarrollo mental y psicomotor: sus relaciones en niños muy prematuros a los 2 años de edad corregida. *International Journal Of Developmental and Educational Psychology*, 1 (1), 119-128.
- Cobo-Huete, A., Cerezo-Cortés, E. y Gutiérrez-Gascón, J. (2015). La musicoterapia en el plan de cuidados de los niños prematuros: revisión bibliográfica. *Medicina Naturalista*, 9 (1), 31-37.
- García, M. (2015). *Prematuros tardíos: estudio epidemiológico y valoración del desarrollo psicomotor a los dos años de vida*. Tesis doctoral. Departamento de ciencias biomédicas. Facultad de Medicina.
- García, O., Cruz-Quintana, F., Sosa, M.A., de la Cruz, J., Mañas, M. y Pérez-García, M. (2012). Alteraciones Neuropsicológicas y Emocionales en Niños Prematuros de Muy Bajo Peso al Nacer. *Revista Argentina de Ciencias del Comportamiento*, 4 (2), 3-10.



León, B., Poudereux, M., Giménez, C. y Belaústegui, A. (2005). Sistema de intervención psicológica en unidad de cuidados intensivos neonatales: intervención psicológica en padres de niños prematuros. *Mapfre Medicina*, 16 (2), 130-139.

Martínez, M. (2010). *Eficacia de una breve intervención temprana basada en la evaluación del desarrollo del neonato prematuro: efecto sobre el estrés, la depresión y las percepciones maternas*. Tesis doctoral. Departamento de Psicología Clínica y de la Salud. Universidad Autónoma de Barcelona.

Mesa, A.M. y Gómez, A.C. (2010). La Mentalización como estrategia para promover la Salud Mental en bebés prematuros. *Revista Latinoamericana de Ciencias Sociales, Niñez y Juventud*, 8 (2), 835-848.

Ocampo, M.P. (2013). El hijo ajeno: vivencia de madres de niños prematuros hospitalizados. *Aquichan*, 13 (1), 69-80.

Pérez, G. y Llerena, E. (2010). Algunos programas de educación para los padres de niños muy prematuros podrían no ser efectivos. *Evidencias en Pediatría*, 6 (17), 1-3.

Rodríguez, C. (2015). *Efectos de la prematuridad sobre la coordinación motora y el control postural en niños prematuros sin secuelas neurológicas aparentes*. Tesis doctoral. Instituto de Biomedicina. Universidad de León.



## **TÍTULO: TENDIENDO PUENTES DE LA UNIVERSIDAD A LA PRÁCTICA CLÍNICA.**

### **AUTOR/ ES:**

**M<sup>a</sup> Araceli Sánchez Raya y Equipo CAIT-UCO.**

Universidad de Córdoba.

[edisaram@uco.es](mailto:edisaram@uco.es)

### **RESUMEN:**

El Centro de Atención Infantil Temprana UCO es un centro universitario de carácter sanitario asistencial. Se creó en octubre del 2009 con los objetivos de promover la utilización de programas actuales en la detección, evaluación, diagnóstico e intervención en la infancia de 0 a 6 años con trastornos del desarrollo o con riesgo de padecerlo y a sus familias; e implementar y potenciar la formación y la investigación dentro del ámbito de la atención temprana. Se trata de un Centro que ofrece un servicio público y gratuito a nuestra sociedad a través de un concierto con la Consejería de Igualdad, Salud y Políticas Sociales de la Junta de Andalucía.

Actualmente tiene concertadas 70 plazas con la Consejería de Igualdad, Salud y Políticas Sociales de la Junta de Andalucía. Dicho Centro está coordinado en todo momento con la Delegación Provincial de Igualdad, Salud y Políticas Sociales de Córdoba y son los y las pediatras de Atención Primaria las que envían a estos niños y niñas para que en el centro reciban la estimulación necesaria para minimizar el impacto futuro de sus dificultades actuales. El área de actuación es la ciudad de Córdoba, aunque tenemos algunos niños y niñas de la provincia por diferentes circunstancias.

Nuestro Centro es un centro comprometido con la calidad y es el primer centro con concierto con la sanidad pública que ha obtenido la Acreditación de la Calidad Sanitaria de la Agencia de la Calidad Sanitaria de Andalucía.

**Asociación Protectora de Personas con Discapacidad Intelectual de la Cuenca Minera.**



El CAIT-UCO también tiene un carácter docente ya que alberga alumnado en Prácticas de distintas titulaciones tanto de la universidad de Córdoba como de otras universidades españolas o de fuera de España.

