

UNIVERSIDAD DE MURCIA

FACULTAD DE PSICOLOGÍA

Atención temprana desde una perspectiva educativa:
“análisis de la población atendida por un equipo de
orientación educativa y psicopedagógica (de
atención temprana)”

D. Francisco Javier Orteso Rivadeneira

2015



UNIVERSIDAD DE MURCIA
FACULTAD DE PSICOLOGÍA

**DEPARTAMENTO DE PSICOLOGÍA EVOLUTIVA
Y DE LA EDUCACIÓN**

**Atención temprana desde una perspectiva educativa:
“Análisis de la población atendida por un Equipo de
Orientación Educativa y Psicopedagógica (de Atención
Temprana)”**

Tesis Doctoral presentada por:

D. Francisco Javier Orteso Rivadeneira

Dirigida por:

Dr. D. Julio Pérez López

Departamento de Psicología Evolutiva y de la Educación

Universidad de Murcia

Murcia-España

Dr. D. Juan Sánchez Caravaca

Departamento de Psicología Evolutiva y de la Educación

Universidad de Murcia

Murcia-España

Murcia, Septiembre 2015

A Santi, Javier y Paloma

AGRADECIMIENTOS

Un antiguo refrán castellano postula que “es de bien nacidos ser agradecidos” y, en este proyecto, tengo mucho que agradecer. A través de estas líneas deseo dar las gracias a todos los que, de forma directa o indirecta, han estado presentes en la realización de todo el trabajo que se plasma en este documento.

En primer lugar a mis directores de tesis. Al Dr. Julio Pérez, que siempre ha estado dispuesto a ayudarme, sugerir mejoras y dedicarme su tiempo; que me ha enseñado a valorar la importancia del rigor científico y metodológico en las intervenciones psicológicas, todo ello con un estilo amigable y comprensivo. Al Dr. Juan Sánchez, compañero de fatigas en el pasado, que me ha facilitado el acceso a la documentación necesaria para la realización de este trabajo y ha sabido puntualizar aspectos relevantes, a lo largo de la realización del proyecto. A ambos agradezco su docencia, sus conocimientos y su apoyo.

A los componentes del Equipo de Atención Temprana nº 2 de Murcia por su colaboración y amabilidad a la hora de ayudarme a conseguir los datos necesarios para la realización del presente trabajo. Por extensión, este agradecimiento debo llevarlo hasta la Consejería de Educación de la Comunidad Autónoma de Murcia, que me autorizó a extraer los datos de los expedientes custodiados por el Equipo de Atención Temprana.

A Isidoro Candel, extraordinario maestro, pionero y profesional altamente cualificado de la Atención Temprana, amigo que siempre me ha ayudado en todo aquello que he precisado.

A todas las familias (padres, madres, niños y niñas) que de un modo anónimo forman parte de esta investigación.

A la Universidad Católica San Antonio de Murcia, especialmente a su Presidente D. José Luis Mendoza y a su Secretario General D. José Alarcón. Ellos me recordaron y confiaron en mí, en un momento en que estaba muy apartado de actividades profesionales, contribuyendo a una nueva senda docente que nunca imaginé, en el pasado, fuera a suceder en mi vida.

Al Dr. Francisco Moya, Vicedecano del Grado en Psicología, experto docente y compañero en múltiples actividades. Gracias por la ayuda prestada para mejorar como profesor, por las rápidas y eficaces gestiones en tareas que yo no sabía cómo realizar, por compartir habitáculo, cafés, algunas confidencias y por llevar algunos proyectos conjuntamente.

A todos mis compañeros, profesores de la UCAM, con quienes comparto muchos proyectos, esfuerzos, la comida de Navidad o fin de curso y muchas ilusiones.

Al profesor Dr. Parrilla y todo su equipo, con especial gratitud al Dr. Pons. Si hace veinte años todos ellos no hubieran estado acertados, en la difícil operación que tuvieron que lidiar, yo no podría estar escribiendo este párrafo. Gracias por prolongar mi vida, en unas condiciones de calidad inmejorables, durante muchos más años de los que yo podía imaginar en aquellos momentos.

A mi madre, que me parió y se esforzó por darme una buena educación, sin ella nada de esto hubiera sido posible, si hoy estuviera aquí y pudiera leer este documento, se sentiría orgullosa (como siempre lo estuvo) de su hijo.

A Vera, que siendo tan pequeña como es, ha logrado que empiece a sonarme bien la palabra “abuelo”. A su madre, Soraya, por contribuir a seguir la estirpe.

A mis dos hijos. De ambos me siento tremendamente orgulloso, debido a que algo tengo que ver con los resultados. A Javier, mi hijo favorito, que ha demostrado que los jóvenes pueden ser muy eficientes y responsables. A Paloma, mi hija favorita, que con su gracia, su sonrisa y ese nivel de actividad, hace que no pase inadvertida.

A mi mujer, Santi, compañera de viaje, por darme el equilibrio y apoyo necesarios, que me hacen valorar altamente tanto la relación de pareja como la relación familiar.

PREFACIO

Deseo iniciar este trabajo comentando cual es el sentimiento ante este reto que se me plantea y creo que, a través de un ejemplo, es posible entender las sensaciones que se experimentan.

La mayor parte de las personas viven su vida en “los tiempos que tocan”. En la infancia, adolescencia y primera juventud los seres humanos estudian, juegan y se divierten. La independencia suele llegar en la juventud intermedia, forman una familia, tienen hijos, etc. Las cosas más trascendentes de la vida se realizan hacia el final de la juventud y el inicio de la madurez, continuando su evolución hacia las épocas finales de la vida.

Sin embargo, ciertas personas viven algunos de estos momentos en etapas de su vida que no suelen corresponder con la situación en la que se encuentran: Se casan por primera vez a los 60 años, consiguen un gran éxito económico derivado del trabajo en la primera juventud, etc. El caso concreto que más llama mi atención es el de la persona que ha vivido su vida en los tiempos adecuados y, en el final de su madurez o al principio de la vejez tiene una “segunda oportunidad”. Imaginemos un varón que formó su familia, tuvo sus hijos, su trabajo, se divorció y, próximo a la edad de jubilación, conoció otra pareja con la que inició una nueva vida (nueva vivienda, nuevas relaciones) y, lo más importante, en un momento que ya disfrutaba de algún nieto, tuvo un hijo.

Algo parecido es lo que yo percibo con la realización de esta tesis. Ya he vivido mi vida profesional en diferentes equipos laborales, he trabajado en distintos centros privados y en otros públicos, he enriquecido mi vida profesional con la intervención en problemas clínicos de adultos, de pareja, escolares y también he tenido la gran suerte de poder intervenir en las primeras edades, en Atención Temprana, conociendo de cerca los campos de la Educación y la Sanidad. Sin embargo, en anteriores épocas de mi vida tuve la oportunidad de intervenir en los campos de la docencia y la investigación y, por diversas circunstancias, especialmente la falta de interés, mi devenir profesional no siguió por esos derroteros.

Hace ya algunos años que, por diversas circunstancias derivadas de una mala salud, tuve que apartarme durante bastante tiempo de la vida profesional, quedando ligado a la práctica profesional de la psicología, solamente a través de una escasa

intervención en algunos problemas clínicos (3-4 horas a la semana), llegando a vivir una plena vida de jubilado. Aprovechando estos años realicé unos cursos de doctorado, más por reciclarme en algunos temas que por obtener el título de doctor.

Sin embargo, como a esa persona que forma de nuevo su familia, la vida también me dio esa “segunda oportunidad” profesional. La salud mejoró sustancialmente, con un golpe de suerte o debido a la cantidad de personas que rezaban para que yo estuviera bien. Un día sucedió que alguien, que aún me recordaba profesionalmente, descolgó el teléfono, se puso en contacto conmigo y me ofreció la posibilidad de enseñar lo que yo había ido aprendiendo, a las futuras generaciones de psicólogos. El acuerdo fue de impartir una asignatura en el reciente Grado en Psicología que se iniciaba en esa Universidad y colaborar en la puesta en marcha de un Máster en Psicología Clínica, con una dedicación de un par de días por semana en horario de mañanas.

La experiencia de ese curso fue muy positiva y enriquecedora. Me sentía de nuevo verdaderamente útil, válido y con capacidad para transmitir a otras muchas personas los conocimientos que había adquirido. En ese año surgieron muchos desafíos pero también muchas ilusiones que me ayudaban a afrontar las dificultades, resolver los problemas y enriquecerme personalmente. En los siguientes años me di cuenta, por la actitud y comentarios de mis alumnos, que yo podía enseñarles muchas cosas derivadas de mi trabajo profesional. Además, apreciaban sobremanera las demostraciones y ejemplos prácticos que les ponía, pero el que verdaderamente estaba empezando a apreciar la labor docente era yo. En realidad ellos eran los que me habían ido enseñando la importancia de la instrucción y a disfrutar con la docencia.

Así, tener que ponerme al día en la impartición de las distintas asignaturas hizo que, cada vez más, tuviera que estar en contacto con la ciencia y los últimos avances. Además, la mayor parte de mis compañeros habían seguido un camino directo para impartir clases en la Universidad, de tal modo que todos son doctores. Fue a partir de aquí cuando empecé a plantearme seriamente la posibilidad de ser doctor en Psicología.

Como puede apreciarse, en este Prefacio he intentado explicar cuál es la motivación que me ha llevado a plantear la realización de esta tesis. A partir de aquí trataré de ir situando al lector, progresivamente, en el presente trabajo.

ÍNDICE

Introducción	17
Parte I: Introducción Teórica	21
Capítulo 1. Conceptos básicos relacionados con la Atención Temprana y su relación con la Intervención Educativa	23
1.1 Definición	23
1.2 Objetivos.....	25
1.3 Principios básicos de la AT	27
1.4 Ámbitos de actuación.....	29
1.4.1. Centros de Desarrollo Infantil y Atención Temprana.....	30
1.4.2. Servicios Sanitarios	30
1.4.3. Servicios Sociales.....	31
1.4.4. Servicios Educativos	31
1.5 Breve Historia	32
1.6 Recomendaciones técnicas	36
1.7 Bases Legales de la Atención Temprana	38
Capítulo 2. Prevención en Atención Temprana	41
2.1 Niveles de Prevención en Atención Temprana:	42
2.2 Ámbitos de Prevención	44
2.2.1. Prevención en el ámbito Sanitario.	45
2.2.2. Prevención desde el ámbito Social	47
2.2.3. Prevención desde el ámbito Educativo	49
2.3. Prevención en poblaciones de riesgo.	51
2.3.1. Niños con riesgo biológico	51
2.3.1.1 Riesgo Prenatal:	52

2.3.1.2 Factores de Riesgo Perinatales:.....	53
2.3.2. Niños con Riesgo ambiental	58
2.3.2.1 Factores de riesgo socioambiental.....	58
2.3.2.2 Consecuencias del déficit socio-ambiental:.....	59
Capítulo 3. Efectividad de los programas de intervención en Atención Temprana.....	61
3.1 Antecedentes y situación general.....	62
3.2 Efectividad de los programas de Atención Temprana sobre el desarrollo	66
3.2.1. Efectividad de la AT sobre el desarrollo cognitivo, motor y del lenguaje.....	67
3.2.2. Efectividad de la AT en otros aspectos del desarrollo: dificultades de atención y aspectos comportamentales	70
3.3. El papel de los entornos en los programas de Atención Temprana .	
.....	73
3.3.1. Importancia de la Familia en la eficacia de los programas de AT.....	73
3.3.2. Entornos educativos y Atención Temprana	82
3.3.3. Atención Temprana en entornos Hospitalarios	86
Capítulo 4. El Equipo de Atención Temprana de Murcia	91
4.1 Bases legales	92
4.2 El Equipo de Atención Temprana de Murcia. Objetivos	96
4.3 Programas de intervención del Equipo de Atención Temprana relacionados con la presente investigación:	98
4.3.1. Programa de Apoyo Psicopedagógico a las Escuelas Infantiles	98
4.3.2. Programa de Detección y AT para niños con dificultades y niños con riesgo	99
4.3.3. Programa de Servicio Abierto	102

4.3.4. Programa de AT para niños con estancias hospitalarias prolongadas.	103
4.4. Composición, organización y coordinación del E.A.T.	105
Parte II: Aspectos metodológicos	115
Capítulo 5. Método	109
5.1 Planteamiento del problema.....	109
5.2 Hipótesis de trabajo.....	111
5.3 Diseño.....	113
5.4 Sujetos	113
5.4.1. Sexo:	114
5.4.2. Procedencia de los participantes.	114
5.4.3. Edad	115
5.4.4. Profesión de los progenitores.....	116
5.4.5. Hermanos	118
5.5 Procedimiento	121
5.6 Instrumentos	123
5.7 Análisis estadísticos	124
Capítulo 6. Resultados	125
6.1 Análisis descriptivo	125
6.1.1. Programa al que se adscriben los niños.....	125
6.1.2. Procedencia	127
6.1.3. Causa/Motivo de la solicitud de intervención	128
6.1.4. Problemas o riesgos asociados.....	130
6.1.5. Tipo de riesgo.....	131
6.1.6. Nivel Psicoevolutivo o del desarrollo en la última evaluación	132

6.1.7. Diagnóstico psicoevolutivo	133
6.1.8. Derivación a tratamiento o intervención especializada	134
6.1.9. Escolarización inicial	136
6.1.10. Escolarización posterior	137
6.1.11. Número de seguimientos	139
6.1.12. Pautas	140
6.1.13. Tratamiento principal	141
6.2. Contraste de Hipótesis	142
6.2.1. Hipótesis general primera:	143
6.2.2. Hipótesis general segunda	150
6.2.3. Hipótesis general tercera	157
6.2.4. Hipótesis general cuarta	161
Capítulo 7. Conclusiones	169
7.1 Conclusiones en relación a la población atendida y variables estudiadas.....	169
7.2 Conclusiones en relación a las diferentes Hipótesis	172
7.2.1 Conclusiones en relación a la hipótesis primera.....	173
7.2.2 Conclusiones en relación a la hipótesis segunda.....	175
7.2.3. Conclusiones en relación a la hipótesis tercera	177
7.2.4 Conclusiones en relación a la hipótesis cuarta	178
7.3 Propuestas de mejora y Líneas de intervención futuras.....	180
7.4 Limitaciones de estos resultados.....	183
Referencias:.....	185
Índice de Gráficos.....	203
Índice de tablas.....	205

Introducción

Tradicionalmente, en nuestro país, tanto los servicios sociales, como los educativos y los sanitarios, han sido los responsables de intervenir en las primeras edades, cuando se observan dificultades o problemas que pudieran afectar al desarrollo del niño. Aunque los pioneros en la intervención fueron los servicios sociales, no pasó mucho tiempo hasta que la educación sumó esfuerzos para intentar dar respuestas a las necesidades de estos niños. En general, el presente trabajo está orientado desde una perspectiva educativa porque el grueso de las intervenciones que se han realizado, con los datos provenientes de la muestra de sujetos, pertenecen a un Equipo de Atención Temprana (EAT), adscrito a estos servicios, del cual formé parte, durante más de diez años.

En todos estos años de trabajo algunas de las preguntas típicas que nos hacíamos los diferentes componentes de los Equipos de Atención Temprana, eran las siguientes: ¿Sería posible demostrar si nuestra actuación sirve para mejorar el desarrollo de los niños? Si los niños no pasaran por nuestro servicio ¿Presentarían el mismo desarrollo? ¿Estarían mejor?, ¿Habrían empeorado? ¿Realmente escolarizar a un niño tempranamente influye a la hora de observar mejoras y niveles más elevados en el desarrollo posterior? Dentro del EAT éramos conscientes del cuestionamiento de la intervención temprana por parte de muchos sectores, incluso desde la propia Educación. Es frecuente encontrar u oír opiniones del tipo: “un niño pequeño con quien mejor está es con su madre”, “es una tontería escolarizarlo antes de los tres años”, “en la escuela infantil se juega, no se aprende”, “lo que aprenderá es a ponerse enfermo muchas veces porque se contagiará de virus y bacterias”, etc. Por todo lo anterior, poder iniciar la tesis doctoral fue una oportunidad para tratar de retomar aquellos interrogantes e intentar demostrar las bondades de la intervención del EAT.

Muchas investigaciones surgen por la necesidad del experimentador por demostrar la utilidad o bondad de una técnica o una intervención. Este no es el caso porque la mayor parte de los datos están recogidos en el transcurso de la actuación del EAT, pero no con fines científico-investigadores. Para los profesionales del Equipo de Atención Temprana el objetivo primordial de la intervención es ayudar a la buena

evolución de los niños que acuden al servicio, apoyando, informando y orientando a sus familias y proponiendo las acciones idóneas, en función de los recursos del medio. El objetivo de recoger informaciones comunes por parte de todos los miembros del equipo, aunque es importante, quedaría en un segundo plano. Los datos que se van a manejar en esta investigación han sido recogidos a posteriori, una vez que los sujetos han abandonado el servicio. Por tanto la intervención del EAT no está en función de la investigación, sino más bien al contrario, los datos de los sujetos han sido recogidos a partir de la intervención.

A continuación, trataremos de explicar de qué forma se va a dividir el presente estudio y los diferentes aspectos que se desarrollarán posteriormente.

En la primera parte del presente trabajo, en los capítulos que van del primero al cuarto, se analizarán las bases teóricas de la Atención Temprana (en adelante AT), el proceso de desarrollo histórico que se ha seguido en nuestro país, los conceptos y definiciones comúnmente utilizadas y la actuación del Equipo de Atención Temprana.

El capítulo primero se dedicará a las bases conceptuales de la Atención Temprana. Se analizará la definición, los principios y objetivos que persigue, así como los ámbitos de actuación. También se intentará realizar un recorrido histórico breve para constatar la evolución de la AT en nuestro país y entender los cambios que se han ido realizando en la atención a los niños y sus familias. Próximos a la parte final de este capítulo se revisarán las recomendaciones técnicas en materia de AT y, por último, se mencionarán las normas legales que, inicialmente, empezaron a sustentar la Atención Temprana.

Consideramos que las mejores medidas para tratar de abordar los problemas son las preventivas, por esta razón, dedicaremos el segundo capítulo a revisar todos los conceptos relacionados con la detección e intervención tempranas. En primer lugar, trataremos de abordar la definición de prevención y analizar los distintos niveles existentes en Atención Temprana (primario, secundario y terciario). Posteriormente, intentaremos profundizar en los distintos ámbitos en los que se desarrollan acciones para prevenir problemas y dificultades (Educativo, Social y Sanitario). Más adelante, trataremos de indagar en el concepto de población de riesgo, tanto biológico como socioambiental, analizando los factores de riesgo prenatales, neonatales y postnatales,

así como los factores de riesgo social y ambiental que podrían tener su influencia en el desarrollo del niño y que conviene tener en cuenta de cara al diseño de programas preventivos y de intervención.

En el capítulo tercero analizaremos la eficacia de los programas de Intervención Temprana. Para ello se realizará una revisión de la literatura científica sobre la influencia de los programas de atención temprana en una de las poblaciones que mayor riesgo tiene de padecer problemas, los niños nacidos prematuros. Más adelante, trataremos de profundizar en las aportaciones sobre las intervenciones llevadas a cabo por parte de la comunidad científica y su influencia en distintos aspectos del desarrollo, especialmente en lo que se refiere al desarrollo cognitivo, el desarrollo motor y el desarrollo sociocomunicativo. Por último, trataremos de averiguar las repercusiones de intervenir sobre los entornos, sobre todo en el familiar y escolar.

El último de los capítulos, perteneciente a esta primera parte del trabajo, concretamente el capítulo cuarto, se dedicará a explicar, de forma sucinta, el funcionamiento de un Equipo de Orientación Educativa y Psicopedagógica de Atención Temprana (EOEP-AT). Se analizarán las bases legales sobre las que asienta, tanto la organización del propio equipo, como las funciones que desempeña. También se revisarán los objetivos y programas que desarrolla el EOEP-AT, especialmente el programa de apoyo psicopedagógico en escuelas infantiles, el programa de Servicio Abierto y el Programa de Detección y Atención Temprana para niños con dificultades y niños de riesgo. Por último, y de un modo breve, se comentará la composición, funciones y organización del Equipo de Atención Temprana.

La segunda parte de la presente investigación, que abarca los capítulos 5 a 7, se dedicará a los aspectos metodológicos y experimentales. En ella se abordará el método seguido, los resultados obtenidos en las diferentes variables, con la muestra de la población que hemos seleccionado, y las conclusiones finales.

El primer capítulo de esta segunda parte se dedicará al Método. Enunciaremos las diferentes hipótesis de trabajo, el diseño utilizado, la descripción de los sujetos que forman parte de la muestra, el procedimiento seguido para la extracción de los diferentes datos, los instrumentos de evaluación empleados y la descripción de los análisis estadísticos que efectuaremos.

Otro tema que abordaremos en el capítulo sexto serán los resultados obtenidos en las diferentes medidas utilizadas. En primer lugar, realizaremos un análisis descriptivo, en función de las variables analizadas, de la muestra seleccionada. Posteriormente, se contrastarán las diferentes hipótesis en función de los resultados que se obtengan en el análisis estadístico.

Consideramos necesario dedicar un capítulo, el séptimo, a las conclusiones. Estas conclusiones se referirán, tanto al estudio descriptivo, como a los resultados estadísticos obtenidos en el contraste de las diferentes hipótesis. También plantearemos posibles líneas futuras de investigación, así como propuestas de mejora de algunos aspectos del programa.

Por último, siendo conscientes de que todavía existe una clara discriminación hacia la mujer en nuestra sociedad, así como que, en ocasiones, el uso del lenguaje puede ser sexista, deseamos aclarar que el uso del masculino como genérico en todo el documento, es debido a la prevención de reiteraciones (los niños y las niñas) y al uso recomendado por la Real Academia Española de la Lengua.

Parte I: Introducción Teórica

Capítulo 1

Conceptos básicos relacionados con la Atención Temprana y su relación con la Intervención Educativa

A lo largo del presente capítulo se pretenden comentar y desarrollar los principales conceptos relacionados con la atención temprana (AT a partir de ahora). Comenzaremos por intentar definir la Atención Temprana, tratando de explicar los distintos aspectos recogidos en la mayor parte de las definiciones para sugerir, en este apartado, una propuesta coherente con la intervención educativa; a continuación, trataremos de comentar la utilidad de la AT para, con posterioridad, describir aquello que se pretende conseguir con la aplicación de programas de AT. En la parte final del capítulo se realizará un resumen sobre la evolución de la Atención Temprana en España y, por último, se revisarán las recomendaciones técnicas para el buen desarrollo de la AT y las bases legales sobre las que se asienta.

1.1 Definición

La mayor parte de los profesionales y autores de nuestro país (Giné, Gràcia, Vilaseca y García-Díe, 2006; de Miguel, 2001; Millá, 2004; Pérez-López y Brito, 2004; Valcarce, 2008), coinciden en utilizar la definición de Atención Temprana que apareció publicada en el libro Blanco de la AT (GAT, 2000):

“La AT es el conjunto de intervenciones dirigidas a la población infantil (0-6 años), a la familia y al entorno, que tienen por objeto dar respuesta a las necesidades transitorias o permanentes que presentan los niños con trastornos en su desarrollo o que tienen riesgo de padecerlos. Estas intervenciones que deben considerar la globalidad del niño, han de ser planificadas por un equipo de profesionales de orientación interdisciplinar o transdisciplinar” (p.13).

La mayoría de las definiciones coinciden en los siguientes puntos:

- La AT va dirigida a población infantil, de entre cero y seis años, con problemas o riesgo de padecerlos, a sus familias y al medio más próximo (GAT, 2000). Una de las aportaciones más importantes de la AT es que la intervención, no solamente se orienta hacia el niño, sino que muchas de estas intervenciones son dirigidas a los padres, hermanos y otros familiares. También se tiene en cuenta el contexto en el que vive el niño, lo que implica procurar para el sujeto un ambiente lo más idóneo posible.
- Conviene promover servicios multidisciplinares (Meisels y Shonkoff, 2000), interdisciplinares y transdisciplinares. Los niños son un todo, pero en esta sociedad los profesionales se especializan cada vez más y, por tanto, es preciso abordar la intervención desde diversas ópticas. De este modo, conviene que estos equipos cuenten entre su personal con profesionales diversos: psicólogos, logopedas, fisioterapeutas, pedagogos, médicos, estimuladores, etc. Pero estos profesionales no trabajan aisladamente, deben ser realmente un equipo en el que se complementen las distintas intervenciones, aportando cada cual, desde su óptica, su propio punto de vista. Al poner en común gran parte de los conocimientos se propicia, a largo plazo, que todos los profesionales que componen el equipo vayan conociendo estrategias y recursos de otras disciplinas que completen y complementen la formación personal de cada uno de los miembros. Sin embargo, a veces, es complicado que todos los Equipos de AT cuenten con todos los profesionales, por ello es necesario que cada profesional procure una formación en otras disciplinas. De hecho, la mayor parte de los Planes de Formación (Másters, cursos de Especialista en AT, etc.) aportan puntos de vista en diversas disciplinas a sus alumnos.
- Pretenden promover la salud del niño y su bienestar (Meisels y Shonkoff, 2000) o dar respuesta a las necesidades transitorias o permanentes (GAT 2000). Los objetivos van encaminados tanto a la prevención como a la intervención en los trastornos que pudieran presentar los niños.
- Consisten en servicios educativos, sanitarios y sociales. Por tanto, diversas instituciones pueden intervenir en el campo de la Atención Temprana.

Desde nuestra óptica educativa podemos entender la Atención Temprana como el conjunto de acciones dirigidas a niños de entre 0-6 años, sus familiares y el entorno, orientadas a la intervención directa para prevenir la aparición de problemas en el desarrollo, la derivación hacia los servicios de evaluación y tratamiento que precisen y la propuesta de escolarización más adecuada en la etapa de Educación Infantil. Tal y como puede apreciarse, esta definición matiza el punto de vista de la intervención de los Equipos de AT que se desarrollará de un modo amplio en los apartados correspondientes.

1.2 Objetivos

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

A partir de los objetivos propuestos por el libro Blanco de la AT (GAT, 2000) y de los formulados desde una concepción educativa, por el Equipo de Orientación Educativa y Psicopedagógica de AT, en el plan de trabajo anual (Equipo de Atención Temprana, 2012), los **objetivos** que se pretenden lograr con la intervención, en un nivel mayor de concreción, son los siguientes:

- Promover una buena **coordinación Institucional**, especialmente en lo que respecta a los servicios Sanitarios, Sociales y Educativos. Aunque en la actualidad se han producido grandes avances, tal y como destacan Sastre y Bonachía (2007), todavía queda mucho camino por recorrer y, por tanto, conviene mantener contactos frecuentes entre estos servicios.
- **Detectar**, lo más tempranamente posible, aquellos niños que presentan problemas en su desarrollo o presentan factores de riesgo que les pueden afectar en un futuro. Para ello se han elaborado unos indicadores de alerta que establecen cuando conviene que se intervenga sobre un niño, su familia o el medio.

- **Evaluar y valorar** la situación personal de todos los niños detectados, así como de las interacciones con sus familiares y con el medio escolar y social.
- **Orientar a las familias** sobre diversos aspectos relacionados con el niño y las interacciones con otros familiares y el medio. Una vez recogidos los datos, se formulan las hipótesis explicativas de la situación del niño y se informa a la familia sobre la situación de su hijo y lo que se considera que más le conviene para favorecer su desarrollo.
- **Dar una respuesta**, encaminada a presentar un ambiente familiar y social, **lo más favorable posible** para la evolución de los niños. Partiendo de una concepción ecológica del desarrollo, se intenta favorecer una interacción con el medio lo más idónea para que el niño evolucione del mejor modo posible, según sus posibilidades y potencialidades.
- Favorecer la **escolarización** de la población infantil en general y, en particular, de aquellos niños que presentan cualquier problema o tienen riesgo de padecerlo, en las condiciones más ajustadas a sus necesidades educativas.
- **Orientar al personal docente** de las Escuelas Infantiles, sobre las características y necesidades de aquellos niños que lo precisen.
- **Paliar o suprimir los efectos de cualquier problema o déficit**, que presente un sujeto, en su evolución posterior. Desde el momento del nacimiento, incluso durante el embarazo, es posible detectar niños que ya presentan un problema determinado que afectará, inevitablemente, a su desarrollo. Con la Intervención Temprana se pretende minimizar, en la medida de lo posible, los efectos de ese problema o conseguir que en un futuro vayan desapareciendo las secuelas observadas, en un momento del desarrollo del niño.
- Intentar **evitar la aparición de problemas secundarios**, que pueden ir asociados a una alteración del desarrollo. En ocasiones, al observar un problema en un niño, se favorecen ciertas actitudes por parte del medio que, a su vez, influyen en incrementar la probabilidad de aparición de otros problemas. En otras ocasiones, presentar determinado problema hace que aumente el riesgo de padecer otros problemas secundarios.

- **Derivar**, en el caso de aquellos niños que precisen tratamientos individuales, a los centros o servicios que puedan dar la mejor respuesta, en función del problema presentado.

1.3 Principios básicos de la AT

En este apartado se destacan algunos de los principios relacionados con la AT que, según el Libro Blanco de la AT (GAT, 2000), son los siguientes:

1. **Integración/Inclusión.** Desde el punto de vista familiar, escolar y social conviene promover la aceptación de su situación y facilitar los recursos apropiados del medio que le rodea. Se pretende que las personas que están en riesgo de exclusión puedan participar de los niveles mínimos de bienestar logrados por la sociedad. Así, aquellos colectivos en riesgo deben tener las oportunidades y recursos necesarios para participar completamente en la vida social, con unos niveles de vida máximos, en función de la situación personal.
2. **Participación.** Las decisiones relacionadas con el niño deben gozar del más amplio consenso, especialmente en lo que respecta a las opiniones que la familia tenga del tema, debido a que son el agente más directamente relacionado con el niño. También conviene tener en cuenta las opiniones de otros profesionales.
3. **Gratuidad/Asequibilidad.** Para una familia, tener un hijo con problemas, o riesgo de padecerlos, supone, en la mayor parte de las ocasiones, un agravante a su situación económica que, en muchos casos, no pueden asumir. La sociedad debe ayudar, a través de diversos cauces y recursos, a estos padres para que no suponga un costo económico añadido el nacimiento de un niño con problemas, aspecto remarcado por la Agencia Europea para el desarrollo de la Educación del Alumnado con Necesidades Educativas Especiales (AEDEANEE, 2010)
4. **Universalidad e Igualdad de oportunidades.** Es necesario que llegue a todos los sujetos objeto de la intervención y que puedan disponer por igual de los recursos del medio

5. **Responsabilidad pública.** Las administraciones deben ser las que dispongan de los medios para una dar la respuesta Sanitaria, Social y Educativa relacionada con las necesidades de los niños, así como los tratamientos que precisen.
6. **Interdisciplinariedad y transdisciplinariedad.** Los Equipos que atienden a este sector de población deben contar con distintos profesionales provenientes de formación diferenciada (Psicólogos, Pedagogos, Fisioterapeutas, Logopedas, Médicos, Trabajadores sociales, etc.). Este trabajo interdisciplinar ayuda al intercambio de información entre los miembros de los equipos. Por otra parte cada uno de esos profesionales debe estar formado en otras disciplinas desde la óptica de la Atención Temprana; conviene que posean un marco teórico común a diversas materias entre las que caben destacar los conocimientos en Psicología evolutiva, Principios de Aprendizaje, Psicopatología Infantil, Dinámica familiar, Legislación en AT, etc.
7. **Coordinación.** Las familias van a precisar en la primera infancia de diversos servicios que atiendan las necesidades de sus hijos. Conviene que cada uno de los servicios trabaje de modo coordinado con otros. Los Servicios Médicos, Sociales, Educativos y Asociaciones deben tener encuentros frecuentes y conocimiento de las acciones que realizan los otros servicios para facilitar el trabajo con las familias.
8. **Sectorización y Descentralización.** La sectorización se refiere a que los servicios de AT han de prestarse en un ámbito o sector determinado, mientras que la descentralización tiene que ver con la proximidad: siempre que sea posible hay que prestar el servicio lo más próximo al medio donde se desenvuelve el niño y su familia.

Desde el punto de vista de los Equipos de Orientación Educativa y Psicopedagógica de Atención Temprana (en adelante EOEPS de AT o Equipos AT), estos diferentes principios se formalizan o concretan en el trabajo diario. Conviene destacar algunos ejemplos donde se vean claros estos principios:

- **Integración/Inclusión:** Se procura la escolarización temprana del niño con discapacidad o de riesgo en un medio escolar lo más normalizado posible facilitando así su inclusión educativa.

- **Participación:** Muchas de las intervenciones, como la propuesta de tratamiento o la escolarización de un niño, son llevadas a cabo con la participación de padres, educadores y profesionales de diversas asociaciones que intervienen con el niño o su familia.
- **Gratuidad, Universalidad, Sectorización e Igualdad de oportunidades.** La prestación de los servicios, en los EAT, no debe suponer ningún costo para las familias. Además, puede acceder al servicio cualquier familia que lo desee, y convendría que existiera una red regional que pueda garantizar la atención a los usuarios en un sector geográfico.
- **Responsabilidad pública:** Cuando el niño presenta dificultades, es preceptivo para los Equipos realizar la propuesta más idónea de escolarización, a través del Dictamen correspondiente, proporcionando el centro público más adecuado.
- **Interdisciplinariedad y transdisciplinariedad:** El equipo está formado por Psicólogos, Pedagogos, Logopeda, Trabajador Social y Fisioterapeuta. En ocasiones es posible que un especialista evalúe o asesore sobre otras cuestiones que, en principio, le son ajenas (p.e. Psicólogo aplicando escalas de Lenguaje o asesorando sobre aspectos relacionados con el desarrollo motor), además se deben realizar cursos, por todos los profesionales, sobre distintas disciplinas. Pero, sobre todo, cabe destacar importancia de las reuniones internas de coordinación del Equipo de Atención Temprana.
- **Coordinación institucional:** Frecuentemente se llevan a cabo reuniones, para tratar diversos temas, con Hospitales, centros de Salud, Servicios Sociales, Asociaciones y otros Equipos Psicopedagógicos.

1.4 Ámbitos de actuación

Según el Libro Blanco de Atención Temprana (GAT, 2000) existen distintos ámbitos donde se puede intervenir en Atención Temprana:

- Centros de Desarrollo Infantil y AT (CDIAT)
- Servicios Sanitarios
- Servicios Sociales
- Servicios Educativos

1.4.1. Centros de Desarrollo Infantil y Atención Temprana

Los actuales Centros de Desarrollo Infantil y Atención Temprana (CDIAT), anteriormente denominados Centros de Estimulación Precoz, fueron pioneros en poner en marcha los programas de AT en nuestro país. Estos centros son servicios autónomos que tienen como objetivo atender a niños de entre 0-6 años con problemas en su desarrollo o con riesgo de padecerlos (GAT, 2000). Surgieron, en su mayoría, por el interés de los padres de niños con problemas que buscan dar respuestas adecuadas a las necesidades de sus hijos. Estos padres se agruparon en asociaciones (Síndrome de Down, Parálisis Cerebral, Problemas auditivos, etc...) y consiguieron, a través de especialistas, un mayor conocimiento de los problemas de sus hijos y la generación de recursos para atender mejor sus problemáticas. Con el paso del tiempo, algunos estamentos públicos, generalmente ayuntamientos, pusieron en marcha Centros de estas características en su municipio, para atender y tratar a la población menor de 6 años que lo necesitara (Juan-Vera y Pérez-López, 2009; Sánchez-Caravaca y Candel, 2012).

En la actualidad, concretamente en la Región de Murcia, conviven CDIATs de carácter público y privado, aunque la mayor parte de ellos reciben ayudas públicas. También es destacable el carácter generalista o específico de estos centros: mientras que algunos centros suelen estar más especializados en patologías concretas, atendiendo solamente ciertas problemáticas (problemas visuales, Espina bífida, Síndrome Down, etc...), otros centros atienden a toda la población, de menos de 6 años, que presenta problemas en su desarrollo o tiene riesgo de padecerlos.

Tal y como señalan Juan-Vera y Pérez-López (2009), en la mayor parte de estos centros existen equipos interdisciplinarios compuestos por diversos profesionales: psicólogos, logopedas, pedagogos, profesores de Educación Infantil, estimuladores, fisioterapeutas, etc...) y aunque la mayor parte de su actividad tiene que ver con la prevención terciaria, también desarrollan programas relacionados con la primaria y secundaria que intentaremos explicar y desarrollar ampliamente en el siguiente capítulo.

1.4.2. Servicios Sanitarios

Existen diferentes servicios sanitarios relacionados con la Atención Temprana. Antes de nacer un niño pueden tomarse medidas preventivas, realizar controles a las

madres gestantes y poner tratamientos adecuados (cuando el caso lo requiera). En el momento del parto y postparto son los servicios sanitarios los que atienden a madres e hijos; ante los más mínimos problemas son estos servicios los que ponen en marcha medidas preventivas o terapéuticas. Con posterioridad, los niños pueden padecer diversos problemas de salud que, en ocasiones, pueden cursar con problemas en su desarrollo futuro siendo los servicios sanitarios, de nuevo, los que suelen atender al niño. Por último, cabe destacar que en la mayor parte de los centros de salud se llevan a cabo controles periódicos de los niños para detectar la aparición de posibles problemas en su desarrollo, denominado “Programa de Seguimiento del Niño Sano”.

1.4.3. Servicios Sociales

El medio ambiente y las condiciones del contexto social donde se va a desarrollar un bebé conviene que sea lo más favorable posible, es por ello que el medio sociofamiliar debe tener unas condiciones adecuadas: estabilidad laboral, buenas condiciones higiénico-sanitarias, relaciones familiares positivas, dedicación afectiva hacia el niño, economía saneada, etc. El apoyo de los Servicios Sociales es clave para lograr algunas de estas condiciones con las familias: La gestión de los recursos, ayudas y prestaciones sociales y económicas, mejoras fiscales, etc., son algunos de los apoyos que se pueden facilitar a las familias. En definitiva, deben tratar de conseguir la mayor protección social de los niños.

En este sentido, compete a los Servicios Sociales promover acciones encaminadas a lograr el mayor bienestar social posible y a intervenir, a través de diversos programas, cuando las condiciones de crianza y/o socialización no sean idóneas para el buen desarrollo del niño.

1.4.4. Servicios Educativos

En las últimas décadas se observa una tendencia, cada vez mayor, a escolarizar tempranamente a la población. Esto es debido, por una parte, a la necesidad de atender a los niños de padres y madres trabajadores que contribuyen al sostenimiento de su familia y, de otro lado, al convencimiento que va teniendo la sociedad de la influencia positiva, sobre el desarrollo del niño, que tiene la pronta escolarización.

En la línea señalada por Sánchez-Caravaca y Candel (2012), la Escuela Infantil está diseñada, tanto desde el punto de vista estructural como metodológico, para dar una respuesta educativa, con carácter intencional, a los niños menores de 6 años. Los profesores diseñan, en base al currículum de la etapa, aquellas actividades que mejor responden a los objetivos que se plantean en las diferentes áreas curriculares. Además, en aquellos niños que reciben tratamientos en el CDIAT, la escuela infantil puede ser un complemento idóneo, por permitir, entre otras muchas ventajas, la generalización de logros conseguidos.

Si los sujetos que presentan un desarrollo evolutivo, dentro de los parámetros medios, se benefician de la pronta escolarización, los niños que presentan factores de riesgo en el nacimiento (o en los primeros meses y años de vida), o problemas en su desarrollo dispondrán, en la Escuela Infantil, de un ambiente idóneo que contribuirá muy positivamente a la estimulación de los alumnos. Tal y como señalan Pérez-López, Sánchez-Caravaca y Bolsanello (2013), la escuela infantil cumple un papel fundamental en la prevención de problemas y en la mejora del desarrollo del niño por la calidad de los estímulos, la estructuración de los contenidos y la adecuación a las distintas edades de los niños.

1.5 Breve Historia

La atención temprana surge, en Estados Unidos, en los años 50 (Lafuente, 2000) por la necesidad de los profesionales de poder atender a los niños que presentaban problemas e intentar dar diversas respuestas terapéuticas.

Hasta esa fecha se pensaba que la parte biológica era determinante sobre el desarrollo del individuo, por lo que poco se podía hacer a través de la influencia del medio ambiente. Sin embargo, a mediados del siglo pasado, suceden diversos acontecimientos y avances de las ciencias, que facilitan el surgimiento de la Atención Temprana. Entre otros, se destacan los siguientes:

- La Neurología evolutiva y las teorías del Aprendizaje, especialmente el movimiento neoconductista de Estados Unidos, demostraron que la influencia del medio es determinante en la evolución y desarrollo del niño, de tal modo

CONCEPTOS BÁSICOS RELACIONADOS CON LA ATENCIÓN TEMPRANA Y SU RELACIÓN CON LA INTERVENCIÓN EDUCATIVA

que, a partir de estos conocimientos, es posible intervenir sobre los niños para mejorar sus destrezas (Mulas y Millá, 2002).

- Perez-López y Brito, 2004, señalan también las siguientes causas como influyentes en la aparición de la Atención Temprana:
 - Si se dan las condiciones adecuadas, los niños que presentan deficiencias son también “educables”.
 - Se descubre el fenómeno de la “Plasticidad neuronal”, de tal manera que, al nacimiento, el niño tiene un Sistema Nervioso incompleto que se desarrollará por la interacción del niño con su medio ambiente, especialmente en los primeros años de vida.
 - La influencia de la Psicología Evolutiva, especialmente en lo relativo a la relación afectiva temprana y la influencia de ese vínculo en posteriores aprendizajes.
 - Los servicios médicos, de atención en los partos, experimentan considerables avances, lo que se traduce en un descenso de la mortalidad infantil que va acompañado de un aumento de niños con problemas derivados del parto y postparto.

En el año 1965 la oficina de oportunidades económicas lanzó el programa Head Star, programa orientado a niños preescolares, pertenecientes a familias de bajos ingresos, estructurado para contribuir al buen desarrollo social, cognitivo, lingüístico, social y de la autonomía (Head Star, 2012). En 1986 se publica, en Estados Unidos, una ley que regula la educación de los discapacitados, fijando ese momento como de gran relevancia, por producirse una nueva forma de abordar la AT desde las administraciones públicas y, también, por permitir constatar la eficacia de la misma (Guralnick, 2000). A partir de esa ley, empiezan a plantearse nuevas directrices para los programas y la investigación en AT, y se habla de una “segunda generación” en la investigación en AT, siendo a partir de las década de los 90 cuando la Atención Temprana se convierte en un modelo de trabajo en las primeras edades.

En **España**, como ya se ha apuntado, la Atención Temprana surge en la década de los 70 del siglo XX, con la puesta en marcha de algunos programas, promovidos por padres de niños con problemas, con la clara intención de dar respuestas a las necesidades de sus hijos.

Según Gútiez y Ruiz (2012), el origen de la Atención Temprana en España, como disciplina científica, surge a raíz de un curso de la escuela de Fisioterapia (curso teórico-práctico sobre Estimulación Precoz), realizado en Madrid, al inicio de la década de los 70 del siglo pasado.

Así, los primeros centros relacionados con la Atención Temprana son las asociaciones de padres que fundan lo que más tarde serán los CDIAT (Centros de Desarrollo Infantil y Atención Temprana). Son lugares muy variados donde se presta atención a niños que presentan diversa problemática. En algunos casos la atención va dirigida a niños que presentan los mismos problemas y, en otros, se atiende a la población infantil, en general (Sánchez-Caravaca y Candel (2012).

La entidad pública más sensible a los problemas de estos padres es, en primera instancia, el S.E.R.E.M. (Servicio Social de Recuperación y Rehabilitación de Minusválidos Psíquicos y Físicos), dependiente de los Servicios Sociales. Hacia finales de la década de los 70 e inicio de la década de los 80 se ponen en marcha dos acciones específicas dirigidas hacia los niños pequeños que presentaban problemas:

- Por una parte, el S.E.R.E.M. ayuda económicamente a los padres de estos niños, subvencionando los tratamientos de sus hijos y fomentando el asociacionismo, para responder conjuntamente a niños que presentan problemas similares.
- De otro lado, inicia la creación de servicios de tratamiento (Logopedia, Estimulación y Psicomotricidad) en los Centros Base del Inerso (Instituto de Servicios Sociales), que progresivamente se van asentando en la mayor parte de las provincias de España.

En 1982 se promulga la L.I.S.M.I. (Ley de Integración Social del Minusválido) donde se regulan diversos aspectos tales como la prevención de las minusvalías, los servicios de diagnóstico, las prestaciones, el tratamiento y la educación de personas con

minusvalía. Conviene recordar que, por esas fechas, en España se habla de Estimulación Precoz, en relación a las intervenciones en las primeras edades.