También integra la investigación como responsabilidad principal de la Universidad y con el compromiso de utilizar los más recientes y eficaces descubrimientos científicos en pro del tratamiento de menores con problemas del desarrollo y contribuir en la difusión e investigación aplicada dentro de este campo y facilitando la transferencia del conocimiento y la formación del alumnado de la Universidad de Córdoba, en contextos reales y participativos. Con grandes dosis de innovación como para pretender su propia sostenibilidad y financiación, generando empleo y realizando una actividad asistencial en el ámbito de la salud y la educación con un cariz profesional compatible con varias titulaciones impartidas por nuestra universidad. El Centro de Atención Infantil Temprana está vinculado con dos grupos de investigación del programa PAIDI (Plan Andaluz de Investigación, desarrollo e innovación) y del IMIBIC (Instituto Maimónides de Investigación Biomédica de Córdoba).

**Asociación Protectora de Personas con Discapacidad Intelectual de la Cuenca Minera.**





## **TÍTULO: UNIDAD DE ATENCIÓN INFANTIL TEMPRANA DE HUELVA**

### **AUTOR/ ES:**

**Rocío Alonso Díaz.**

Email: [rocio.alonsodiaz@hotmail.com](mailto:rocio.alonsodiaz@hotmail.com)

**Horacio Alejandro Assaf Bertero.**

Email: [alejandroassaf@gmail.com](mailto:alejandroassaf@gmail.com)

**M Eugenia Ruiz Chaguaceda.**

Email: [mariae.ruiz.ext@juntadeandalucia.es](mailto:mariae.ruiz.ext@juntadeandalucia.es)

### **RESUMEN:**

En el ámbito de salud, para facilitar la continuidad de la atención, se crean las Unidades de Atención Infantil temprana que estarán adscritas al Servicio Andaluz de Salud (SAS). Son unidades de valoración recogidas en el Decreto regulador de la Atención Infantil Temprana en Andalucía que amplía y refuerza la asistencia a los menores de 0 a 6 años con trastornos del desarrollo o riesgo de padecerlos, a través de medidas de prevención, detección precoz, diagnóstico, tratamiento y participación de las familias y del entorno social.

Estas Unidades están formadas por un pediatra y una psicóloga clínica y serán coordinadas por la persona profesional del ámbito de salud del Equipo Provincial de Atención Temprana. Constituyen el primer nivel de atención especializada. Así, ante la

**Asociación Protectora de Personas con Discapacidad Intelectual de la Cuenca Minera.**



sospecha de que un menor presente trastorno del desarrollo o riesgo de padecerlo, el pediatra de Atención Primaria iniciará el trámite de derivación a las Unidades de Atención Infantil Temprana. Los profesionales de estas unidades se encargarán de valorar las necesidades de los menores sobre la base de un diagnóstico funcional que incluye el estudio de las familias y el entorno, decidirán la idoneidad de la intervención y, en su caso, la derivación a uno de los 13 Centros de Atención Infantil Temprana (CAIT) que funcionan en Huelva.

Las valoraciones se realizarán en 5 poblaciones diferentes de la provincia de Huelva, estas son: Huelva, Lepe, La Palma del Condado, Valverde del Camino y Aracena. Entre los objetivos o funciones de la Unidad se encuentran:

- a) Explicar a la familia o tutor legal, con claridad y en lenguaje comprensible, el motivo por el que han sido derivados a su Unidad.
- b) Realizar la valoración de las necesidades de las personas menores en base a un diagnóstico funcional, de sus familias y entorno. Dicha valoración se realizará en el plazo máximo de treinta días naturales desde que se produzca la derivación.
- c) Valorar la idoneidad de la necesidad de intervención temprana en un CAIT.
- d) Emitir el informe de necesidad de intervención y especificar el módulo de intervención inicial de intervención individual de menores que así lo precisen y la justificación de la no intervención.
- e) Completar, si fuera preciso, la información necesaria en el Sistema de Información de Atención Infantil Temprana para favorecer la valoración por el CAIT donde será derivado.
- f) Solicitar, si no se hubiese realizado por el pediatra de Atención Primaria, los estudios complementarios y/o derivaciones a otras especialidades del SAS que faciliten al profesional sanitario el establecer el diagnóstico etiológico-sindrómico.
- g) Establecer pautas o consejos generales de actuación en aquellos casos que no precisen derivación a un CAIT.
- h) Orientar a la familia sobre las características generales del CAIT donde se vaya a realizar la derivación.
- i) Realizar la derivación al CAIT.
- j) Emitir los informes de valoración al Servicio que los ha remitido y al EPAT.

El trabajo de estas Unidades garantizará la coordinación entre profesionales de los CAIT y los centros de salud, así como la continuidad asistencial entre los equipos de Pediatría de Atención Primaria y de la red hospitalaria.