En el año 1985 se publica en el Boletín Oficial del Estado el Real Decreto de Ordenación de la Educación Especial. Por primera vez, desde los servicios educativos, aparecen los términos “atención educativa temprana” para referirse a los apoyos y adaptaciones que precisarán los alumnos en la etapa anterior a la escolaridad obligatoria.

En el año 1986 se publica la LGS (Ley General de Sanidad). En algunos hospitales se ponen en marcha, en las unidades de Neonatología, determinados servicios para atender y seguir a los pequeños nacidos con problemas. Por primera vez en estos servicios se integra la figura del Psicólogo como un profesional más que previene, evalúa, orienta y sigue a los niños y familias que presentan problemas al nacimiento. Los Servicios Sanitarios han hecho una gran contribución a la Atención Temprana en nuestro país, viendo la necesidad de intervenir sobre los niños desde el momento del nacimiento.

En el área educativa no es hasta el año 1990, con la publicación de la Ley de Ordenación General del Sistema Educativo (LOGSE), cuando se regula la Educación Infantil. Los aspectos que destacan, en relación a la Atención Temprana, son los siguientes:

- La Prevención educativa, especialmente en Educación Infantil.
- La creación de Equipos Multiprofesionales para identificar y valorar las Necesidades Educativas Especiales así como para garantizar una correcta atención a los niños con dificultades.
- Principios de Normalización e Integración en relación a los niños con discapacidades.

Los Equipos de Atención Temprana de Murcia fueron creados en el año 1986 (Equipo Atención Temprana nº1) y en el año 1987 (Equipo Atención Temprana nº2), en base al real decreto de Ordenación de la Educación Especial (1985), mencionado anteriormente. Del mismo modo se crean otros Equipos de Atención Temprana en la Región de Murcia y en otras comunidades autónomas. En un primer momento, el

Equipo estaba compuesto por un Psicólogo, un Pedagogo, un Trabajador Social y un Logopeda. Inicialmente, se atendían a niños de entre 0 y 6 años, llevando a cabo funciones de Valoración, Diagnóstico y Orientación. Posteriormente se iniciaron programas de Integración en las Escuelas Infantiles, el Asesoramiento a padres y educadores sobre las dificultades que presentan los niños y la Escolarización posterior de los niños con problemas. En el capítulo cuatro del presente trabajo se profundizará en las funciones desarrolladas por los EOEPS de Atención Temprana.

Como puede observarse, la Atención Temprana va evolucionando en distintos sectores, en ocasiones coordinando esfuerzos, y en otros momentos cada sector por su lado. Es en la última década del siglo pasado cuando un grupo de profesionales de distinta procedencia (sanidad, educación, CDIAT y servicios sociales) constituyen el Grupo de Trabajo de Atención Temprana (GAT). En el año 2000 los trabajos realizados se plasman en una publicación: "El Libro Blanco para la Atención Temprana", a partir de los esfuerzos realizados por el GAT, aparecen en ese libro las reflexiones y conclusiones consensuadas, sobre los aspectos básicos de la Atención Temprana. A partir de aquí, la mayor parte de intervenciones en Atención Temprana, tienen como referencia, en los aspectos globales, ese documento (y otro posterior del año 2005 que comentamos a continuación).

1.6 Recomendaciones técnicas

A los cinco años de haber aparecido el Libro Blanco de la Atención Temprana, con el mismo espíritu de consenso, los distintos profesionales que se integran en el G.A.T. (Federación Estatal de Asociaciones de Profesionales de Atención Temprana y, anteriormente, Grupo de Trabajo en Atención Temprana, 2005), publican un nuevo documento, orientado a sugerir diferentes mejoras en la Intervención Temprana. El objetivo principal es aportar ciertas sugerencias técnicas, derivadas de las últimas publicaciones en las diferentes revistas científicas, a todos los implicados en la AT: padres, profesionales, técnicos de las administraciones y políticos.

CONCEPTOS BÁSICOS RELACIONADOS CON LA ATENCIÓN TEMPRANA Y SU RELACIÓN CON LA INTERVENCIÓN EDUCATIVA

Se vuelve a insistir en la necesidad de que la intervención vaya dirigida a la población de 0-6 años y en la prevención primaria, secundaria y terciaria que se desarrollará más ampliamente en el capítulo 2.

Se recomienda que los Servicios implicados en la Atención Temprana tengan como objetivos preferentes promover el desarrollo y autonomía del niño, fortalecer las capacidades familiares y garantizar los principios de normalización e integración de tal forma que una buena parte de la intervención se lleve en ambientes naturales, orientada por equipos interdisciplinares.

Se sugieren distintas acciones implicando al propio niño, a su familia, al entorno y a la calidad del Programa de intervención, destacando (entre otras):

- Evaluación Multidimensional e Interdisciplinaria.
- Tratamientos en régimen ambulatorio y en ambientes naturales.
- Coordinación de Servicios Institucionales.
- Participación familiar en la toma de decisiones que afectan al niño y la familia.
- Orientación e información a padres sobre diversos temas.
- Gratuidad de Servicios, Sectorización, Descentralización.

En cuanto a temas de evaluación y diagnóstico se recomienda la formación de los diferentes especialistas que intervienen en Atención Temprana en temas de evaluación, entrevista y recogida de datos del niño, la familia y el entorno. Además, en el documento se recogen algunas sugerencias relacionadas con la importancia de cuidar el modo de transmitir la información a las familias, por parte de los profesionales, animando a estos a ser sumamente cautos y prudentes con el momento y la manera de comunicar noticias y/o información relacionada con el niño, desde los momentos posteriores a la detección de un problema hasta la información que contienen los informes-diagnóstico.

Se destaca la necesidad de apoyar a los padres a nivel económico y facilitar la conciliación de la vida laboral con la familiar para poder atender, en las mejores condiciones posibles, las necesidades de su hijo.

Otra medida que se propone, y que conviene destacar por la relevancia en este estudio, es la relacionada con promover plazas en centros socioeducativos, de tal forma

que los niños que presentan dificultades o riesgo de padecerlas, tengan garantizada una plaza escolar en las escuelas infantiles.

Además, en el documento se plantea la necesidad de que los profesionales (y futuros especialistas) realicen diversas actividades formativas. También se destaca la importancia de que las diferentes instituciones implicadas en la AT estén coordinadas y, por último, la elaboración de una legislación que de soporte legal a todas las medidas encaminadas a favorecer la AT.

1.7 Bases Legales de la Atención Temprana

Las bases legales de la Atención Temprana se fundamentan en los tratados internacionales que España ha ratificado, como por ejemplo la Declaración de los Derechos del Niño publicada por la ONU en 1959, la Carta Social Europea (1961) que España ratificó en 1980, y la Convención de los Derechos del Niño (UNICEF, 2006). Al firmar estos documentos, se declaran las intenciones positivas de los estados, en relación a la Infancia y se garantizan los derechos de los niños.

También existe en España cierta regulación relacionada con la Atención Temprana (Robles-Bello y Sánchez-Teruel, 2013). En este apartado se van a destacar algunas de las normas legales estatales que han contribuido a regular y promover los servicios relacionados con la Atención Temprana, especialmente en lo que a los servicios de índole educativa se refiere, pero comentando también la legislación en materia sanitaria y en los servicios sociales.

Desde el punto de vista Sanitario, la Ley General de Sanidad de 25 de Abril de 1986 no menciona expresamente la AT, aunque deja pendiente para ulteriores normativas temas como la prevención y detección precoz, el cuidado de la información diagnóstica, la AT en neonatología o la atención materno-infantil domiciliaria (Ponte, 2003; Gútiez y Ruiz, 2012). Posteriormente, el 4 de Junio de 1990 se aprueba el Documento "Criterios básicos de Salud Materno-Infantil (Ponte, 2003). A partir de dicho documento las Comunidades Autónomas han podido desarrollar diferentes programas en su ámbito de intervención: seguimiento del recién nacido durante toda la infancia, seguimiento de niños de riesgo, detección y atención a discapacidades, planes de salud perinatal, etc. Más adelante, el Real Decreto 20 de Enero de 1995 sobre la

Ordenación de Prestaciones Sanitarias del Sistema Nacional de Salud regula diversos procedimientos relacionados con la prevención desde el Sistema Sanitario, entre los que cabe destacar el programa del niño sano, la aplicación de procedimientos de rehabilitación y el examen neonatal. Ponte (2003) destaca también la ley de Cohesión y Calidad del Sistema Nacional de Salud (28 de Mayo de 2003) que pretende igualar las prestaciones sanitarias en el conjunto del estado español.

Desde los Servicios Sociales, la legislación que vamos a destacar en este trabajo es la siguiente:

- Ley de 7 de Abril de 1982 de Integración Social de Minusválidos que promueve diversas acciones orientadas, por primera vez, hacia la Atención Temprana. En esta ley el Estado reconoce su obligación respecto del cuidado de las personas con minusvalías, entre las que se destacan la prevención, la rehabilitación, la educación, la integración laboral, etc. (Ponte, 2003).
- Real Decreto de 1984, regula el Sistema Especial de Prestaciones Sociales y Económicas.
- Ley Orgánica de 15 de enero de 1996 de Protección Jurídica del Menor.
- Ley de 5 de Noviembre de 1999 para Promover la Conciliación de la Vida Familiar y Laboral de las personas trabajadoras.
- Por último, cabe destacar también, el Real Decreto de 23 de Diciembre de 1999, de Procedimiento para el Reconocimiento, Declaración y Calificación del Grado de Minusvalía.

Además, existen diversos decretos Autonómicos que profundizan en el desarrollo de las diferentes Normas generales, con una gran variabilidad autonómica, que no es objeto analizar en el presente estudio.

En cuanto a la Educación, entre las primeras normativas que permiten observar la evolución de la Atención Temprana, podemos destacar las siguientes:

- Real Decreto de 6 de marzo de 1985 de Ordenación de la Educación Especial.
- Ley de Ordenación General del Sistema Educativo (LOGSE)
- Real decreto de 6 de Septiembre de 1991 que establece el Currículum en Educación Infantil.
- Orden por la que se regulan la Estructura y Funciones de los Equipos de Orientación Educativa y Psicopedagógica (EOEPS) de 9 de Diciembre de 1992.

- Real decreto de 28 Abril de 1995, de Ordenación de la Educación de los Alumnos con Necesidades Educativas Especiales.
- Orden de 24 de noviembre de 2006, de la Consejería de Cultura y Educación, por la que se dictan instrucciones sobre el funcionamiento de los equipos de Orientación Educativa y Psicopedagógica.
- Posteriormente, la Ley Orgánica de Calidad de la Educación (LOCE, 2002) concreta algunas medidas relacionadas con la Atención Temprana entre las que se destacan (Retortillo y Puerta, 2004) promover la escolarización en la etapa de educación infantil, y la atención especializada a los alumnos que presenten necesidades educativas especiales, incluso antes de la propia escolarización.

La mayor parte de estas normas no se encuentran en vigor en la actualidad lo que puede darnos una idea de la rápida evolución normativa en el campo de la Atención Temprana. Posteriormente, en el capítulo 4 del presente trabajo, se revisarán las leyes y normativas más actuales relacionadas con la atención temprana desde el punto de vista de la intervención de los Equipos de Orientación Educativa y Psicopedagógica de Atención Temprana.

Capítulo 2

Prevención en Atención Temprana

Una de las frases hechas, más utilizadas en nuestra sociedad, es “más vale prevenir que curar”. Prevenir y prevención son términos utilizados habitualmente para tratar de anticiparse a algún problema que se pueda presentar.

Según el diccionario de la RAE (2012, versión electrónica) existen diferentes acepciones de la palabra prevenir, de las cuáles se han seleccionado las siguientes:

- Tratar de evitar o impedir que se produzca un daño o peligro que se conoce con anterioridad.
- Avisar o informar a una persona de una cosa que va a ocurrir.
- Preparar o disponer con anterioridad las cosas necesarias para un fin determinado.

El concepto de prevención en Atención Temprana guarda cierta relación con todas estas definiciones puesto que trata de seleccionar aquellas actividades que han demostrado ser eficaces, que están encaminadas a disminuir la probabilidad de aparición de dificultades en el desarrollo de aquellos niños con riesgo de padecer problemas y que tratan de atenuar o suprimir las consecuencias de un déficit en personas con alguna patología. Tal y como señalaban hace dos décadas Gútiez, Sáenz-Rico y Valle (1993) y Valle (1992), los programas de intervención temprana contribuyen a realizar una prevención de los problemas posteriores que pueden presentar los niños de alto riesgo. En esta línea, a lo largo de las últimas décadas, se han desarrollado múltiples programas de intervención para intentar evitar problemas en el desarrollo (Guralnick, 2013).

Uno de los mayores avances en la intervención en Atención Temprana, ha sido considerar la prevención como objeto de preocupación por parte de los profesionales que están implicados en las diferentes tareas. Inicialmente, solamente se intervenía sobre aquellos niños que presentaban problemas en su desarrollo. Con el paso de los años se observó que era necesario anticiparse a la aparición de muchos de estos problemas. Así, se diseñaron procedimientos para detectar poblaciones de riesgo y realizar seguimientos y evaluaciones sobre las mismas, introduciendo los programas

adecuados para dar la respuesta más precisa a los problemas que pudiera presentar el niño, la familia o el entorno. Más recientemente, también se empezaron a diseñar programas orientados a la población en general, de corte informativo y formativo principalmente, encaminados a la prevención de determinados problemas. Todo esto nos lleva a hablar de diferentes niveles de prevención.

2.1 Niveles de Prevención en Atención Temprana:

Se pueden diferenciar tres **niveles de prevención** tal y como se señala por parte del grupo GAT (2000), Aranda y de Andrés (2004) y Valcarce (2008):

- Prevención Primaria
- Prevención Secundaria
- Prevención Terciaria

La **prevención primaria** de los trastornos en el desarrollo infantil, según se expone en el Libro Blanco de la Atención Temprana (LBAT), tiene como objetivo evitar las condiciones que pueden llevar a la aparición de deficiencias o trastornos en dicho desarrollo (GAT, 2000). Otros autores, como Valcarce (2008), inciden, además, en la necesidad de proteger la salud y de promocionar el bienestar de las familias; García-Sánchez (2002), señala que deben incluirse en este apartado los programas encaminados a la prevención de patologías biológicas o de situaciones de riesgo biológico, programas para prevenir el riesgo socioambiental y programas educativos.

La **prevención secundaria**, según el Libro Blanco de la Atención Temprana (GAT, 2000), tiene por objeto la **detección** y el **diagnóstico** precoz tanto de situaciones de riesgo como de trastornos en el desarrollo. En relación con la detección, Valcarce (2008) hace hincapié en la necesidad de sensibilizar a la población en general y a los profesionales implicados en particular, sobre la importancia de detectar cuanto antes los problemas o riesgos que pueden aparecer en la población infantil. Las intervenciones encaminadas a detectar los signos y síntomas, que puedan cursar en el futuro con problemas en el desarrollo del niño, deben ser llevadas a cabo por profesionales de diversos ámbitos: educación, sanidad y servicios sociales (García-Sánchez, 2000); y es preciso destacar la necesidad de localizar aquellos sujetos susceptibles de ser objetivo de las acciones de detección y diagnóstico a través del screening o cribaje. Giné, Gracia,

Vilaseca y García-Díe (2006) entienden por cribaje el proceso de revisiones y controles regulares de los niños sanos, extensivo a toda la población a través de diversos protocolos donde aparecen los indicadores de riesgo.

De este modo, para determinar, a través de las pruebas de screening, qué niños presentan algún tipo de riesgo es necesario investigar y conocer cuáles son los factores que influyen en la aparición de problemas en el desarrollo. Es preciso intentar detectar los trastornos del desarrollo infantil en el momento en que aparecen los primeros signos indicadores de los mismos y, si es posible, antes de que los diferentes síndromes se estructuren de forma completa y estable. La detección de signos de alerta, que constituyen posibles indicadores de trastornos en el desarrollo infantil, debe estar presente en el trabajo cotidiano de todos aquellos que desarrollan su actividad con poblaciones infantiles.

Una vez llevada a cabo la detección, el siguiente paso será la evaluación y **diagnóstico** del niño y sus condiciones de crianza, que permitirán valorar la conveniencia de realizar intervenciones por parte de diferentes especialistas. Este diagnóstico conviene que se lleve a cabo en los ámbitos biológico, personal, social y educativo (Peydró, Agustí y Company, 1997).

El Libro Blanco de la Atención Temprana (2000), señala que en el diagnóstico de los trastornos del desarrollo debemos considerar tres niveles:

- Funcional: permite conocer qué es capaz de realizar el niño.
- Sindrómico: tiene como finalidad detectar y agrupar aquellos síntomas y signos que pueden englobarse bajo una misma denominación, dando lugar al síndrome.
- Etiológico: se centra en intentar explicar las causas de los problemas observados.

La **prevención terciaria** se realiza sobre aquellos niños que presentan retrasos, desviaciones o discapacidades en el desarrollo. A partir de los problemas observados se realizan actuaciones orientadas a intentar remediar estos problemas (GAT, 2000). Según Gútiez, Sáenz-Rico y Valle (1993), los programas relacionados con la prevención terciaria contribuyen a prevenir la aparición de problemas secundarios que pudieran presentar los niños, además, son útiles para aliviar la aparición de secuelas en sujetos con alteraciones, permiten realizar una educación compensatoria en niños con escasos o inadecuados estímulos y facilitan la integración de niños con alteraciones o minusvalías documentadas.

Como conclusión, y de acuerdo con el Grupo de Atención Temprana (GAT, 2000), la prevención terciaria debe iniciarse en el mismo momento en que se confirmen las alteraciones en el niño y, además, conviene que se dirija tanto al propio niño como al medio más próximo, especialmente a los que mayor trato directo tengan con el sujeto. Por una parte, y según las necesidades que presente el niño, recibirá los tratamientos que precise (estimulación, fisioterapia, etc...). Por otro lado, y en base a que en los primeros años de vida el niño pasa la mayor parte del tiempo con sus cuidadores más directos, es preciso incluir diversas acciones orientadas hacia ellos. La influencia de la familia sobre el desarrollo del niño es determinante (Guralnick, 2013). Así, uno de los objetivos fundamentales de la intervención es conseguir que conozcan y comprendan la realidad de su hijo, sus capacidades y sus limitaciones, para que actúen como agentes potenciadores del desarrollo del niño, adecuen su entorno a las necesidades físicas, mentales y sociales, procuren su bienestar y faciliten su integración social.

2.2 Ámbitos de Prevención

Tal y como se señala en el Libro Blanco de la Atención Temprana (GAT, 2000) y por parte de autores como Aranda y de Andrés (2004), las actividades relacionadas con la prevención primaria, secundaria y terciaria, tratadas en el punto anterior, pueden llevarse a cabo en tres ámbitos de prevención: Sanidad, Servicios Sociales y Servicios Educativos.

Pensamos que es importante destacar cómo ha ido evolucionando la intervención en todos estos servicios. En los primeros programas, las acciones se dirigían exclusivamente hacia el niño que presentaba problemas en su desarrollo (prevención terciaria); a medida que se ha profundizado en el conocimiento de los factores de riesgo, esta intervención se ha ido encaminando hacia aquellas poblaciones que podían presentar problemas en un futuro (prevención secundaria). Cada vez más se llevan a cabo diferentes tipos de intervención sobre la población general (prevención primaria) para disminuir la probabilidad de incidencia de determinados problemas.

A continuación haremos un repaso de los distintos ámbitos de Prevención, deteniéndonos con mayor profundidad en el ámbito educativo, por ser el que más nos interesa para nuestra investigación.

2.2.1. Prevención en el ámbito Sanitario.

Las medidas orientadas hacia la Prevención Primaria, desde este ámbito, tienen en cuenta programas relacionados con el seguimiento y control del embarazo, donde se demuestra que la información y psicoeducación de la mujer, entre otros factores, favorece la atención prenatal (Valadez, Alfaro y Celis, 2005), por lo que la sociedad pone al servicio de las embarazadas diferentes departamentos donde se le informa sobre las ventajas de utilización de esos recursos. Una vez que el niño ha nacido pueden también incluirse en este apartado programas orientados a las mejoras de la salud materno-infantil. Por eso, los servicios de salud deben promover programas educativos hacia la mujer. Es al área de salud a quien corresponde identificar y señalar las circunstancias relevantes para la promoción y prevención de la salud infantil (Aranda y de Andrés, 2004). Se desprende que, desde estos servicios, entre las medidas que guardan una mayor relación con la Prevención Primaria, caben destacar las siguientes: la atención a embarazadas, la planificación familiar, la promoción de la salud materno-infantil, los programas de seguimiento del niño sano y llevar a cabo vacunaciones de toda la población infantil.

En relación a la Prevención Secundaria es posible afirmar que se han logrado grandes avances en el sector Sanitario, especialmente en lo que respecta a las Unidades de Neonatología (Aguilera, Girona, Tosca, Vicent y Ferrer, 2005; De Miguel, 2001). La prevención secundaria surge de la necesidad de intervención temprana en niños que pueden presentar dificultades en su desarrollo, derivadas de las condiciones del embarazo, parto y postparto. Es preciso identificar lo más pronto posible a esos niños (detección), analizar su situación particular (evaluación o diagnóstico), promover las acciones encaminadas a favorecer el máximo desarrollo (intervención) y seguir su evolución (seguimiento). También se ve la necesidad de realizar un seguimiento protocolizado de la población infantil que puede presentar problemas, por ejemplo:

- Niños con bajo peso al nacimiento (Aguilera, Girona, Tosca, Vicent y Ferrer, 2005; León, Pondereux, Giménez y Beláustegui, 2005).
- Niños con signos de alarma neurológica, riesgo de hipoacusia, alteraciones del desarrollo psicomotor, luxación congénita de cadera (Coronel y Merón, 2006).

Este seguimiento debe llevarse a cabo con la colaboración de equipos multidisciplinares y de los Servicios Pediátricos de Atención Primaria y conviene llevar a cabo estos seguimientos hasta la edad escolar.

Algunos de los programas relacionados con la Prevención Secundaria tienen como objeto de intervención dirigida a los padres de niños que presentan riesgo elevado de padecer problemas en su desarrollo (Álvarez y Martínez, 2002; León, Pondereux, Giménez y Beláustegui, 2005), llegando a la conclusión de que esta intervención mejora el ajuste parental. Destacamos también la elaboración de programas de prevención secundaria, denominados de baja intensidad, con intervenciones más breves en el tiempo o de menor duración, pero eficaces (Guralnick, 2000 y 2011; Álvarez y Martínez, 2002).

Según el Libro Blanco de Atención Temprana (2000), la prevención Secundaria, desde la óptica sanitaria, se ocupa de la detección y el diagnóstico de aquellos grupos que pueden presentar riesgo de padecer problemas en su desarrollo. La intervención puede ser prenatal, neonatal y postnatal. Las acciones preventivas de los Servicios Prenatales se ocupan de definir los criterios de riesgo durante el embarazo. Ejemplos de estas situaciones de riesgo podrían ser las madres adolescentes, gestantes con determinadas enfermedades (diabetes, infecciones), embarazos complicados por diversas causas, madres toxicómanas, etc. Una vez que se detectan los embarazos de riesgo, se ocupan de llevar a cabo un seguimiento frecuente e introducen las medidas terapéuticas adecuadas cuando el caso lo requiere.

El momento del nacimiento es un momento crucial porque pueden aparecer diversas circunstancias que afecten el desarrollo futuro del niño, como la hipoxia neonatal, el traumatismo craneoencefálico y la prematuridad (entre otros muchos) (Torres-Valdivieso, Gómez, Medina y Pallás, 2008). Los servicios de neonatología son los encargados de adoptar las acciones oportunas y las condiciones necesarias para garantizar el desarrollo más idóneo del niño.

Una vez que el niño ha nacido, corresponde a los servicios de pediatría, especialmente de los centros de salud, el seguimiento y diagnóstico de aquellos niños que pueden presentar problemas en su desarrollo. Desde estos servicios se realizan acciones, tanto por parte de enfermería como del médico pediatra, consistentes en la detección de signos de alerta en las revisiones programadas, en aquellos niños que

pueden presentar diversas situaciones de riesgo por sus condiciones personales y/o familiares: niños que sufren determinadas enfermedades (p.e., infección que cursa con meningitis, condiciones de crianza inadecuadas, maltrato en la infancia, etc.).

Además, los Servicios Sanitarios se relacionan con otras instituciones a través de acciones de coordinación, para que, cuando mejore la salud del niño, sean otros servicios, especialmente educativos y sociales, los encargados de intervenir y tratar a los niños que son detectados y diagnosticados.

Por último, la Prevención Terciaria, desde la óptica sanitaria, se va a ocupar de adoptar las medidas sanitarias adecuadas para tratar de responder a la situación de aquellos niños que presentan problemas derivados de diversas condiciones desfavorables en su embarazo, parto, postparto o desarrollo posterior.

Además de las medidas sanitarias, algunos de los programas de Intervención Temprana tienen su origen en los servicios de neonatología. Debido a que algunos niños presentaban problemas desde el nacimiento pero no eran atendidos por ningún servicio público hasta que entraban en la escuela, vieron la necesidad de realizar seguimientos y aplicar programas de intervención a estos niños (si el caso lo requería), así como establecer canales de coordinación con otros servicios sociales y educativos para llevar a cabo el seguimiento sobre las poblaciones de riesgo biológico y ambiental (Gútiez, Sáenz-Rico y Valle, 1993). También es destacable la labor de los servicios de Rehabilitación, sobre todo, en problemas motores que pueden presentar los niños pequeños.

2.2.2. Prevención desde el ámbito Social

El entorno social donde un niño se desarrolla juega un papel determinante, favoreciendo o dificultando la evolución del niño, según las diferentes condiciones del medio. Díaz-Herrero, Pérez-López y Martínez-Fuentes (2004) señalan que los efectos producidos por un ambiente familiar desfavorecido, no solamente pueden observarse en los primeros meses de vida o en el Primer Ciclo de Educación Infantil, sino que permanecen durante el Segundo Ciclo de Educación Infantil pudiendo ir más allá. Estos mismos autores destacan, entre otros, los siguientes ambientes desfavorecedores: padres

deficientes, familias que viven en la pobreza, familias desestructuradas, padres con enfermedades mentales, madres adolescentes, padres drogodependientes, etc.

Desde el punto de vista de la Prevención Social Primaria las acciones se dirigirán a tratar que no aparezcan situaciones tales como el maltrato infantil, o a la puesta en marcha de programas para ayudar a madres solteras, adolescentes o emigrantes (Aranda y de Andrés, 2004). Por tanto, se trata de evitar aquellas situaciones sociales, económicas o familiares que han demostrado que pueden influir en el posterior desarrollo del niño. Además, desde los Servicios Sociales, se debe contribuir a la prevención de los problemas en el desarrollo infantil (Peñafiel, Hernández y Chacón, 2003) con programas dirigidos a colectivos de riesgo social tales como población emigrante, madres adolescentes, etc.

En cuanto a la Prevención Social Secundaria está dirigida a los llamados niños de riesgo socioambiental. Pueden considerarse parte de esta población (Díaz Herrero, Pérez-López y Martínez-Fuentes, 2004) a los que viven bajo determinadas condiciones de crianza: pobreza, padres enfermos (física o mentalmente), familia desestructurada, padres toxicómanos e inmigrantes. Martell, Burgueño, Weingerger y Alonso (2007) demuestran la conveniencia de realizar acciones en niños de riesgo socioambiental porque parece que presentan un menor desarrollo cognitivo que el grupo control. La tarea de los diferentes servicios, especialmente los sociales, consistirá en detectar a estos niños, valorar su situación e intervenir para atenuar la situación de riesgo.

Finalmente, algunas familias, por sus características, parecen influir negativamente en el niño. En este caso, la Prevención Terciaria se centraría en intervenir tanto en el niño, como en la familia y en las instituciones con el objetivo de optimizar el desarrollo (Díaz-Herrero, Pérez-López y Martínez-Fuentes, 2004).

Tal y como señalan Juan-Vera y Pérez-López (2009), en todas estas tareas preventivas mencionadas, desde la perspectiva social, juegan un papel fundamental los Centros de Desarrollo Infantil y Atención Temprana (CDIAT)

2.2.3. Prevención desde el ámbito Educativo

Si entendemos la educación en sentido amplio, no solamente la relacionada con el sistema educativo, entonces muchas de las relaciones que pueden establecerse entre los niños y su entorno (familiar, social, etc.) pueden ser consideradas como intervenciones educativas. Cada vez más, se va imponiendo una intervención de tipo ecológica, transaccional y sistémica (Sánchez-Caravaca, 2006), donde los ambientes que rodean al niño juegan un papel determinante en su evolución. Así, en realidad, lo que se pretende es que la educación del niño sea intencional y ecológica. Los padres adoptan un rol que trata de tomar iniciativas para estimular la buena evolución de su hijo, de un modo consciente, pero, a la vez, en un ambiente natural (alimentación, cuidados, tipos de juego, etc.).

El modelo educativo de la etapa de Educación Infantil, especialmente en lo que se refiere al primer ciclo, coincide plenamente con la concepción actual de la Atención Temprana (Candel, 2004). Algunos de los motivos que nos llevan a formular esta afirmación son los siguientes: la visión global que se tiene del niño, la importancia que se da al aprendizaje a través del juego, la influencia de los contextos (familiares, grupales, sociales) en el desarrollo del niño y la coincidencia en la edad de intervención (0-6 años).

Sánchez-Caravaca y Candel (2012) destacan que el trabajo de los EATs lo preside un enfoque educativo, entendiendo éste en el sentido de que si con estas intervenciones se modifica la forma en que el contexto estimula e interactúa con el niño, se está haciendo una labor eminentemente educativa, que, en caso necesario, se puede complementar con los otros tratamientos específicos y especializados que el niño pueda precisar, y que, evidentemente, la familia o la escuela infantil no pueden proporcionarle, ni tienen por qué estar preparados para ello.

Desde el punto de vista educativo se pretende, a nivel de prevención primaria, ofrecer entornos estables y estimulantes a la población, así como llevar a cabo campañas de información sobre la educación de los niños (Aranda y de Andrés, 2004). La simple medida de fomentar la escolarización temprana de los niños favorece su evolución siendo una de las acciones preventivas más relevantes en la población. También es posible realizar seguimientos a toda la población escolarizada en una Escuela Infantil. Brito, Pérez-López, Martínez-Fuentes y Díaz-Herrero, (2006) y Pérez-López, Martínez-Fuentes, Díaz-Herrero y Brito (2012) llevaron a cabo una investigación para intentar

demostrar la eficacia de la prevención primaria en la Escuela Infantil interviniendo sobre un grupo de niños escolarizados, evaluándolos y orientando a los padres, encontrando, al final, diferencias significativas en el desarrollo entre el grupo experimental (niños y familias que participaban en un programa de prevención y promoción del desarrollo) y el grupo control (niños y familias que no formaron parte de este programa), a favor del primer grupo de niños.

Sin embargo, las mayores medidas preventivas en educación infantil guardan una mayor relación con la prevención secundaria. La escuela infantil nos brinda la oportunidad de observar niños muy pequeños por lo que es posible detectar muy tempranamente cualquier retraso o dificultad que se pudiera observar. Además, en las escuelas infantiles existe un personal especializado, habituado a observar el desarrollo de los niños. Si las dos acciones relacionadas con la prevención secundaria son la detección y el diagnóstico (GAT, 2000), convendrá generar protocolos encaminados a intentar detectar las dificultades que pudieran presentar algunos grupos de niños. A partir de estos protocolos y de las observaciones realizadas por el personal de las escuelas infantiles, habría que evaluar, de un modo amplio, a aquellos niños en los que se observase cualquier dificultad o retraso, tal y como señala el Libro Blanco de la Atención Temprana. Esta evaluación debe ser multidisciplinar y centrada en las diferentes áreas del desarrollo. Además, conviene evaluar las relaciones del niño con otras personas (padres, familiares, otros niños), su relación con el ambiente (objetos y materiales diferentes) y su funcionamiento en diferentes contextos. Es importante, por tanto, implicar en la evaluación a las personas que más se relacionan con el niño (Candel, 2005).

Desde el punto de vista de la prevención terciaria en la Escuela Infantil, encontramos que esta intervención se refiere a las acciones encaminadas a paliar los efectos de un déficit o a tratar de prevenir la aparición de problemas asociados a una problemática que puede presentar un niño. Es frecuente que distintos profesionales especializados acudan frecuentemente a las escuelas infantiles para intervenir sobre determinados niños que presentan problemas en su desarrollo. En algunas escuelas infantiles se llevan programas de intervención terciaria, existiendo un servicio en la propia escuela infantil orientado a aquellos niños que presentan dificultades en su desarrollo (Barreiro, 1997).

2.3. Prevención en poblaciones de riesgo.

Una vez analizados los niveles de prevención, vemos conveniente dirigir la atención del lector hacia la población donde se llevan a cabo las diferentes actividades relacionadas con la Atención Temprana. Existen dos grandes grupos hacia los que se dirigen las acciones de prevención desde la Atención Temprana (Gútiez, 2005; Robles-Bello y Sánchez-Teruel, 2013): Niños con riesgo biológico y niños con riesgo socio-ambiental.

2.3.1. Niños con riesgo biológico

Si riesgo es cualquier circunstancia que aumente la probabilidad de presentar un déficit o alteración futura (Brito, 2004), podemos entender por niños con riesgo biológico aquellos que “durante el periodo pre, peri o posnatal, o durante el desarrollo temprano, han estado sometidos a situaciones que podrían alterar su proceso madurativo, como puede ser la prematuridad, el bajo peso o la anoxia al nacer” (p. 13; GAT, 2000). Este riesgo se debe entender como el aumento en la probabilidad de que un niño presente alguna dificultad, retraso o problema en su desarrollo evolutivo.

En el inicio del siglo pasado, aproximadamente el 20% de los niños nacidos morían antes de cumplir el primer año de vida. A partir de aquí los avances en la medicina junto con la mejora social en higiene, alimentación, etc., fue consiguiendo mejorar estas cifras, década a década. Sobre los años 70-80 el porcentaje de mortalidad, desde el nacimiento hasta el primer año de vida, disminuyó hasta el 0.7%-0.8%.

Estos porcentajes son muy difíciles de mejorar debido a diversos motivos (Caserío y Pallás, 2009): por una parte, la edad para ser madre se va retrasando cada vez más, contribuyendo al aumento de factores de riesgo para que los hijos presenten problemas. De otro lado, la supervivencia de los niños ha mejorado notablemente por los avances observados en los servicios de neonatología en los últimos años, especialmente en las unidades de UCI neonatales. Estos avances influyen en que se haya incrementado el número de niños que sobreviven, algunos de ellos en condiciones muy

difíciles y conlleva un aumento en la probabilidad de que pueden presentar problemas en su desarrollo.

Según Benavides (2004) sobre un 5% de los niños nacidos presenta algún problema congénito (problemas físicos, psíquicos o sensoriales). A partir del parto, la mayoría de los problemas que puedan presentarse se considerarán adquiridos, dado que algunos síndromes genéticos o cuadros patológicos, pueden presentarse después del nacimiento del niño, aunque no guarden relación con el ambiente.

Tal y como señala Brito (2004), los factores de riesgo biológico pueden clasificarse en prenatales, neonatales y postnatales. Conviene profundizar un poco más en cada uno de ellos.

2.3.1.1 Riesgo Prenatal:

La sociedad actual es consciente de la importancia del periodo del embarazo para el desarrollo posterior del niño. La ciencia ha investigado los problemas que pueden presentarse durante el embarazo y que podrían afectar al desarrollo futuro del niño. A continuación se destacan los factores de riesgo prenatales (Brito, 2004):

- Edad de la madre: Sobre todo en madres mayores de 36 años y menores de 20.
- Cuidado prenatal inadecuado: A pesar de existir una asistencia prenatal de primera calidad, debido a diversos problemas tales como desconocimiento de los recursos, escasa valoración de los servicios, etc., algunas mujeres no los utilizan durante el embarazo, incrementando los riesgos potenciales en los niños. Además, se suman otros factores porque las mujeres que no suelen acudir a estos servicios son aquellas que presentan otros riesgos, como son las toxicomanías.
- Problemas de salud maternos e Infecciones durante el embarazo: en cuanto a las enfermedades que puede presentar la madre se destacan la epilepsia, la diabetes, el sida (VIH) y la hepatitis. Respecto de las infecciones son especialmente relevantes la toxoplasmosis, la rubéola y el citomegalovirus, pudiendo presentar el bebé, malformaciones, secuelas sensoriales (auditivas y visuales) y/o problemas neurológicos.

- **Nutrición:** Aunque son muchos los factores que pueden influir en el desarrollo del niño durante el embarazo y posteriormente (excesivo consumo de grasas, escasez de proteínas, etc...), destaca el del ácido fólico; la toma controlada de ácido fólico, por parte de los dos miembros de la pareja, tres meses antes de producirse el embarazo (la mujer deberá continuar durante los primeros meses del embarazo si el médico lo estima oportuno), reduce de un modo importante la incidencia de defectos al nacimiento, especialmente de espina bífida (Martínez-Frías, Martínez-Fernández y Bermejo-Sánchez, 2012).

- **Consumo de drogas:** El consumo de drogas puede afectar de manera variada al feto. Existen estudios que demuestran que el tabaco, el alcohol, la cocaína, otras metanfetaminas, la heroína y metadona y la marihuana presentan influencia, en mayor o menor medida, en incrementar la probabilidad de que el niño presente problemas futuros.

2.3.1.2 Factores de Riesgo Perinatales:

A pesar de todo lo anterior, la mayor parte de las embarazadas llegan al parto sin incidencias destacables. Sin embargo, en el momento del nacimiento pueden presentarse algunas complicaciones. Algunos de los problemas que, con cierta incidencia (Coronel, y Merón, 2006; Torres-Valdivieso, Gómez, Medina y Pallás, 2008), se observan en los niños que acuden a programas de Atención Temprana, son los siguientes: Prematuridad y bajo peso, Problemas respiratorios, Asfixia neonatal (Anoxia neonatal), Daño cerebral perinatal, Hiperbilirrubinemia, Problemas metabólicos y el ambiente de la UCI. Analizaremos, de un modo amplio, todo lo relacionado con los niños nacidos demasiado pronto o muy pequeños y el ambiente de la UCI neonatal para, posteriormente, comentar de un modo breve el resto de factores de riesgo en el nacimiento.

- **Prematuridad y Bajo Peso:** Se entiende por prematuridad una gestación inferior a 37 semanas. El bajo peso al nacimiento puede considerarse a partir de un peso inferior a 2500 grs., la clasificación propuesta es la que aparece en la siguiente tabla (Sellán, García y Aragón, 2008; Caserío y Pallás, 2009):

Tabla 2.1 Clasificaciones de la prematuridad

Edad Gestacional		Peso al nacimiento	
Inferior 37 semanas	Pretérmino	Inferior 2500 grs.	Bajo peso al nacimiento
32-28 Semanas	Muy pretérmino	1500-1000 grs.	Muy bajo peso al nacimiento
Inferior 28 semanas	Pretérmino Extremo	Inferior a 1000 grs.	Extremadamente bajo peso

Además de las dos anteriores, se propone como otra forma de clasificación la relacionada entre el peso y la edad gestacional (Padilla, Botet, Soria, Gratacos y Figueras, 2014):

- Peso adecuado a la edad gestacional
- Pequeño para la edad gestacional
- Grande para la edad gestacional

Las causas principales del bajo peso, según Bertot, Moré, Fonseca, Rodríguez y Ortiz (2003), son la hipertensión de la madre, la insuficiente ganancia de peso del feto, la infección urinaria y el embarazo gemelar. Cuanto menor es el peso y/o las semanas de gestación, mayor probabilidad de padecer secuelas importantes en el futuro.

En los países desarrollados la incidencia de la prematuridad afecta al 7% de la población, siendo este porcentaje del 1,2% en niños de menos de 1500 grs. (Pallás, de la Cruz y Medina, 2001; Álvarez, 2009). En España, según Caserío y Pallás (2009), la prematuridad se estima entre el 8%-10%, aunque, según informe del Instituto Nacional de Estadística (2010), la prematuridad afecta al 6,9% de la población. Las secuelas habituales, para este grupo de riesgo, según los autores mencionados anteriormente, son: la parálisis cerebral, los problemas sensoriales (especialmente hipoacusias) y retrasos en el desarrollo cognitivo. Tal y como señala Pallás (2004), en un país como España, donde reciben cuidados prenatales un 95% de las mujeres embarazadas, no ha disminuido la prevalencia de los nacimientos pretérmino. Pallás (2004) señala que, "hasta el momento no se ha explicado bien por qué la mejora en el cuidado prenatal no ha tenido el impacto esperado en la prematuridad, pero, probablemente, se puede

relacionar con el origen multicausal de la prematuridad. Cuando se consigue controlar algunos de los factores que la condicionan, aparecen otros diferentes.” (p.4)

Conviene destacar los estudios que se están realizando últimamente sobre la población de Prematuros Tardíos (36-34 semanas de gestación). Demestre, Raspall, Martínez-Nadal, Vila, Elizari y Sala, (2009) observaron diferencias significativas entre este grupo y los niños nacidos a término. Estos autores aconsejan desarrollar protocolos de intervención para descubrir las causas de la prematuridad, tratar de reducir la incidencia y minimizar la morbilidad y mortalidad asociada, así como conocer más ampliamente su desarrollo. En definitiva, estos autores señalan que por su situación de maduración neuronal, este grupo de niños deberían ser igualmente atendidos y seguidos.

Otros problemas que pueden presentarse en el momento del parto, pudiendo afectar al desarrollo del bebé, son los siguientes (Brito, 2004; Padilla, Botet, Soria, Gratacos y Figueras, 2014):

- Problemas respiratorios: especialmente el síndrome de distress respiratorio que puede ocasionar displasia broncopulmonar, que a su vez puede causar daño en el Sistema Nervioso Central (S.N.C.) y en el desarrollo posterior del niño.
- Asfixia Neonatal (Anoxia neonatal): Es una disfunción en el intercambio de oxígeno y anhídrido carbónico. Hay una disminución de oxígeno en sangre y como consecuencia de ello hay menos oxigenación cerebral y muerte neuronal o hemorragias intracraneales. El daño cerebral se conoce con el nombre de encefalopatía isquémica hipóxica, siendo la causa más importante de muerte del bebé durante el parto. Además, puede traer graves consecuencias neurológicas. El 25% de los niños con este diagnóstico al nacimiento es muy probable que padezcan secuelas toda la vida: Parálisis cerebral, retrasos evolutivos, etc...
- Daño cerebral perinatal: El problema más destacado es la hemorragia intraventricular (HIV). La padecen aproximadamente la mitad de los niños con muy bajo peso (menos de 1500 grs.). Puede provocar parálisis cerebral y retrasos evolutivos, entre otros muchos problemas).
- Hiperbilirrubinemia: También llamada Ictericia. Se debe a un aumento en el nivel de bilirrubina en sangre. El riesgo (cuando los niveles son muy altos) es de parálisis cerebral y pérdida de audición neurosensorial. Se suelen corregir los niveles con fototerapia y, en casos extremos, con transfusiones de sangre.

- Problemas metabólicos tales como la hipoglucemia, hipocalcemia, fenilcetonuria e hipertiroidismo. El problema se presenta cuando el niño tiene una deficiencia en productos esenciales para el metabolismo. Muchos de estos problemas se pueden tratar con dieta o terapia.

- Otros problemas: Podemos también destacar, como factores de riesgo al nacimiento, los siguientes:

- Convulsiones del recién nacido.
- Apgar menor de 3, a los cinco minutos del nacimiento.
- Perímetro craneal inferior en 2 desviaciones típicas.

- Por último, conviene destacar el ambiente de la UCIN (Unidad de Cuidados Intensivos Neonatal), donde se ingresan muchos de los niños que presentan dificultades en el momento del nacimiento. Hace unos años contribuía escasamente al buen desarrollo del niño que presentaba graves problemas (incluso perjudicaba el buen desarrollo cerebral). En esos momentos, las condiciones de la UCI eran las siguientes (Valle, 1992):

- Elevados niveles de ruido (70-80 dB).
- Presencia de luz brillante. No diferenciación de periodos día-noche.
- Muchas personas yendo continuamente de un lado a otro.
- Excesivas manipulaciones de los bebés (entre 40-70 diarias).
- Manipulaciones no afectivas, no estimulantes físicamente.
- Sueño interrumpido.
- No movimiento de balanceo, a diferencia del que realizan las madres o padres de bebés que no presentan problemas.
- Impacto emocional negativo en los padres que modifica el proceso de crianza del niño.