## **TÍTULO: UNIDADES DE ATENCIÓN INFANTIL TEMPRANA.**

### **AUTOR/ ES:**

**María Tapia Chacón.**

Dirección: Calle Vázquez Aroca, nº 16, portal 1- 1º- 1 CP 14005 (Córdoba)

Email: [md.tapia.easp@juntadeandalucia.es](mailto:md.tapia.easp@juntadeandalucia.es)

**Eugenia Lara Quesada.**

Dirección: Calle Córdoba, nº 1, CP 04007 (Almería).

Email: [eugenia.lara.ext@juntadeandalucia.es](mailto:eugenia.lara.ext@juntadeandalucia.es)

**Carmen Orgado Pérez.**

Dirección: Calle Hungría, nº 7, Porta IL 1D CP 41012 (Sevilla).

Email: [carmen.orgado.ext@juntadeandalucia.es](mailto:carmen.orgado.ext@juntadeandalucia.es)

**M José Macías Domínguez.**

Dirección: Calle Yegeb, nº 3, piso 2F, CP 1003 (Granada).

Email: [mariaj.macias.ext@juntadeandalucia.es](mailto:mariaj.macias.ext@juntadeandalucia.es)

**M Eugenia Ruiz Chaguaceda.**

Dirección: Calle Punta Umbría, nº 9, 8º 1 CP 21002 (Huelva).

Email: [mariae.ruiz.ext@juntadanadalucia.es](mailto:mariae.ruiz.ext@juntadanadalucia.es)

**Asociación Protectora de Personas con Discapacidad Intelectual de la Cuenca Minera.**





## **RESUMEN:**

El 29 de abril de 2016 se publica el **Decreto 85/2016, de 26 de abril, por el que se regula la intervención integral de la Atención Infantil Temprana en Andalucía**. En el Artículo 13 se crean las Unidades de Atención Infantil Temprana con el objeto de que lleven a cabo las actuaciones relativas a la valoración de las necesidades de las personas menores en base a un diagnóstico funcional, de sus familias y entorno.

## **Objetivos y funciones:**

- a) Explicar a la familia o tutor legal, con claridad y en lenguaje comprensible, el motivo por el que han sido derivados a su Unidad.
- b) Realizar la valoración de las necesidades de las personas menores en base a un diagnóstico funcional, de sus familias y entorno. Dicha valoración se realizará en el plazo máximo de treinta días naturales desde que se produzca la derivación de la persona menor por los equipos profesionales de pediatría de atención primaria.
- c) Valorar la idoneidad de la necesidad de intervención temprana en un CAIT.
- d) Emitir el informe de necesidad de intervención y especificar el módulo de intervención inicial de intervención individual de menores que así lo precisen y la justificación de la no intervención.
- e) Completar, si fuera preciso, la información necesaria en el Sistema de Información de Atención Infantil Temprana para favorecer la valoración por el CAIT donde será derivado.
- f) Solicitar, si no se hubiese realizado por el pediatra de Atención Primaria, los estudios complementarios y/o derivaciones a otras especialidades del SAS que faciliten al profesional sanitario el establecer el diagnóstico etiológico-sindrómico.
- g) Establecer pautas o consejos generales de actuación en aquellos casos que no precisen derivación a un CAIT.
- h) Orientar a la familia sobre las características generales del CAIT donde se vaya a realizar la derivación.
- i) Realizar la derivación al CAIT.
- j) Emitir los informes de valoración al Servicio que los ha remitido y al EPAT.

**Asociación Protectora de Personas con Discapacidad Intelectual de la Cuenca Minera.**



Las Unidades estarán constituidas por un equipo de profesionales con carácter interdisciplinario que cubrirá áreas de Pediatría y Psicología.

Estos equipos contarán con una organización territorial suficiente para cumplir con los objetivos y funciones que se determinan para esa Unidad, pudiéndose desplazar para mejorar la accesibilidad de la población.

Estas Unidades serán coordinadas por la persona profesional del ámbito de salud del EPAT.

Según la Orden de 3 de octubre de 2016, por la que se regulan las condiciones, requisitos y funcionamiento de las Unidades de Atención Infantil Temprana constituyen el primer nivel de atención específica en el Servicio Andaluz siendo el dispositivo asistencial de coordinación del resto de las actividades asistenciales que se presten en el proceso de atención temprana dentro del Sistema Sanitario Público de Andalucía. Entre sus actuaciones también estarán implicados en la prevención, la formación y la mejora continua de las acciones desarrolladas colaborando con los dispositivos asistenciales, educativos y sociales.

**Preferencia de presentación:** Oral

**Asociación Protectora de Personas con Discapacidad Intelectual de la Cuenca Minera.**