Aunque algunos de estos factores, su repercusión y las soluciones que se han ido proponiendo, las analizaremos con mayor profundidad en el próximo capítulo, cabe destacar que este ambiente podría influir negativamente en el desarrollo posterior, sobre todo si la estancia en la UCIN es muy prolongada. Sin embargo, a partir de los años 80 del siglo pasado se iniciaron experiencias tendentes a controlar estas variables para intentar mejorar las condiciones y se llevaron a cabo programas orientados a reducir el impacto negativo de las condiciones de la UCI y a facilitar la interacción entre los padres y el niño. En Estados Unidos estos programas se conocen

con las siglas NIDCAP (Newborn Individualized Developmental Care and Assessment Program). En España estas experiencias comienzan sobre el año 2000, se denominan Cuidados Centrados en el Desarrollo (CCD) y están incluidos dentro de los programas NIDCAP. Perapoch, Pallás, Linde, Moral, Benito, Lopez, Caserío y de la Cruz (2006) informan que, en nuestro país, muchos hospitales toman medidas encaminadas a mejorar las condiciones ambientales de la UCI neonatal (luces, ruidos, períodos de descanso), facilitar la entrada de padres y familiares del niño y crear equipos multidisciplinares para realizar el seguimiento de los bebés.

2.3.1.3. Factores de riesgo postnatales.

La mayor parte de los niños supera sin dificultades el momento del parto, pero durante las semanas, meses y años siguientes pueden presentarse diversos problemas, entre los que destacamos como más significativos:

- Crisis convulsivas. En los primeros años de vida pueden ser muy variadas: Crisis Febriles que son debidas al incremento de la temperatura en el niño, Crisis de ausencia que suelen ser benignas, Crisis Neonatales, donde se observan espasmos frecuentes del recién nacido que pueden prolongarse durante varios días o semanas y Crisis Tónico-clónicas que, caso de ser generalizadas, tienen mayor probabilidad de afectar al desarrollo del niño (Brito, 2004).
- Interrupción del crecimiento. Barrio y Calvo (2001) definen el problema como las dificultades para alcanzar el peso o la longitud en el rango esperado. Suele iniciarse durante el primer año de vida y, entre las causas orgánicas, destaca:
 - La disfunción oral motora: Dificultades para coordinar funciones orales y motoras tales como succionar, tragar y respirar mientras toma alimento.
 - Reflujo gastroesofágico: Existen problemas en el músculo del esófago, encargado de impedir el retorno del alimento del estómago al esófago, dando lugar a vómitos y arcadas e impidiendo que el niño se alimente adecuadamente.
- Traumatismos craneoencefálicos, definidos como el daño repentino en el cerebro por causas mecánicas (Bilbao, 2004). Estos problemas pueden causar serios problemas en el desarrollo dependiendo de la profundidad y alcance de la lesión que provoquen en el cerebro.

- Enfermedades infecciosas, especialmente aquellas que pueden afectar al cerebro tales como la Meningitis o encefalitis que pueden provocar lesiones neurológicas permanentes (Brito, 2004).

2.3.2. Niños con Riesgo ambiental

La mayor parte de los niños son deseados y gozan de unas condiciones de crianza y unas relaciones afectivas, paterno-filiales positivas. Sin embargo, el entorno familiar y social no siempre es favorable; muchos niños viven en ambientes que no poseen las condiciones mínimas para que se desarrollen normalmente; otros sufren unas condiciones de crianza inadecuadas para favorecer su desarrollo.

Al hablar de factores de riesgo socio-ambientales nos referimos a aquellos niños con familias muy desestructuradas, o que tienen padres con enfermedades físicas o mentales, hijos de adolescentes, de drogodependientes, inmigrantes poco adaptados o con bajos recursos, etc.

Así, los niños nacidos en estos ambientes tienen una mayor probabilidad de presentar problemas en su desarrollo.

A título de ejemplo, podemos afirmar que diversos estudios (Thompson, 1999) demuestran que algunos niños que no han sido acariciados, han estado poco estimulados o malnutridos, tienen mayores dificultades en el futuro para establecer relaciones con personas, lo cual puede llevarlos a padecer déficits sociales en los siguientes años. Otros informes (Soriano, 2011) destacan que niños criados en ambientes violentos pueden desarrollar problemas relacionados con el control de las emociones, desórdenes conductuales diversos, dificultades de atención, problemas escolares y agresividad (entre otros muchos). Estos efectos no sólo son apreciables en los primeros años de vida, sino que pueden persistir en edades posteriores.

2.3.2.1 Factores de riesgo socioambiental.

En el Libro Blanco de Atención Temprana (GAT, 2000) y en el artículo de Robles, Poo y Poch (2008) se recogen los factores de tipo ambiental que mayor

influencia negativa pueden tener en el desarrollo del niño; a continuación destacamos aquellos comunes a ambos:

- Bajo nivel socioeconómico de la familia, especialmente cuando se tiene que soportar una situación económica donde hay que privarse de lo básico.
- Disfunción familiar. Aquellas familias que sufren disputas frecuentes, especialmente de los progenitores. También podemos incluir en este apartado a familias donde la pareja se encuentra en proceso de separación o divorcio traumatizante.
- Drogadicción de padres y cuidadores, incluyendo en este apartado el abuso y dependencia de sustancias tóxicas: Alcohol y drogas principalmente, por parte de los responsables del niño.
- Enfermedades graves de los padres. Es posible incluir tanto enfermedades físicas como mentales. También podemos incluir a padres/madres con diversas deficiencias, sobre todo el déficit intelectual. Cuando uno o ambos progenitores tienen estas enfermedades se incrementa la probabilidad de que sus hijos incrementen el riesgo de sufrir problemas en su desarrollo.
- Otro factor con influencia negativa en el desarrollo del niño es que su madre sea adolescente. En esta época de la vida, la responsabilidad de tener un niño no puede ser resuelta adecuadamente por una persona que todavía no ha madurado lo suficiente.
- Malos tratos: tanto directos hacia el propio niño, como vivir situaciones de maltrato físico o psíquico hacia la figura materna por parte de su pareja.

Muchas veces, la mayoría de estos factores, no se dan aisladamente, observándose un incremento del riesgo, a medida que se suman los factores, llegando a tener un efecto multiplicador para algunos autores (Arizcun, 2002a, 2002b)

2.3.2.2 Consecuencias del déficit socio-ambiental:

Parece ser, como hemos visto anteriormente, que los efectos del riesgo biológico pueden traer consecuencias negativas sobre el desarrollo futuro del niño. ¿Sucederá lo mismo con el riesgo socio-ambiental? Aquellos niños que tienen un ambiente social y familiar inadecuado pueden también presentar problemas en el desarrollo posterior. Díaz-Herrero, Pérez-López y Martínez-Fuentes (2004) Destacan los siguientes:

- **Consecuencias sobre la salud:** Salud y nutrición son claves para el desarrollo. Problemas nutricionales y escasos cuidados traerán diversos retrasos en el desarrollo físico y mental del niño:

La afectación más importante tiene que ver con el desarrollo cerebral que tiene lugar durante el periodo prenatal y durante el primer año de vida. Esta afectación puede tener consecuencias a largo plazo.

- **Consecuencias sobre el desarrollo cognitivo y rendimiento académico:** Los estudios demuestran que niños de ambientes desfavorecidos obtienen un menor rendimiento en las pruebas intelectuales (menor C.I.) y menor rendimiento académico (Klebanov, Brooks-Gunn, McCarton y McCormick, 1998).

- **Consecuencias sobre el desarrollo emocional:** El cariño que recibe el niño de sus cuidadores es un factor determinante de las futuras relaciones sociales y del desarrollo emocional del niño en un futuro. Cuando los ambientes no reúnen las condiciones favorables pueden tener consecuencias diversas: alteraciones comportamentales o psiquiátricas y un funcionamiento social desadaptativo, en comparación con los niños criados en ambientes favorables.

A lo largo del presente capítulo se ha profundizado en la prevención en Atención Temprana y se han analizado los factores de riesgo que pueden influir en el desarrollo de los más pequeños. Podemos concluir destacando la necesidad de la pronta detección de esos factores en la población de niños para que los servicios encargados de la intervención (educativos, sociales y sanitarios) pongan en marcha las medidas orientadas a disminuir la posibilidad de que se presenten dificultades en el desarrollo. ¿Las medidas que se adoptan desde los distintos servicios son de utilidad? En el siguiente capítulo nos detendremos en investigar la eficacia de los diferentes programas de intervención temprana en la población infantil.

Capítulo 3

Efectividad de los programas de intervención en Atención Temprana

Queremos iniciar este capítulo deteniéndonos en definir algunos términos utilizados para constatar si la aplicación de una o varias modalidades de intervención a un sujeto (o grupo de sujetos) realmente mejora su situación. Hemos optado por recabar distintas definiciones y orientarnos finalmente hacia las propuestas por la psicología, en relación a los vocablos eficacia, efectividad y eficiencia.

La Real Academia Española de la Lengua, en su versión electrónica (RAE, 2012), utiliza la misma definición para las palabras efectividad y eficacia: “Capacidad de lograr el efecto que se desea o se espera”, mientras que eficiencia sería “la capacidad de disponer de alguien o de algo para conseguir un efecto determinado”.

Sin embargo, si analizamos estas expresiones en las definiciones que se proponen desde la psicología, podemos observar algunos matices, en relación a las expresadas por la RAE:

En este sentido, se entiende por **eficacia** la capacidad de un tratamiento para provocar cambios en la dirección esperada que sean claramente superiores con respecto a la no intervención, al placebo, o, en las versiones más exigentes, a los otros tratamientos estándar disponibles en ese momento (Fernández y Pérez-Álvarez, 2001; Ferro y Vives, 2004). La eficacia implica una comparación entre la aplicación de un tratamiento y la ausencia de intervención (o entre dos tratamientos), observando los cambios que se van produciendo con el paso del tiempo. La mayor parte de los estudios de eficacia evalúan si una intervención produce efectos positivos en situaciones óptimas de puesta en marcha, siendo un problema la generalización de resultados al intervenir sobre una población específica (Pedregal, 2006)

Los estudios de **efectividad** tratan de constatar si los tratamientos propuestos producen efectos medibles en amplias poblaciones de pacientes en el ambiente clínico real (Fernández y Pérez-Álvarez, 2001). Los diseños de efectividad evalúan una

intervención en un contexto natural (Pedregal, 2006), centrándose en la población a la que va dirigida la intervención y bajo qué condiciones.

Por último, el término **eficiencia** se refiere a la relación coste-beneficio de una intervención (Ferro y Vives, 2004).

Aunque a lo largo de este capítulo utilicemos indistintamente las palabras efectividad y eficacia, nos estamos refiriendo a lo descrito como efectividad, porque la mayor parte de las investigaciones parten de medir los efectos de los diferentes tratamientos en niños en ambientes reales.

3.1 Antecedentes y situación general

Como puede desprenderse de los párrafos anteriores, este capítulo está destinado a intentar comprobar si las intervenciones en Atención Temprana son efectivas. En primer lugar, revisaremos varios estudios iniciales y las variables que se consideraban relevantes en las primeras investigaciones para, con posterioridad, ir avanzando hasta llegar a algunas publicaciones científicas actuales. Trataremos de comprobar si la AT tiene eficacia sobre algunas áreas del desarrollo para, con posterioridad, comentar el papel que los programas de intervención temprana tienen sobre otros aspectos del desarrollo tales como el comportamiento, la atención o la evolución escolar y, por último, se analizará la influencia de los entornos familiar, escolar y hospitalario en los programas de AT.

Desde la perspectiva estudiada, lo que pretenden conseguir los programas de intervención temprana es una mejora en la calidad de vida del niño y su familia, aunque, como analizaremos más adelante, las variables que pueden utilizarse para observar las mejoras pueden ser muy variadas. La pregunta general que intentaremos responder es la siguiente: ¿Es efectiva la Atención Temprana? Al profundizar en aspectos más concretos es posible formular cuestiones que intenten dar respuesta a distintos matices de la intervención: ¿Son más efectivos los programas estructurados? ¿Los efectos de estos programas se mantienen a medio y largo plazo? ¿Aquellos programas que dedican mayor tiempo a la intervención directa con el sujeto, son más beneficiosos? A éstas y otras preguntas se ha intentado contestar por parte de los profesionales e investigadores

de la AT y, en líneas generales, tal y como veremos a continuación, parece que cabe afirmar que la AT es eficaz.

En las primeras publicaciones sobre el tema ya se destacaban las bondades de la Intervención Temprana. Bronfenbrenner (1974), después de analizar diversos estudios, concluyó que la AT era efectiva. Encontró que los programas estructurados producen mayores beneficios que los orientados al juego, especialmente en el área cognitiva.

Constató, además, que, en líneas generales, se benefician más de la intervención aquellos niños provenientes de estratos económicamente desfavorecidos. Por otro lado, uno de los aspectos más destacables que encontró se refiere a las observaciones sobre los sujetos adscritos a un programa de intervención, los cuáles puntúan más alto en las pruebas de Cociente Intelectual (CI), mientras están en el programa. Por el contrario, se observa un declive en las puntuaciones cuando se interrumpe la intervención.

Bronfenbrenner, en ese trabajo concluye, según Pérez-López (2014), que la eficacia de la intervención temprana era evidente (o estaba científicamente comprobada) siempre y cuando fuese una intervención centrada en la familia, basada en un modelo ecológico y que siguiera una estrategia secuencial de intervención basada en la preparación para la paternidad y la maternidad.

A principios de los años 80, Simeonsson, Cooper y Scheiner (1982) encontraron que por encima del 90% de los estudios publicados concluían que la AT era eficaz, por lo menos en cuanto a medidas subjetivas se refiere. En la misma línea, Casto y Mastopieri (1986) concluyeron, tras un meta-análisis de 74 estudios, que los programas de AT producen cambios positivos en el desarrollo de los niños, mejorando las distintas áreas, demostrando así su eficacia.

Hasta ese momento, la mayor parte de los estudios publicados acerca de la efectividad de la intervención en AT se referían a variables relacionadas con el propio niño. En la década de los noventa es cuando empiezan a aparecer investigaciones que amplían los elementos a evaluar siendo el comienzo, por tanto, de una nueva generación en la investigación (Guralnick, 1997). Aunque este autor señala que existen múltiples problemas de naturaleza metodológica y ética que dificultan poder demostrar la eficacia de la intervención, con las precauciones debidas respecto de las conclusiones que se extraigan, señala que, además del niño, convendrá evaluar a la familia, la interacción

entre ambos, el estrés familiar, los apoyos que reciben, las actividades terapéuticas, etc. En definitiva, en su mayoría, se refieren a aquellos aspectos ecológicos que influyen en la eficacia de los programas. Estos factores analizados por parte de Guralnick (1998) y que pueden influir en la intervención, son los siguientes:

- *Los factores de riesgo en relación a la efectividad de los programas.* A medida que se incrementan las situaciones de riesgo en un sujeto puede haber una probabilidad menor de conseguir resultados positivos en su evolución. De este modo se puede apuntar que cuantos más factores de riesgo estén presentes en un niño, es más probable que existan más dificultades a la hora de prevenir e intervenir. A título de ejemplo, podemos destacar que existe un grupo de niños que tienen mayor probabilidad de ser vulnerables, nos referimos a quienes han sido diagnosticados de una discapacidad en el desarrollo porque son susceptibles de presentar múltiples problemas, lo que hace que se incrementen notablemente los factores de riesgo.
- *La asistencia al programa.* Para el autor, aquellas familias que tienen niños que presentan algún riesgo o discapacidad y no acuden a los servicios de intervención temprana, en los primeros años de vida, pueden ver limitadas las posibilidades de evolución de sus hijos en el futuro.
- *Los entornos familiares.* Cuando las familias están normalizadas, pueden contribuir positivamente al desarrollo del niño mientras que familias con problemas o desestructuradas pueden ser un factor de riesgo muy importante para el bebé, pudiendo acentuarse, aún más, las consecuencias para los niños que presentan problemas.
- *La intensidad de la intervención* también debe tenerse en cuenta. El niño que no presenta una discapacidad, pero que está influido por algún factor o situación de riesgo (o varios), habitualmente precisa una AT menos intensiva puesto que el problema solo es externo. Sin embargo, el niño que padece una discapacidad requiere una atención temprana más específica y prolongada. Los niños con discapacidad y que a la vez se encuentran en situación de riesgo suelen sufrir consecuencias más graves y la intervención resulta más compleja.

En los últimos años se han dado nuevos pasos en la búsqueda de la eficacia de la intervención. No se trata tanto de buscar y demostrar si las intervenciones tempranas son eficaces, más bien lo que se pretende es encontrar los enfoques más adecuados, en

qué condiciones de aplicación funcionan mejor, sobre qué tipo de poblaciones y cuál es la intensidad idónea de los programas (García-Sánchez, 2002).

Antes de entrar en un análisis más exhaustivo de la influencia de la intervención temprana, sería adecuado destacar, de forma muy general, algunas de las aportaciones realizadas sobre la efectividad de la AT. Así, nos encontramos con datos que apuntan en la dirección positiva, en la mayor parte de los aspectos tratados:

En un elevado número de estudios consultados, se afirma que las intervenciones llevadas a cabo en los tres primeros años de vida del niño, desde los programas de AT, contribuyen a mejorar el funcionamiento intelectual de estos sujetos en edades posteriores (Maulik y Darmstadt, 2009; Hielkema et al, 2010; Wallander et al, 2010), siendo el área cognitiva donde se han observado los mayores efectos por parte de los programas de intervención, en contraposición a otros aspectos como puede ser el rendimiento físico. Por último, cabe destacar que estos programas son también efectivos sobre el desarrollo del lenguaje, la evolución de la motricidad, la sociabilidad y la autonomía.

Otro de los ámbitos donde se han observado cambios positivos en la aplicación de programas de AT guarda relación con el desarrollo neurológico. Durante los primeros años de vida la plasticidad cerebral está en su máximo apogeo (Pascual-Castroviejo, 1996); por esta razón, la intervención en edades tempranas puede tener consecuencias neurológicas positivas. En algunos estudios, como el de Roberts, Howard, Spittle, Brown, Anderson y Doyle (2008) se muestra el beneficio obtenido en estas edades, debido a la plasticidad cerebral. Asimismo, Ulrich (2010), revisando diversos estudios, concluye afirmando que la intervención temprana es eficaz en niños que presentan problemas neuromotores porque estos sujetos van presentando, cada vez mejores niveles de desarrollo general.

El efecto de las familias sobre el desarrollo de sus hijos, también ha sido objeto de intervención e investigación, especialmente en cuanto al grado de implicación de éstas en diversos tipos de programas. A medida que los niños van creciendo se observa una mejor evolución por parte de aquellos que han tenido familias con una elevada colaboración en las diferentes intervenciones y han establecido una interacción positiva con sus hijos en los primeros años de vida. En un meta-análisis donde se incluyeron 72

trabajos, realizado por Vanderveen, Bassler, Robertson y Kirpalani (2009), y centrado en estudiar las implicaciones de padres en programas llevados a cabo con bebés prematuros, concluyeron que al final del tercer año se encuentran diferencias entre los niños cuyos padres han estado implicados en los programas de intervención y los que no han estado.

Otros autores, como Reynolds y Temple (2008), se han centrado en analizar la rentabilidad económica de los programas de intervención. ¿Realmente la inversión merece la pena desde una perspectiva económica? La respuesta a esta cuestión sería afirmativa. Según los resultados obtenidos por estos autores cuando se compara el costo del programa con el beneficio obtenido en base a las mejoras observadas en estos sujetos, se concluye que el ahorro a largo plazo es importante. Estos autores encuentran que las mejoras observadas en aquellos niños participantes en programas de atención temprana en la etapa preescolar tienen efectos perdurables en el rendimiento escolar en otras etapas educativas, influyendo en una menor inversión económica en posteriores edades. De ahí el ahorro y la rentabilidad económica de estos programas.

Como señalan Olds, Sadeler y Kitzman (2007) al comparar diversos estudios relacionados con programas para padres de bebés y niños pequeños, existen demasiadas variables intervinientes en la eficacia de un programa, lo que requiere recopilar un gran número de datos. Además, hay otros problemas observados que dificultan las investigaciones: la pérdida de datos por el abandono de la intervención por parte de niños y familias, la asignación a determinados tipos de programas (unos funcionan mejor que otros) que plantea cuestiones éticas y, obviamente, ningún profesional dejará de prestar servicios o establecerá programas de baja calidad para relacionar distintos grupos en la investigación. Para intentar paliar algunos de estos problemas StPierre y Rossi (2006) plantean investigar con grupos en lugar de individuos debido a que mejoraría la evaluación de la eficacia de los programas de AT.

3.2 Efectividad de los programas de Atención Temprana sobre el desarrollo

En revisiones posteriores se llegó a cuestionar las bondades de la intervención, no tanto por los avances logrados por los niños, sino más bien por cuestiones

metodológicas que hacían complicado poder demostrar la eficacia de la intervención (Guralnick, 1997). Aunque la intervención ha ido modificándose en las últimas décadas (mayor implicación de la familia y aplicación de programas en el ambiente natural) todavía se centran en observar los cambios producidos en la variable dependiente, utilizando medidas de desarrollo para evaluar esta variable: Desarrollo cognitivo, motor, del lenguaje, emocional, etc.

En los estudios manejados observamos que dos de las áreas de desarrollo más utilizadas para observar los cambios producidos en los niños y/o el seguimiento en la evolución, como consecuencia de la aplicación de los programas de AT, son el desarrollo cognitivo y el motor. En menor medida, otros estudios se centran en estudiar el lenguaje, el desarrollo emocional, el neurológico, el desarrollo social y el físico (o varios de ellos a la vez). Besharov y Morrow (2006), en una amplia revisión de los estudios, encontraron que, en aquellos sujetos adscritos a programas de AT, se observa una mejoría en el bienestar físico, desarrollo motor, social, emocional y del lenguaje. Roberts, Howard, Spittle, Brown, Anderson y Doyle (2008) destacan que, además, la Intervención Temprana es eficaz para reducir el riesgo de resultados adversos en el desarrollo neurológico.

3.2.1. Efectividad de la AT sobre el desarrollo cognitivo, motor y del lenguaje

Tal y como hemos señalado en el párrafo anterior, el desarrollo cognitivo, motor y del lenguaje, han sido objeto de estudio para determinar la influencia de diversas acciones, relacionadas con la Atención Temprana, en los niños y sus familias. Deseamos destacar que una de las poblaciones sobre la que se han realizado un mayor número de investigaciones es la de los niños nacidos prematuros, por esta razón, al analizar cada una de las áreas, analizaremos también la influencia de los programas de AT sobre esta población.

A continuación pasamos a comentar diversos estudios que centran su objeto de estudio en estas variables.

En relación al **desarrollo cognitivo**, observamos que algunos autores centran su atención en la influencia de los programas sobre la población que presenta retraso en el desarrollo. Aunque, a veces, se obtienen algunos resultados contradictorios, parece ser

que en la mayor parte de los estudios analizados se observan mejoras sobre el desarrollo cognitivo, social y emocional (Council on Children With Disabilities, 2007; Bonnier, 2008). En los programas de intervención, cuando se implica a los padres de los niños, se observa que es posible prevenir y/o limitar los problemas en el desarrollo cognitivo, motor y en el funcionamiento general de los niños, en mayor medida que si no están implicados (Hielkema et al, 2010; Wallander et al., 2010).

No sólo los programas estructurados son los que aportan mejoras en los niveles del desarrollo de los niños, sino también otras actividades, más propias de ambientes naturales como pueden ser el juego y la lectura mejoran los niveles del desarrollo cognitivo de los niños, en términos globales, en los primeros años de vida (Maulik y Darmstadt, 2009).

En cuanto a la población de niños nacidos prematuros, cabe destacar que los datos apuntan en la dirección de que el 40% de los grandes prematuros presentan problemas cognitivos en diferentes grados a la edad de 5 años (Anderson y Doyle, 2008). La aparición de problemas de índole intelectual es superior (y con mayor gravedad) a medida que los prematuros presentan menor peso o menor tiempo de gestación (Vohr, 2007). Barfield, Clements, Lee, Kotelchuck y Wise (2008) sostienen la misma tesis: cuanto más bajo es el peso o más corto el tiempo de gestación, podrían observarse mayores problemas intelectuales. Watson (2010) observa que la población de niños nacidos pretérmino suelen presentar un Cociente Intelectual más bajo, en la primera infancia, comparado con los nacidos a término. El 50% de los niños prematuros puede tener algún tipo de discapacidad, siendo del 20% la discapacidad moderada o grave y del 30% el retraso intelectual leve (Roberts, Howard, Spittle, Brown, Anderson y Doyle, 2008). Cabe destacar también que el mayor porcentaje de problemas observados sobre la población prematura se corresponde con los problemas cognitivos (Stahlmann, Rapp, Herting y Thyen, 2009). Estos autores encontraron que los problemas cognitivos son más frecuentes que los neurológicos en la población de niños extremadamente prematuros (de 75 casos que presentaban problemas intelectuales, solamente 25 tenían problemas neurológicos). En la misma línea, Fasolo, D'Odorico, Costantini y Cassibba (2010) señalan que los mayores riesgos de retraso o problemas en el desarrollo se corresponden con las actividades de tipo cognitivo y de la memoria. También se ha estudiado la relación entre el desarrollo mental y la edad, observándose

que, a medida que aumenta la edad, tiende a mejorar el desarrollo mental y psicomotor en los niños de bajo peso al nacimiento (Houtzager, Gorter-Overdiek, Van Sonderen, Tamminga y Van Wassenaer, 2010).

Varios trabajos señalan que la probabilidad de recibir algún tipo de intervención aumenta a medida que la discapacidad que presente el niño prematuro sea mayor. Roberts, Howard, Spittle, Brown, Anderson y Doyle (2008) observaron que, en su muestra, la mitad de los niños prematuros con discapacidad mental grave no habían recibido intervención alguna, a la edad de dos años, mientras que, en el caso de los niños que presentaban discapacidad leve, el porcentaje era superior al 70% a la misma edad. Esto indica que, en muchos casos, los problemas cognitivos pueden no detectarse con claridad hasta que el niño acude al segundo ciclo de la Educación Infantil e, incluso en otros casos, hasta el inicio de la Educación Primaria. Es por esto que el seguimiento del desarrollo cognitivo debe ser de los más prolongados, puesto que estos problemas suelen aparecer más tardíamente (Zupan-Simunek, 2010).

Sin embargo, no todas las investigaciones extraen conclusiones positivas acerca de la intervención. De hecho, algunos estudios, como el de Kaaresen, Ronning, Tunby, Nordhov, Ulvund y Dahl (2008), no observaron mejoras, a los dos años de edad, en el desarrollo cognitivo.

El **desarrollo motor** también ha sido objeto de estudio, en relación a la efectividad de la intervención temprana. Riethmuller, Jones y Okely (2009), en una amplia revisión, destacan la influencia positiva de los programas relacionados con el desarrollo motor (por encima del 60% de los estudios), especialmente cuando los profesores e investigadores se involucran en la intervención y cuando los padres colaboran desde el entorno familiar.

Parece ser que, aunque el desarrollo motor también se vea afectado, la Intervención Temprana puede mejorar los niveles de desarrollo, en esta área, en los niños prematuros, tal y como señalan Houtzager, Gorter-Overdiek, Van Sonderen, Tamminga y Van Wassenaer (2010). Aunque sean diferentes las estrategias que se plantean, cuando el seguimiento se realiza desde el momento del nacimiento y, además, se implica a los padres de los niños, se obtienen mejores resultados en el área motora (Koldewijn, van Wassenaer, Wolf, Meijssen, Houtzager, Beelen, Kok y Nollet, 2010).

Por tanto, la intervención orientada al desarrollo motor, desde los programas de atención temprana, puede ser beneficiosa para los niños.

El Lenguaje: En los niños que presentan prematuridad, uno de los problemas más comunes que suele observarse es el retraso del lenguaje (Anderson y Doyle, 2008); este retraso puede afectar solamente al área del lenguaje o estar relacionado con retrasos en otras áreas (cognitiva, motora, social), tal y como señala Watson (2010). Estos problemas se pueden concretar en aspectos relacionados con el desarrollo fonológico, léxico y gramatical (Fasolo, D'Odorico, Costantini y Cassibba, 2010). Tal y como señalan Foster-Cohen, Friesen, Champion y Woodward (2010) en un estudio donde comparan sujetos prematuros con niños nacidos a término, a los cuatro años de edad, se observan diferencias en el desarrollo del lenguaje, a favor del segundo grupo, concluyendo que los prematuros muestran un retraso leve o moderado del lenguaje, que repercutirá, lógicamente, en la sociabilidad y las habilidades académicas en el futuro. No solo es el hecho de la prematuridad lo que determina este desarrollo en el lenguaje. Otros factores como el ambiente sociofamiliar, las relaciones padres hijos, implicación en juegos y actividades, etc. influyen también en esta área (Foster-Cohen, Friesen, Champion y Woodward, 2010).

3.2.2. Efectividad de la AT en otros aspectos del desarrollo: dificultades de atención y aspectos comportamentales

Los problemas o situaciones de riesgo que presentan los niños, sus familias y/o el propio medio donde se desenvuelven, tal y como hemos visto en el punto anterior, pueden influir negativamente en el desarrollo cognitivo, motor y el lenguaje, pero también hemos revisado estudios que se centran en otros aspectos del desarrollo, como son el comportamiento del niño y la atención. Comentemos brevemente cada uno de ellos.

Los niños que presentan situaciones de riesgo biológico pueden presentar **problemas de comportamiento** tal y como señalan Anderson y Doyle (2008) y Stahlmann, Rapp, Herting y Thyen (2009). Por otra parte, también que se ha observado (Appleyard, Egeland y Sroufe, 2007) que aquellos niños con un bajo apoyo social y familiar, también pueden presentar más problemas de comportamiento a largo plazo,

así, el apoyo social parece estar directamente relacionado con niveles más bajos de problemas de conducta.

La prevención de estos problemas y su atenuación es posible, si se toman medidas para ello, dentro de los programas de atención temprana. Estas medidas pueden llevarse a cabo en el medio escolar (Blair y Diamond, 2008), a través de acciones tales como la temprana escolarización de los niños. También, los propios programas de estimulación, se han demostrado eficaces para disminuir, a largo plazo, entre otras variables, el índice de delincuencia juvenil en poblaciones que presentan riesgo socioambiental (Bonnier, 2008).

Por último, la investigación de Richman (2008) que estudió la relación entre intervención temprana y prevención de conductas autolesivas en niños con discapacidad, se demostró que estas conductas pueden modificarse en función de las consecuencias ambientales y sugiriendo que cuando se aprovechan los principios descritos en la investigación, es posible tratar y prevenir dichas conductas.

Por otra parte, el tema de las **dificultades de atención** también ha suscitado un alto interés en los programas de AT. La atención es una de las conductas previas necesarias para instaurar la mayor parte de los programas (Galindo, Bernal, Hinojosa, Galguera, Taracena y Padilla, 1980); según estos autores, un niño que presente problemas de atención tendrá también dificultades para aprender y evolucionar en muchos aspectos, puesto que la capacidad para atender a personas, objetos e instrucciones suele formar parte del repertorio de entrada de la mayor parte de los programas de enseñanza. Se ha demostrado, en diferentes revisiones (Van de Weijer-Bergsma, Wijnroks y Jongmans, 2008; Giannoni y Kass, 2010), que los niños que nacieron prematuramente son más propensos a presentar mayores problemas de atención que los sujetos nacidos a término, siendo este factor biológico uno de los más influyentes en la aparición de estos problemas. Sin embargo existen otros factores familiares tales como la edad de la madre y el nivel educativo que también pueden contribuir a los problemas de atención, de hecho, tal y como señalan Giannoni y Kass (2010), la intervención sobre las familias, desde los servicios de AT, puede prevenir la aparición de estos problemas atencionales.

A continuación, tal y como hemos hecho en el apartado anterior, analizaremos la **influencia de estos programas en la población de niños prematuros** y su relación con los problemas de comportamiento (Vohr, 2007) y los problemas de atención (Van de Weijer-Bergsma, Wijnroks y Jongmans, 2008). La puesta en marcha de programas de intervención neuroconductual puede mejorar estas dificultades, aún más, si se logra la implicación de los padres en la intervención tal y como señalan Koldewijn, van Wassenaeer, Wolf, Meijssen, Houtzager, Beelen, Kok y Nollet (2010).

También, a medida que los niños prematuros van creciendo y coincidiendo con el final de la etapa de educación infantil y el comienzo de la educación primaria, se observa la aparición de otros problemas de índole académica. Parece ser que es más frecuente que presenten **dificultades de aprendizaje** (Vohr, 2007), retraso escolar y problemas académicos (Watson, 2010). Al igual que sucede en otros ámbitos del desarrollo, pudiera ser que la intervención temprana con los prematuros puede mejorar los resultados académicos en la etapa de educación infantil, incluso en el grupo de grandes prematuros tal y como reflejan en su estudio Roberts, Howard, Spittle, Brown, Anderson y Doyle (2008).

Sin embargo, no todos los estudios demuestran que la intervención sea eficaz. Algunos trabajos cuestionan la utilidad de las actuaciones. Así, por ejemplo en la investigación realizada por Gianni, Picciolini, Ravasi, Gardon, Vegni, Fumagalli y Mosca (2006) encontraron que los resultados no apuntaban siempre en la dirección positiva respecto de los beneficios de las intervenciones tempranas, siendo aproximadamente uno de cada diez análisis científicos donde no se observan diferencias, de modo global o generalizado, entre la población de niños prematuros, respecto de los niños nacidos a término, aunque sí pudieran observarse estas diferencias en algunos factores aislados. En este mismo sentido, otros autores no han encontrado diferencias a los dos años de edad entre grupos de prematuros frente a sujetos nacidos a término en determinadas áreas: cognitiva, motora y comportamental, tal y como señalan Kaaresen, Rønning, Tunby, Nordhov, Ulvund y Dahl (2008).

En definitiva, y pese a que algunos autores puntualmente cuestionen su efectividad, en relación a la eficacia de la Atención Temprana en la población de niños prematuros, y coincidiendo con las investigaciones de Msall (2009), podemos afirmar que:

- La AT podría colaborar a reducir el alto riesgo de aparición de problemas neurológicos, cognitivos, motores, de comunicación y comportamentales. Además se observa que parece disminuir la probabilidad de aparición de dificultades escolares en aquellos sujetos atendidos por los servicios de Atención Temprana.
- Todavía existe un número elevado de niños que no son atendidos adecuadamente, a pesar de presentar la prematuridad como factor de riesgo.

Por todo lo anterior conviene insistir en animar a los padres que tienen un niño prematuro o gran prematuro para que los inscriban en este tipo de programas, tal y como señalan Wang, Elliott, Rogowski, Lim, Ratner y Schuster (2009), puesto que la intervención temprana puede mejorar los niveles de desarrollo y las competencias de estos niños (Howard, Spittle, Brown, Anderson y Doyle (2008).

3.3. El papel de los entornos en los programas de Atención Temprana .

En este apartado intentaremos centrar la atención en tres aspectos que pensamos tienen una gran influencia en las medidas y programas de atención temprana que se pongan en marcha. Así, por un lado, analizaremos las investigaciones que centran su objeto de estudio en conocer la influencia de las variables familiares y su repercusión en el desarrollo del niño, por otro lado, estudiaremos la influencia de la escuela infantil (pronta escolarización, el papel del profesor, padres participativos en la Escuela, etc.) en el progreso de los niños y, en último lugar, las acciones puestas en marcha desde diversos servicios hospitalarios y su relación con la Atención Temprana.

3.3.1. Importancia de la Familia en la eficacia de los programas de AT

En los últimos años ha existido, por parte de la comunidad científica, un interés cada vez mayor, por analizar el papel que juegan la familia y las interacciones con sus hijos sobre el desarrollo humano. Desde esta perspectiva, se afirma que las relaciones entre padres e hijos que presentan problemas en su desarrollo se encuentran, en muchas ocasiones, alteradas por diversas causas (Pérez-López, 2014) y ello hace que una de las prioridades, de los profesionales relacionados con la AT, sea conseguir un ajuste

familiar idóneo que favorezca una intercomunicación con sus hijos, que sea gratificante para ambos y estimulante para el desarrollo del niño.

Guralnick (1998), partiendo de un modelo ecológico-transaccional, consideró que era necesario desarrollar programas de intervención temprana en el contexto natural del niño, siendo el más importante, en los primeros momentos de la vida, el familiar. Analizando la influencia familiar en el desarrollo del niño señaló que existían una serie de variables intervinientes:

- Patrones de interacción familiar: donde se incluían intercambios padres-hijos, calidad de los mismos, experiencias ofrecidas al niño, cuidado de la salud y seguridad.
- Características de la familia y del niño.
- Factores estresantes en relación a los problemas que pudiera presentar el niño: por ejemplo, necesidad de información, ansiedad familiar y recursos.

Guralnick (1998) destacó que era vital el estudio de las familias de aquellos niños que presentan algún tipo de riesgo en su desarrollo. Sabemos que cuando el entorno familiar está normalizado, el desarrollo del niño también debería ser adecuado. Sin embargo, si el ambiente es desestructurado, con problemas entre los miembros de la familia, negligencias, toxicomanías, etc., este ambiente puede convertirse en un factor de riesgo importante para el niño. Así, los niños que ya presentan alguna dificultad en su desarrollo, si además tienen familias donde las interacciones con ellos no son idóneas, éstas contribuirán negativamente a su desarrollo. Por tanto, y siguiendo a este autor, parece que es conveniente apoyar a las familias de estos niños puesto que sin su participación la eficacia de la intervención se vería disminuida considerablemente. En este sentido, las familias deben conocer los problemas del hijo y ser conscientes de la importancia de la estrecha colaboración. Los profesionales deben proporcionar unas pautas de acción claras y ayuda cuando las familias lo necesiten. Si las familias colaboran, aceptan la situación y desarrollan habilidades para interactuar con los hijos, muchos de los efectos negativos de los problemas que presentan podrán ser atenuados o suprimidos; por el contrario, cuando las familias no colaboran, las posibilidades de mejora disminuirán.

En base a lo anteriormente expuesto, Guralnick (2001) propone un modelo de desarrollo en AT que tiene en cuenta las siguientes variables familiares:

- La calidad de las interacciones padres-hijos.
- La experiencia de los padres en la toma de decisiones que afectan al niño: educación, juguetes, etc.
- La calidad de vida proporcionada en salud y seguridad.

Además, ante la situación de tener un hijo con algún tipo de riesgo, los padres pueden presentar diversos factores estresantes tales como: las propias características personales, la salud mental, las rentas de que disponen, los apoyos sociales y el temperamento del niño.

Este mismo autor, propone un sistema de desarrollo basado en los siguientes principios (Guralnick,2001):

- La organización: Todos los elementos del sistema deben organizarse dentro del marco del desarrollo.
- La integración que se relaciona con la necesidad de colaboración de todos los miembros.
- La inclusión que trata de extender a todos los centros, familias y niños este modelo de desarrollo.

Watson (2010) destacó que la familia será una de las principales fuentes de apoyo y ayuda al niño. Por ello propone que, en la intervención familiar, se deberían tener en cuenta los siguientes aspectos:

- Enseñar a los padres que el desarrollo neuronal sus hijos estará en función de la estimulación recibida.
- Dar pautas concretas a los padres potenciadoras de un buen desarrollo de los niños.
- Prestar ayuda a los padres por parte de aquellos servicios que puedan serles útiles por parte de la comunidad, desde las unidades de neonatología hasta los EAT.
- Explicar que el desarrollo es un cambio evolutivo, no reversible, relativamente estable y secuencial.
- Que los padres participen conjuntamente con profesionales puesto que muchos de estos problemas pueden prevenirse y atenuarse trabajando en colaboración.

Con estas aportaciones teóricas, muchos programas de AT se han centrado en evaluar e intervenir sobre la interacción padres-hijos por pensar que influye en la evolución de los niños. Como se ha expuesto anteriormente, se han diseñado programas que pueden ser aplicados desde los primeros momentos del nacimiento como el Kangaroo Mother Care (Método Canguro) que es uno de los más efectivos en la intervención con bebés de bajo peso al nacimiento (Maulik y Darmstadt, 2009). Este tipo de programas fomentan una interacción positiva madres-hijos, siempre que la salud del recién nacido lo permita (para mayor información véase el apartado de eficacia en niños prematuros en este mismo capítulo).

Otras variables analizadas, relacionadas con los padres y cuidadores, en la interacción con los niños, han sido las prácticas de crianza, las cogniciones de los padres y los estilos de interacción (Lampe, Karazsia y Wildman, 2009). Tras revisar los estudios, estos autores sostienen que parece ser que los datos apuntan que aquellos padres con estilos más rígidos (intolerantes) y su grupo opuesto (permisivos) tienen una mayor posibilidad de tener hijos con problemas conductuales, mientras que las familias donde prima un estilo intermedio tendrá mayor probabilidad de prevenir estos problemas. Por tanto, cuando se interviene sobre las respuestas que los padres y madres tienen hacia sus hijos, mejorándolas en aspectos tales como la relación afectivo-emocional, estimulación verbal o los centros de interés, se observará que, a la par, los hijos mejoran en habilidades sociales y de comunicación (Landry, Smith, Swank y Guttenta, 2008).

En cuanto al papel de las familias sobre la eficacia de los programas de AT, muchos trabajos se centran en investigar los efectos del apoyo directo a las familias, intentando averiguar si el aumento de estas ayudas y el tipo de ayuda mejora la situación de los niños y sus familias. En general, puede afirmarse que a medida que se incrementan los apoyos a las familias de niños que presentan problemas, o riesgo de padecerlos, se observan niveles más bajos en las dificultades presentadas por los niños, especialmente en la aparición de problemas de conducta y emocionales, a lo largo del tiempo (Appleyard, Egeland y Sroufe, 2007). Los apoyos a las familias también contribuyen a mejorar las relaciones entre padres e hijos y disminuyen los niveles de estrés (Brogi, 2010). Otro factor estudiado es el impacto percibido por las familias de niños que presentan problemas y la influencia de los apoyos formales e informales en la reducción de ese impacto. Cuando los servicios son de alta calidad y/o las familias

gozan de apoyos informales en la promoción del optimismo y confianza en la crianza, se observa una mejora en el impacto percibido, en el sentido que el impacto en la familia a consecuencia de tener un hijo con problemas, es menor (Bailey, Nelson, Hebbeler y Spiker, 2007). Otras variables tales como estado de salud, la pobreza y la condición de minoría son factores relevantes en la predicción de menor calidad percibida y beneficio de los servicios (Bailey, Nelson, Hebbeler y Spiker, 2007).

Al analizar cuáles son las variables que suelen influir en la mejora de las relaciones entre padres e hijos, encontramos que se destacan: la capacidad para comprender, manejar y estimular el comportamiento de los niños por parte de los padres, un ambiente estimular adecuado a la edad (espacios físicos, juguetes, actividades), poner límites a las conductas de los niños y la evitación de ambientes sobre-estimulantes (Benzies, Magill-Evans, Harrison, MacPhail y Kimak, 2008).

De los trabajos citados pudiera dar la sensación de que gran parte de las necesidades de las familias están cubiertas a través de los recursos que pone en marcha la comunidad, sin embargo muchos servicios, orientados a la intervención familiar, deberían aproximarse más al usuario, siendo necesario tal y como señalan Hintz, Kendrick, Vohr, Poole y Higgins (2008) mejorar, con carácter urgente, los programas de la comunidad orientados a la prestación de servicios centrados en la familia.

Los primeros profesionales en mantener contactos con las familias que tienen niños con problemas, o presentan una situación de riesgo, son los servicios médico-sanitarios, por lo que deberían mantener una relación fluida con otros servicios relacionados con la AT y familias, para obtener resultados positivos. Los objetivos que se pretenden, en relación a las familias, según el Council on Children With Disabilities (2007) son los siguientes:

- Convertir en rutinas agradables, y cada vez más estrechas, las relaciones adulto-niño, fomentando las capacidades y el desarrollo.
- Concienciar a las familias de que existen posibilidades de intervención para mejorar la situación de sus hijos.
- Resaltar la necesidad de que los programas multidisciplinarios deben coordinarse entre los distintos servicios y equipos, y deben dirigirse tanto al niño como a la familia.

- Concienciar a las familias de que los estudios científicos demuestran que la estimulación en el desarrollo cognitivo y motor trae consigo resultados escolares más satisfactorios para los niños participantes en estos programas, respecto de los que no reciben atención temprana.

Así pues, parece ser que la eficacia de los programas de AT es mayor cuando se implica a los padres y al niño. En este sentido cabe destacar que:

- Las familias que presentan un elevado riesgo social, con ingresos económicos escasos y que presentan un déficit de estimulación a sus hijos en el hogar, son más propensas a que sus hijos padezcan diversos tipos de retrasos en su desarrollo. Sin embargo, una intervención temprana adecuada parece mostrar un efecto positivo al disminuir las tasas de fracaso escolar y los futuros problemas sociales en los niños (Bonnier, 2008).
- Por otra parte, la influencia de modelos adecuados, junto con una buena estimulación, es determinante en el desarrollo del lenguaje, siendo la familia quien contribuye, desde los primeros momentos y de modo especial, a fomentar este desarrollo. Se ha comprobado (Foster-Cohen, Friesen, Champion y Woodward, 2010) que cuando se implica a los padres en los programas de AT para que ayuden a sus hijos prestándoles atención, jugando con ellos y hablándoles mientras juegan, los niños presentan mejores habilidades. Por tanto se demuestra que el ambiente familiar es fundamental, especialmente en el desarrollo del lenguaje.

En el desarrollo psicomotor las investigaciones llevadas a cabo nos informan de que, cuando se implica a los padres en los programas, los niños obtienen mejores resultados. Especialmente en el caso de las madres, se ha observado que, si son orientadas por profesionales, asisten a diversos tipos de reuniones, tratando temas tan diversos como variables de la propia madre (sentimientos de culpa y ansiedad) e interacciones con sus hijos y/o fomentando la promoción de habilidades de desarrollo, los niños presentan una evolución positiva en el área cognitiva y motora, mejorando los resultados del neurodesarrollo (Gianní, Picciolini, Ravasi, Gardon, Vegni, Fumagalli y Mosca, 2006). Cuando las intervenciones se llevan a cabo en el hogar de los niños, con la implicación de ambos progenitores, bajo la tutela de especialistas en intervención temprana, también se ha demostrado que se puede prevenir o limitar los descensos en el desarrollo cognitivo tanto en niños que presentan algún tipo de daño cerebral en el

nacimiento, como en aquellos que tienen riesgo de padecer problemas en su desarrollo (Wallander, McClure, Biasini, Goudar, Pasha, Chomba, Shearer, Wright, Thorsten, Chakraborty, Dhaded, Mahantshetti, Bellad, Abbasi y Carlo, 2010). Por otro lado, a los dos años de vida, aquellos niños que han sido evaluados y tratados, a través de programas de intervención temprana, implicando a los padres en diversos aspectos de crianza, muestran una clara mejoría del desarrollo motor según se desprende del estudio realizado por Koldewijn, van Wassenauer, Wolf, Meijssen, Houtzager, Beelen, Kok y Nollet (2010). Por último, cabe destacar que, cuando se evalúa la influencia familiar y se tiene en cuenta a las familias en los programas de intervención, los niños tratados presentan una mejor capacidad para relacionarse, tanto con sus iguales como con su propia familia (Hielkema y cols., 2010).

Otras variables familiares investigadas, con relevancia en la intervención temprana, son las intervenciones familiares breves y el nivel de satisfacción de los padres. Comentaremos, a continuación, cada una de ellas.

En cuanto a la primera de ellas, algunos profesionales se decantan por llevar a cabo intervenciones de corta duración con las familias, especialmente en el primer año de vida del niño (Benzies y otros, 2008), para tratar de mejorar las interacciones entre padres e hijos, a través de diferentes estrategias (grabando esas interacciones en vídeo y comentándolas, observando en el ambiente natural, etc.). A partir de estas observaciones se pueden sugerir mejoras en la relación. Los datos aportados informan que estas acciones pueden ser eficaces en la mejora de las relaciones entre padres e hijos.

En lo que se refiere al nivel de satisfacción de los padres, se ha observado que, cuanto más implicados están los padres en diversas actividades, mayores son los niveles de satisfacción que presentan en relación a la intervención (Mendez, 2010). También se ha observado que cuando se implica a los padres, a través del juego, los niveles de satisfacción mejoran, aunque no se hayan observado avances en determinadas áreas del desarrollo (Nicholson, Berthelsen, Williams y Abad, 2010).

Por otra parte, en la línea comentado en los apartados anteriores, se ha encontrado que, cuando los padres participan en programas de intervención temprana, sus hijos presentan mejores resultados en las pruebas aplicadas, si los comparamos con

padres que tienen hijos de las mismas características, pero que no han colaborado en los programas de intervención (Méndez, 2010).

Si la colaboración de los padres en los programas de Atención Temprana mejora los resultados de la intervención, cabría preguntarse cuáles podrían ser las variables que influyen positivamente en esta colaboración. Broggi y Sabatelli (2010), después de investigar el tema, mencionan las siguientes: la edad de la madre, donde se ha observado que cuanto mayor es la madre habrá una mejor colaboración; el nivel educativo guarda la misma relación (a mayor nivel educativo mayor colaboración); los recursos económicos disponibles siguen la misma tendencia (a medida que se incrementan los recursos mejora la colaboración); disponer de mayor tiempo libre y, por último, la habilidad para establecer relaciones con los demás.

Según se desprende de todo lo anterior, en la aplicación de programas de IT, es fundamental que exista una elevada colaboración entre la familia y los servicios terapéuticos. Cuando los padres se implican en la intervención temprana, se incrementan los propios recursos de la familia y se mejora la interacción con sus hijos, es más probable que se consigan mejores niveles de desarrollo, especialmente con los hijos de alto riesgo (Bugental, Beaulieu y Silbert-Geiger, 2010).

Al analizar el grado de colaboración de la familia con los servicios de atención temprana, no podemos obviar la participación de los padres en la escuela y los efectos que puede tener en el desempeño escolar de sus hijos. Cuando existe una buena relación entre los padres y los profesores disminuye la probabilidad de que los niños presenten problemas escolares (Mendez, 2010). Todas las actividades que se propongan desde la escuela para fomentar la participación de los padres: talleres, folletos informativos, reuniones con otros padres, actividades formativas, etc. repercutirán favorablemente en la evolución de los hijos, además de mejorar las competencias como padres y favorecer una mejor relación con los niños. En la misma dirección, se observa que, cuando padres e hijos reciben diferentes intervenciones, a través de expertos, tanto en el centro escolar como en los centros educativos, los niños presentan más posibilidades de éxito académico y social (Humphries y Keenan, 2006).

No obstante, y a pesar de todas estas bondades, se observa que existe una gran desigualdad en el nivel de participación de las familias en los programas de AT; así, mientras que algunas presentan escasos niveles de colaboración, otras familias cooperan

muy estrechamente con los profesionales. Se observa, por tanto, (Carpenter, 2007) que el proceso es más efectivo si los programas se llevan conjuntamente entre la familia y los profesionales. Para ello, los servicios de AT deben detectar la disposición de las familias y sus necesidades, dándoles respuesta para prevenir actitudes negativas que interfieran con la intervención.

La información proporcionada por los servicios sociales, sanitarios y educativos no es la única de que disponen los padres. Cada vez es más habitual, en nuestra sociedad, buscar la información a través de procedimientos on-line. Así, cada vez son más los padres que utilizan las webs para obtener información sobre diferentes problemas relacionados con sus hijos. La AT es objeto de estas consultas virtuales y ya empiezan a aparecer los primeros estudios sobre el tema. Williams, Mughal y Blair (2008), en una revisión, analizan las páginas webs de consulta y, aunque en líneas generales concluyen que la información es adecuada, sugieren que convendría alojar una mayor información en Internet, ateniéndose a las siguientes características:

- Páginas fiables, de alta calidad, de fácil acceso, así como revisar las que no cumplan estos criterios.
- Fomentar la información de AT en niños menores de 2 años.
- Hacer participar a los padres en el desarrollo de sus hijos (Interactividad).

Al igual que en otros apartados de este trabajo, conviene destacar que no todos los estudios concluyen con datos positivos sobre la efectividad de los programas de AT en relación a la influencia en la familia. Algunas revisiones, como la de Olds, Sadler y Kitzman (2007), cuestionan que muchas de las conclusiones extraídas en las investigaciones sean fiables porque existen variables difíciles de controlar tales como la adjudicación de sujetos a los grupos, la posibilidad de replicar los datos, etc. A pesar de estas dificultades metodológicas, se encuentran evidencias de eficacia en algunos programas, como la revisión llevada cabo por Vanderveen, Bassler, Robertson y Kirpalani (2009), donde destacan que la intervención produce efectos significativos hasta la edad de 23 meses en los grupos cuyos padres están implicados en la intervención, especialmente en el área cognitiva. Sin embargo estas diferencias no se sostienen a la edad de 5 años, concluyendo que, como es característico de toda investigación, los datos siempre han de ser tomados con las precauciones oportunas.

3.3.2. Entornos educativos y Atención Temprana

Los niños tienen el primer contacto con el sistema educativo en la etapa de Educación Infantil. Esta etapa está organizada en España en dos ciclos: Primero y Segundo. El Primer Ciclo abarca desde los cuatro meses hasta los tres años, el Segundo, desde los tres hasta los seis años, existiendo una total coincidencia temporal de esta etapa con la edad de intervención en Atención Temprana (GAT, 2000).

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.

Características de la etapa:

- La educación infantil presenta una identidad propia, no está planificada en función de etapas posteriores.
- No es obligatoria para los usuarios. La decisión de escolarizar a los niños dependerá de las familias.
- Contribuye al desarrollo físico, afectivo, social e intelectual de los niños.
- Se destaca la importancia de establecer una estrecha cooperación entre los centros y las familias.

Objetivos:

- Conocimiento del propio cuerpo y de los demás, potenciando el manejo del mismo y el respeto a las diferencias.
- La observación y exploración de los diferentes entornos: la familia, el entorno y el medio social
- Mejora progresiva de la autonomía personal en las diferentes situaciones del día a día.
- Desarrollo de las competencias afectivas.
- Establecimiento de pautas de relación con los demás, resolución pacífica de los conflictos y mejora progresiva en las pautas de convivencia.

- Adquisición de competencias comunicativas en la propia lengua y en otras, así como el desarrollo de otras formas de expresión.
- Comenzar a adquirir habilidades lógicas, matemáticas y relacionadas con la lectoescritura.
- Dominio del propio cuerpo en relación al movimiento y el ritmo.

Los contenidos de la educación infantil estarán organizados en áreas relacionadas con los ámbitos típicos de la propia experiencia y del desarrollo infantil y se planificarán a través de actividades globalizadas que despierten la motivación en los niños y que sean significativas para ellos. (Capítulo I, artículo 14)

Se destaca el aprendizaje a través del juego, como forma natural de aprender de los niños, además se potencia la autoestima e integración mediante un ambiente afectivo (Capítulo I, Artículo 14).

Es una etapa educativa que, de modo intencionado, contribuye a desarrollar diferentes áreas en el niño además lo hace a través de principios metodológicos tales como el juego, en un clima de confianza, afecto y seguridad y que tiene en cuenta tanto la globalidad como la diversidad y, en principio, cumple con muchas de las características destacadas de los programas de Atención Temprana, para que sean eficaces. (Capítulo I, Artículos 13 y 14)

¿Este ambiente contribuirá positivamente al desarrollo de los niños que presentan problemas? ¿En este medio escolar es más probable que se puedan 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 tema:

Cabe considerar que el hecho de escolarizar a cualquier niño en edades tempranas contribuye positivamente a su desarrollo, siendo esta una de las medidas que suelen recomendarse a los padres, por parte de los especialistas en Atención Temprana, quienes les sugieren la escolarización en el Primer Ciclo de Educación Infantil lo más pronto posible, especialmente cuando las necesidades del niño y su familia lo requieran.

La escolarización temprana, que se lleva a cabo en el Primer Ciclo de Educación Infantil, es una buena medida puesto que mejora los niveles de desarrollo en los niños

pequeños (Pérez-López, 2006; Díaz-Herrero y Martínez-Fuentes, 2009). Pérez-López, Martínez-Fuentes, Díaz-Herrero y Brito (2012) llevaron a cabo una investigación sobre un grupo de niños que iniciaron su escolarización en el Primer Ciclo de Educación Infantil. Los resultados de su trabajo 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) afirman 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.

También se ha comprobado la relación entre la Atención Temprana y el rendimiento escolar, pudiendo afirmar que existe una relación directa y positiva entre las acciones relacionadas con la intervención temprana y el futuro rendimiento escolar. Esta influencia se observa tanto en las competencias académicas como en el futuro rendimiento escolar (Blair y Diamond, 2008).

No solamente encontramos una relación entre la escolarización temprana y la mejora de competencias en los alumnos, también es posible establecer una relación positiva entre la Intervención Temprana y los resultados académicos de los niños en la etapa de Educación Infantil, tal y como señalan Roberts, Howard, Spittle, Brown, Anderson y Doyle (2008).

Además de la prevención primaria, también es destacable la labor de detección y prevención que puede realizarse en la educación infantil. Partiendo de las dificultades que presentan algunos grupos de riesgo, Pritchard, Clark, Liberty, Champion, Wilson y Woodward (2008) dan una gran importancia a la asistencia de los niños en la etapa de educación infantil, para prevenir y detectar problemas en el desarrollo del niño, puesto que el profesor puede descubrir la aparición de ciertas dificultades.

El papel del educador o profesor de esta etapa es fundamental. Bolsanello (2009) enfatiza la importancia del papel del educador y/o profesor de los niños pequeños como agente de prevención y promoción del desarrollo infantil. Sin embargo, no solamente el educador es determinante, ya que la calidad del trabajo que se realiza cada día en el aula está influenciada también por otros factores tales como las políticas educativas, el desarrollo de los programas y el propio esfuerzo profesional (Mashburn, Pianta, Hamre, Downer, Barbarin, Bryant, Burchinal, Early y Howes, 2008).

Además de la importancia del papel del educador, se ha comprobado que la combinación de la relación entre los padres y el educador o profesor del niño en esta etapa influye en la eficacia de la intervención, tal y como se señaló en el apartado anterior. Cuando los niños reciben intervenciones en el aula y, además, sus padres reciben algún tipo de servicio por parte de la comunidad, tienen un mayor éxito académico y social comparados con los niños que solamente reciben intervenciones en el aula (Humphries y Keenan, 2006). Si los padres participan en diversos proyectos de Atención Temprana existirá una mayor probabilidad de que se impliquen en el centro educativo (Méndez, 2010). Este autor destaca que aquellos padres con mayor participación harán más probable en sus hijos una mejor preparación escolar mientras que si presentan características negativas, tales como depresión, habrá una baja participación en el programa y, por tanto, un menor funcionamiento escolar.

En la escuela infantil, además del maestro en Educación Infantil, o el Técnico Superior en Educación Infantil, pueden desarrollar su labor profesional otros perfiles: psicólogo, pedagogo, logopeda, fisioterapeuta, enfermero y auxiliar sanitario. Por tanto, conviene desarrollar protocolos para relacionar adecuadamente a todos los profesionales que intervienen en los diferentes servicios de AT con la escuela infantil. Es necesario, tal y como señalan Case-Smith y Holland (2009), establecer un plan de colaboración con los maestros y flexibilizar los horarios para poder dar una respuesta educativa adecuada a las necesidades de los niños y sus familias, puesto que una de las funciones de los profesionales implicados en los programas de Intervención Temprana, en relación a la educación, es ayudar al profesor. Otro punto a destacar es la importancia de la coordinación entre instituciones, ya sean educativas o sanitarias, y las familias. En relación a este aspecto Lampe, Karazsia y Wildman (2009) señalan que la tarea es doble. Por un lado que la coordinación institucional logre una prevención eficaz de los problemas y, por otro lado, que pueda favorecer el diseño de protocolos y programas de intervención relacionados con la enseñanza de habilidades educativas apropiadas y eficaces.

Nos gustaría destacar otro de los beneficios de la educación infantil, cuando las actividades que se desarrollan para los niños, se realizan al aire libre. Moen, Bakke, Bakke y Fors (2007) observaron efectos beneficiosos en los niños que asisten a centros al aire libre, tanto en aspectos físicos como mentales, en algunas variables no

comentadas con anterioridad, tales como mayores niveles de relajación y mejoras en el sistema inmunológico.

Por último, pasamos a comentar algunos aspectos que no se han tenido en cuenta hasta ahora. En primer lugar, al analizar las interrelaciones entre el educador y los niños, Mashburn et al (2009) destacan que si se favorece un aumento positivo de las interacciones entre el profesor y los educandos, pueden observarse mejoras en las habilidades académicas, el lenguaje y las competencias sociales. Además, aunque no es objeto de nuestro estudio, conviene señalar también, que existen diversos proyectos de mejora de la calidad educativa en preescolar proporcionando servicios directos de AT, en la propia escuela infantil, dirigido a determinadas poblaciones de riesgo (Duncan, Ludwig y Magnuson (2007).

3.3.3. Atención Temprana en entornos Hospitalarios

Al revisar las investigaciones relacionadas con las intervenciones desde los entornos hospitalarios constatamos que la mayor parte de las publicaciones se orientan hacia las intervenciones con los niños nacidos prematuros, por lo que en este bloque nos referiremos a esa población. Desde los servicios sanitarios se interviene, con diversos programas, sobre estos niños y sus familias, debido a que muchos de ellos requieren una prolongada hospitalización desde el momento del nacimiento. En el presente apartado partiremos de algunos datos relacionados con la prematuridad, trataremos de definir el concepto, y las clasificaciones de prematuridad y, por último, abordaremos las distintas intervenciones y programas que se han puesto en marcha desde los servicios hospitalarios.

En relación con la importancia estadística, la prevalencia de niños nacidos prematuros es, aproximadamente, del 10% de los nacidos, a nivel mundial (Van de Weijer-Bergsma, Wijnroks y Jongmans, 2008). En nuestro país, tal y como se ha señalado en el capítulo anterior, el porcentaje de prematuros se estima entre el 8-10% (Caserío y Pallás, 2009).

La mayoría de los autores coinciden en que conviene dirigir acciones hacia este importante grupo poblacional porque, a medida que progresan los avances tecnológico-sanitarios, aumenta su número, disminuye el peso en el momento del nacimiento y/o la

edad gestacional y aumenta la probabilidad de que el niño tenga problemas neurológicos e intelectuales (Barfield, Clements, Lee, Kotelchuck y Wise, 2008; Fasolo, D'Odorico, Costantini y Cassibba, 2010; Piñero, Pérez-López, Vargas y Candela, 2014). Se constata también (Msall, 2009) que se observan menos secuelas, a largo plazo, en los niños prematuros cuanto mayor es el periodo de gestación, teniendo también mayores posibilidad de supervivencia.

Pero las acciones no solamente deben dirigirse a los niños nacidos antes de la semana 34 de gestación. Como ya anticipamos en el capítulo anterior, también se ha demostrado que los llamados prematuros tardíos sanos, aquellos nacidos entre las semanas 34 a 37 de gestación, tienen un riesgo de padecer algún problema en el desarrollo o discapacidad un 36% superior a los nacidos a término, por lo que conviene incluir a esta población en los programas preventivos, dado que por las características de esta población, este grupo de niños deberían ser atendidos y seguidos (Morse, Zheng, Tang y Roth, 2009; Demestre, 2014).

Otro de los problemas observados sobre la población de niños nacidos antes de tiempo es que, en ocasiones, las dificultades y retrasos que pueden presentar son detectados tardíamente, en muchos casos en la propia escuela (López Ferrado, 2008), cuando presentan problemas sociales, académicos o de comportamiento. En estos momentos, cabe plantearse qué hubiera sucedido si se hubiera intervenido con anterioridad, nosotros, en la línea de otros autores, pensamos que probablemente se habrían reducido este tipo de problemas (Schapira, Aspres, Benítez, Vivas, Rodríguez, Gerometta, Galindoa, Cangelosi, Cúneo-Libarona y Fiorentino, 2008).

Además de los factores relacionados con el peso y/o la edad gestacional, en los últimos años, y cada vez más, se han ido estudiando diversos factores pertenecientes al ámbito familiar y social que pueden influir en el futuro desarrollo de los niños prematuros, que constituyen lo que se denomina como riesgo socio-ambiental. Analicemos, a continuación, algunas de estas variables:

Niveles socioeducativos y económicos. Parece ser que aquellos niños pertenecientes a familias acomodadas y sociedades con amplios recursos presentan una menor probabilidad de presentar problemas, que aquellos otros que se encuentran en núcleos familiares con bajos ingresos o países con escasos recursos (Barfield, Clements,

Lee, Kotelchuck y Wise, 2008; Fasolo, D'Odorico, Costantini y Cassibba, 2010). Además, el nivel educativo de los padres, especialmente de la figura materna (Msall, 2010) también parece predecir mejores pronósticos respecto del desarrollo del niño.

La estructura familiar es otra variable que puede tener una clara repercusión en la evolución de los niños. Cuando un niño pertenece a una familia estructurada tiene mayores posibilidades de llevar un desarrollo normalizado que en familias desestructuradas (Msall, 2010).

La implicación de los padres en las relaciones con sus hijos en los primeros años de vida puede tener, también y como ya hemos señalado, una gran influencia en el desarrollo de niños que han nacido antes de tiempo. Aquellos padres que pasan mayor tiempo con sus hijos, participan en los juegos directamente, les hablan mientras juegan con ellos, tienen una mayor probabilidad de influir positivamente en su desarrollo (Foster-Cohen, Friesen, Champion y Woodward, 2010). Asimismo, las investigaciones también apuntan positivamente en la dirección de que en los hijos nacidos con bajo peso, cuyas madres están implicadas en los programas de AT, como parte activa del proceso, se observan mejoras significativas en los niveles de desarrollo neurológico, a los 36 meses de edad (Gianní, Picciolini, Ravasi, Gardon, Vegni, Fumagalli y Mosca, 2006).

Desde el punto de vista de la evolución psicológica del niño cabe destacar que las consecuencias de la prematuridad pueden afectar a una o varias áreas del desarrollo: intelectual o cognitivo, motor, lenguaje y social, además de tener efectos psico-emocionales y sobre el comportamiento (Zupan-Simunek, 2010). Algunas de estas variables serán analizadas más adelante, en este mismo apartado.

A partir de lo expuesto, parece quedar claro que muchas de las acciones tempranas son eficaces sobre la población de niños nacidos antes de tiempo, por lo que conviene destacar la importancia de las primeras intervenciones llevadas a cabo en el contexto hospitalario (y continuadas posteriormente en ambientes naturales), son los denominados Cuidados Centrados en el Desarrollo (CCD). El objetivo de estos cuidados es favorecer el desarrollo del niño, disminuir el estrés familiar y mejorar la interacción entre el bebé y sus padres (López y Pallás, 2014). Concretamente vamos a destacar algunos de estos programas y acciones que se llevan a cabo: Las

modificaciones en el ambiente de la Unidad de Cuidados Intensivos Neonatal (UCIN), El Método Canguro (MC) y el Programa de Cuidados Individualizados y Evaluación del Desarrollo del Recién Nacido (NIDCAP).

Las modificaciones en el ambiente de la UCIN: aunque la UCIN está preparada para tratar la mayoría de los problemas que pudiera presentar el recién nacido prematuro, nada tiene que ver con el útero materno. Dentro del seno de su madre el feto recibe los estímulos muy atenuados, se encuentra en un medio acuático y acogedor. Sin embargo, si no se cuida el ambiente externo, el bebé recién nacido puede verse sometido a una sobreestimulación sensorial, pudiendo provocar una desorganización de su sistema nervioso con los subsiguientes problemas futuros (Lai y Bearer, 2008). Aunque se han investigado más variables, analizaremos la influencia positiva de mejorar los controles sobre los **niveles de ruido y luminosidad**:

- En relación a los niveles de ruido, López y Pallás (2014) advierten que, en el año 2010, solamente el 31% de las UCIN disponían de instrumentos para controlar los niveles de ruido, informando que, hasta hace poco tiempo esos niveles de ruido han sido muy elevados en bastantes momentos. Estas mismas autoras destacan que el control de los niveles de ruido, favorecerá un buen desarrollo cerebral y una mejora de algunas variables del niño tales como presión arterial, ritmo cardíaco y ritmo respiratorio.
- En cuanto a la iluminación, podemos destacar que en el medio natural del feto, antes del nacimiento, se encuentra la oscuridad. El nacer antes de tiempo y exponer al niño a estímulos visuales, a veces muy intensos, puede perjudicar el buen desarrollo visual (López y Pallás, 2014). Reduciendo la intensidad de la luz se observan beneficios tales como disminución de la actividad del niño, mejora del sueño y disminución de niveles de estrés (Boo, Chee y Rohana, 2002).

El Método Canguro (MC), también llamado Programa Madre Canguro, podemos definirlo como el contacto piel a piel entre el recién nacido y su madre o padre (López y Pallás, 2014). El padre o la madre del niño lo ponen sobre su pecho, en contacto piel con piel, pudiendo permanecer el bebé sobre su progenitor el máximo tiempo posible. También es habitual la recomendación de la alimentación del bebé, a través de la lactancia materna, observándose algunos beneficios, tanto para el desarrollo futuro del bebé, como para los padres. Algunos de estos beneficios pueden ser: los niños

presentan un mejor desarrollo psicomotor y neurosensorial (Ludington-Hoe, Morgan y Abouelfetoh, 2008) mientras que en los padres se observa un menor nivel de ansiedad, mayor seguridad en los cuidados y más atención a las necesidades del bebé (Johnson, 2005).

Un último programa que vamos a destacar es el **NIDCAP (Programa de Cuidados Individualizados y Evaluación del Desarrollo del Recién Nacido)**. En este tipo de programas se tiene muy en cuenta a los padres del recién nacido prematuro, facilitando en todo momento que puedan estar junto a su hijo, implicándolos directamente en los cuidados del bebé e intentando que sean sus cuidadores principales. Según López y Pallás (2014) el Sistema Nervioso de los niños tratados con el programa NICAP presentan mejores niveles neuroevolutivos, en relación a niños que son tratados con procedimientos tradicionales, observando una mejor simetría funcional de miembros, un mejor desarrollo motor y un desarrollo neurocomportamental superior, mantenido hasta la edad de 9 meses.

Para concluir este capítulo queremos destacar que, una vez analizadas muchas de las variables que influyen en la eficacia de los programas de atención temprana, se puede constatar la efectividad de la intervención temprana en distintas poblaciones (grupos de riesgo biológico, socioambiental o que presentan alguna patología) y en diferentes entornos (educativo, social y sanitario).

Por último, una vez revisados la mayoría de los aspectos generales que pueden influir en la eficacia de la AT, en el próximo capítulo, describiremos la intervención que llevan a cabo los Equipos de Orientación Educativa y Psicopedagógica de Atención Temprana de la Región de Murcia.

Capítulo 4

El Equipo de Atención Temprana de Murcia

En el primer capítulo se han revisado, definido y comentado los términos y conceptos relacionados con la Atención Temprana realizando, además, un breve recorrido histórico y comentando, también, algunas de las bases legales sobre las que se asientan estas intervenciones. En el capítulo segundo se ha profundizado en el tema de la prevención en Atención Temprana y en los factores de riesgo que pueden influir en el desarrollo de los niños. El capítulo tercero se ha dedicado al análisis de la eficacia de los programas de Atención Temprana. En este capítulo intentaremos describir la intervención de los Equipos de Orientación Educativa y Psicopedagógica de Atención Temprana, las bases legales sobre las que están constituidos y los objetivos que persiguen para llegar a comentar el funcionamiento, la organización y los diferentes programas que desarrollan en el Equipo de Atención Temprana número 2 de Murcia, el cual ha aportado todos los datos de la presente investigación.

La Orientación educativa en las etapas de Educación Infantil y Primaria, recae en los equipos de orientación educativa y psicopedagógica (EOEP). Estos equipos están organizados en sectores geográficos, tienen un carácter multidisciplinar (formado por diferentes profesionales), colaboran con otros equipos, asociaciones y servicios, pero desarrollan su actividad en las etapas de Educación Infantil y Primaria (Decreto por el que se establece y regula la respuesta educativa a la diversidad del alumnado en la Comunidad Autónoma de la Región de Murcia, 2009).

Según se regula en el decreto mencionado, existen diversos tipos de EOEPS:

- De Sector: Intervienen en el Segundo Ciclo de Educación Infantil y en toda la etapa de Educación Primaria.
- Específicos: Intervienen en problemáticas concretas:
 - o EOEP relacionados con problemas en el desarrollo: Autismo y otros trastornos graves del desarrollo, Discapacidad auditiva, Discapacidad visual y Discapacidad motora.
 - o Otros EOEP específicos: Convivencia escolar, Dificultades específicas de aprendizaje y de Altas capacidades

- De Atención Temprana: Son aquellos equipos relacionados con la presente investigación. Intervienen, principalmente dentro del sistema educativo, en el Primer Ciclo de Educación Infantil.

Por tanto, los Equipos de Atención Temprana son equipos de orientación educativa y psicopedagógica, y su intervención se dirige fundamentalmente a las primeras edades de la población, hasta los tres años.

El Sector del Equipo de AT, que comprende el municipio de Murcia y sus pedanías, incluye también otros municipios vecinos: Alcantarilla, Santomera y Beniel. La población total de estos municipios es de unos 450.000 habitantes, según datos del censo de los propios ayuntamientos.

La composición de cada uno de los EATS es la siguiente: Cuatro orientadores educativos (psicólogos o pedagogos), un maestro de audición y lenguaje, un fisioterapeuta, y un profesor técnico de servicios a la comunidad (anteriormente se les conocía como trabajadores sociales).

El presente capítulo se va a iniciar comentando algunas de las bases legales sobre las que se asienta la Atención Temprana, desde el punto de vista educativo y en relación al trabajo que desarrollan los equipos de AT para, posteriormente, situar la realidad del Equipo de Atención Temprana de Murcia.

4.1 Bases legales

Aunque en nuestro país las primeras experiencias relacionadas con la Atención Temprana suceden en los años 70, no es hasta la década de los 80 que aparecen las primeras normas legislativas que posibilitan al Sistema Educativo poder intervenir en Atención Temprana. Concretamente, en los años 80 se potenció la Integración de las personas que presentaban alguna minusvalía o deficiencia, al promulgarse la Ley de Integración Social del Minusválido (1982) por parte de los Servicios Sociales. Esta ley, aprobada por las cortes y con rango de Ley Orgánica, no solamente incumbe a los servicios sociales; en otros ámbitos como la sanidad, el mundo del trabajo y, especialmente por lo que tiene que ver con esta investigación, la educación, también se ven directamente implicados, favoreciendo que en entornos sociales, laborales y escolares, se llevaran a cabo políticas de integración, a través de diversas acciones, frente a la segregación de los años anteriores. El Sistema Educativo no fue ajeno a estas

tendencias, así, el Ministerio de Educación y Ciencia (MEC), utilizando la estructura administrativa del ya desaparecido Instituto Nacional de Educación Especial (INEE), desarrolla y publica una normativa que se promulga en el año 1985. Se trata del Real Decreto de Ordenación de la Educación Especial. En este decreto se reconoce de forma explícita (véase capítulo primero) la importancia de la atención educativa temprana, incluso anterior a la escolarización obligatoria, apostando por la integración de los niños que presentan dificultades o inadaptaciones, siempre que sea posible y cuanto antes. En el artículo 5 de esa ley se comenta que la atención especial al niño disminuido podrá iniciarse en el momento que se detecten los problemas, o el riesgo de padecerlos, al margen de la edad que tenga el sujeto. También se reconoce la importancia de asesorar adecuadamente a los padres y profesores de estos niños por parte de diferentes profesionales. De este modo, en el artículo 15 de la ley se menciona que es necesario crear equipos con diferentes profesionales (psicólogos, pedagogos, médicos, asistentes sociales y otros) para contribuir a mejorar esta atención que dispensará la administración educativa.

En el año 1986 se crea el primer equipo de Atención Temprana en el municipio de Murcia. Desde sus inicios, centran la atención en toda la educación preescolar (en esos momentos todavía no existía la educación infantil como etapa educativa), por un acuerdo de colaboración entre diferentes administraciones: Estatal (Ministerio Educación), Autonómica (Consejería de Educación de la Comunidad Autónoma de Murcia) y Municipal (Concejalía de Educación del Ayuntamiento de Murcia).

Por aquellas fechas, momento en el que se está en fase de elaboración de la futura Ley Orgánica de Ordenación General del Sistema Educativo (LOGSE), los niños de entre 0-5 años son escolarizados en guarderías, correspondiendo al Equipo de Atención Temprana intervenir sobre estos centros. Dentro de esta intervención, se destaca el asesoramiento al personal de estas instituciones educativas, para contribuir a la formación del mismo e iniciar la puesta en marcha del programa de integración en estos centros.

En el año 1990 se publica la LOGSE. Aunque la posibilidad de intervenir y la base legal ya existía anteriormente, lo novedoso de la LOGSE es que reorganiza todas las etapas y da una importancia que no tenía hasta ahora a la Educación Infantil (E.I.), aportándole objetivos y contenidos específicos y tratándola como al resto de las etapas,

incluidos los aspectos de la orientación. De hecho, señala y crea unos EOEPs específicos para esta etapa.

Esta ley reconoce por primera vez la E.I. como una etapa con sentido propio (anteriormente el preescolar preparaba para la educación posterior), con objetivos, contenidos y metodología propia. Divide la etapa de educación infantil en dos ciclos: Primer Ciclo, orientado a la población infantil de cero a tres años, y Segundo Ciclo, cuyo objeto de intervención será en las edades de tres a seis años. Los Equipos de Atención Temprana, en el ámbito educativo, se centran en el Primer Ciclo de Educación Infantil con la posibilidad de desarrollar tareas preventivas educativas, cada vez más tempranas, quedando la intervención psicopedagógica, en el segundo ciclo de esta etapa, para los EOEPS "generales" o de sector.

Esta Ley supone una gran adaptación de los centros a las nuevas formas de intervenir en esta etapa, desde las escuelas infantiles. La LOGSE matiza que, en todas las etapas, la educación se adecuará a las necesidades educativas especiales de los alumnos. Así, el Equipo de Atención Temprana centra una parte importante de su intervención en las escuelas infantiles, procurando asesorar a los profesores y educadores, realizando evaluaciones y seguimientos sobre los alumnos que presentan dificultades y orientando a los padres de los alumnos.

Con la experiencia que se acumula con el paso de los años, el EAT constata que muchos niños presentaban problemas o factores de riesgo desde el nacimiento, o en los primeros meses de vida, siendo detectados muy tardíamente. Cada vez más, se ve la necesidad de coordinarse con otros servicios, especialmente los de salud, para intentar colaborar en la detección de este grupo de niños. Inicialmente, y por iniciativa del propio equipo, se establecen ciertos canales de comunicación con esos servicios. Más adelante, se suscribe un Acuerdo-Convenio de colaboración entre el Ministerio de Educación y el de Sanidad en Murcia. En este acuerdo se incluyen los Servicios de Neonatología y Pediatría de los hospitales de referencia y centros de salud y los Equipos de Atención Temprana de la Región de Murcia, dando lugar a lo que llegará a ser una parte muy importante del Programa de Prevención de los EAT.

En el año 2006 se publica la Ley Orgánica de Educación (LOE), destacando en los principios generales la igualdad de oportunidades, la inclusión educativa y la no discriminación, muy relacionados con el trabajo de los EAT. Además, en el Título

segundo dedica un capítulo a los alumnos con necesidades específicas de apoyo educativo, donde afirma que las administraciones educativas deben disponer los medios necesarios para atender a todos los alumnos, tratando de conseguir el máximo desarrollo intelectual, social, emocional y personal. En el artículo tercero de este Título segundo, destaca que es preciso detectar tempranamente las necesidades específicas de los alumnos, atendiéndolas adecuadamente desde el momento en que se identifique esa necesidad. Además, los principios que rigen la atención a todos los alumnos serán los de normalización e inclusión. Por último, destacar que la administración educativa garantizará la escolarización de todos los alumnos, contando con la participación de los padres y tutores en las decisiones que se tomen.

Una vez producidas las transferencias en materia de educación, en el año 1999 (Real Decreto 938/1999), es la Comunidad Autónoma de la Región de Murcia la que se encarga de las políticas educativas. En el año 2006, se publica la Orden de 24 de noviembre, de la Consejería de Educación y Cultura, por la que se dictan instrucciones sobre el funcionamiento de los Equipos de Orientación Educativa y Psicopedagógica (EOEPS), regulando, entre otros aspectos, la Organización y Funciones de estos Equipos, la dirección y secretaría de los mismos, funciones de los diferentes profesionales que los integran (Psicólogos, Pedagogos, Profesores Técnicos de Servicios a la Comunidad, Maestros especialistas en Audición y Lenguaje y Fisioterapeutas), criterios para la elaboración del plan de actuación de los Equipos de Orientación Educativa y Psicopedagógica de Atención Temprana y elaboración del plan de actuación anual y la memoria.

En los últimos años se han publicado algunas normativas relacionadas con la Atención Temprana y la intervención de los EAT. Dentro de estas normas se destacan las siguientes:

- Año **2009**, la Consejería de Educación de la Comunidad Autónoma de Murcia publica un Decreto que establece y regula la respuesta educativa a la diversidad del alumnado en la Comunidad Autónoma de la Región de Murcia.

- Año **2012**, se dictan instrucciones relacionadas con el dictamen de escolarización, por parte de los servicios de orientación. Es la dirección general de planificación y ordenación educativa, de la Consejería de Educación, Formación y Empleo quién publica esta normativa.

- Año **2013**, la Consejería de Educación de la Comunidad Autónoma de la Región de Murcia, publica una Resolución sobre evaluación psicopedagógica, con instrucciones específicas sobre este tema. Este mismo año se publica también el Real Decreto por el que se aprueba el texto refundido de la ley general de derechos de las personas con discapacidad y de su inclusión social, por parte del Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad (2013).

De todo lo anterior se desprende que en el campo educativo y, paralelamente, en todo lo relacionado con la Atención Temprana, se ha ido avanzando en los últimos años, consiguiendo regular, de modo legal, muchos de los aspectos de la intervención. Todos estos avances legislativos se traducen en un marco donde se recogen y concretan muchos de los derechos de los usuarios que precisan una Intervención Temprana.

4.2 El Equipo de Atención Temprana de Murcia. Objetivos

Los objetivos que se plantea lograr el Equipo en su sector, se plasman en el Plan Anual de Trabajo, donde se marcan las prioridades de cada curso, que la Consejería supervisa. Destacamos los siguientes objetivos:

1. Desarrollar acciones para la atención temprana de los niños de 0 a 3 años del sector correspondiente.
2. Priorizar y llevar a cabo acciones tendentes a la implantación y potenciación del Programa de Detección y Atención Temprana para niños con "riesgo".
3. Realizar la evaluación psicopedagógica de los niños en edades tempranas, para determinar sus necesidades educativas especiales, con el fin de proponer las medidas necesarias para una adecuada respuesta educativa y realizando dictamen y propuesta, en su caso, de escolarización.
4. Realizar tareas de atención a Escuelas Infantiles que cubran las necesidades básicas y prioritarias consensuadas con los Centros y sirvan, al mismo tiempo, para establecer avances e innovaciones en el funcionamiento pedagógico de éstos.

5. Realizar tareas de atención a niños de larga estancia hospitalaria y daño neurológico y mejorar el entorno de cuidados ambientales, profesionales, familiares y personales del niño.
6. Elaborar y difundir materiales e instrumentos psicopedagógicos que sean de utilidad para los centros y los propios Equipos de Atención Temprana.
7. Mejorar todos los cauces de coordinación, tanto los de tipo general como los contemplados dentro de cada programa, de manera que se haga un trabajo más efectivo, sin lagunas ni solapamientos en las tareas de los distintos profesionales y servicios, y con especial atención a la coordinación intraequipo.
8. Promover la máxima colaboración de los padres en el proceso educativo de sus hijos y contribuir en su formación como educadores en los términos definidos en cada Programa.
9. Mejorar los sistemas de recogida de datos, cuantificación y análisis de los datos cuantitativos que cada programa plantea, a fin de conocer la tipología, número y efectos del trabajo de los Equipos en los usuarios del Servicio y como factor contribuyente a la mejora de éste.
10. Llevar a cabo la coordinación con los Equipos de Orientación Educativa y Psicopedagógica, Generales y Específicos fundamentalmente a la hora de llevar a cabo propuestas de escolarización y asegurar el traslado de información a otros ciclos o etapas educativas.
11. Colaborar con otros organismos e instituciones relacionados con la atención temprana con el fin de proyectar y coordinar acciones conjuntas encaminadas a la prevención detección e intervención temprana del Alumno con necesidades educativas especiales (ACNEE) o en situación de desventaja.
12. Diseñar y desarrollar nuevos planes o programas en relación a la atención temprana, en función del contexto en que desarrollamos nuestra intervención, para dar respuesta a posibles dificultades detectadas.

Los programas que desarrolla el EAT en su intervención, para adecuarse a estos objetivos, marcando las prioridades de cada curso, están recogidos en el plan de actuación anual, son muy variados y se estructuran en base a los siguientes programas:

- Programa de Apoyo Psicopedagógico en Escuelas Infantiles
- Programa de Servicio Abierto o Ambulatorio.
- Programa de Detección y Atención Temprana para niños con dificultades especiales y niños con riesgo.
- Programa de Atención Temprana para niños con estancias hospitalarias prolongadas.
- Programa de Traspaso de información al 2º ciclo de Educación Infantil.
- Programa de Formación

En el siguiente punto vamos a detenernos en tratar de profundizar en aquellos programas que tienen una mayor relación con el objeto de la presente tesis.

4.3 Programas de intervención del Equipo de Atención Temprana relacionados con la presente investigación:

4.3.1. Programa de Apoyo Psicopedagógico a las Escuelas Infantiles

Este programa va orientado a todas las Escuelas Infantiles, de carácter público, existentes en el Municipio de Murcia. Las acciones que se llevan a cabo van dirigidas a los niños, los padres, los educadores y el equipo directivo. Destacamos los siguientes aspectos de la intervención:

- Asesoramiento psicopedagógico a la Escuela Infantil, en general y, especialmente, en la concreción del programa de integración, en cada uno de los centros.
- Orientación en las medidas de atención a la diversidad, en todos aquellos casos que demande el centro educativo.
- Seguimiento directo de aquellos niños que presentan necesidades educativas especiales transitorias o permanentes.

Para atender adecuadamente este programa, entre el personal docente y/o la dirección de cada una de las escuelas infantiles y el Equipo de Atención Temprana, se consensua un plan de actuación anual donde se recogen los siguientes aspectos de la intervención:

- Características estructurales y funcionales del centro, así como criterios de intervención del EAT.
- Programas, objetivos y actividades a desarrollar a lo largo del curso en la Escuela Infantil.
- Miembros del Equipo de Atención Temprana que realizarán acciones presenciales en el centro.
- Horarios de permanencia en el centro.
- Calendario de reuniones con los distintos educadores y otro personal del centro educativo.
- Criterios y procedimientos de evaluación de la intervención.

4.3.2. Programa de Detección y AT para niños con dificultades y niños con riesgo

Otro de los programas a destacar es el destinado a la detección de niños que presentan algún problema o dificultad en su desarrollo, o riesgo de padecerlos. Una de las características principales del programa es que va dirigido a niños de 0-2 años.

Este programa se desarrolla con la colaboración del Servicio de Neonatología del “Hospital Universitario Virgen de la Arrixaca”, los Servicios de Pediatría de los Centros de Salud del municipio de Murcia, los Centros de Servicios Sociales del Ayuntamiento y Comunidad Autónoma, las escuelas infantiles privadas, pertenecientes al Municipio de Murcia y los propios padres, que, por iniciativa propia, pueden solicitar ser atendidos.

Desde los servicios sanitarios se orienta a las familias de niños que presentan algún factor de riesgo al nacimiento, o en los primeros meses de vida, para que establezcan el primer contacto con el equipo de Atención Temprana, de ahí la importancia de mantener una coordinación adecuada con el personal del Hospital Universitario Virgen de la Arrixaca (Hospital de referencia en ciertos servicios pediátricos) y con los servicios Pediátricos de los centros de Salud que están ubicados

en el municipio de Murcia. La relación con estos servicios es útil, entre otros aspectos, para intercambiar información sobre aquellos niños en los que se interviene, y también con sus familias, así como para seguir animando a la pronta detección y derivación de los niños que pueden presentar alguna dificultad. Existe un **Protocolo de Coordinación** entre los Servicios de Pediatría y los Equipos y profesionales de Atención Temprana que se lleva a cabo desde 2012, y que afecta a todos los servicios de pediatría de atención primaria de la Región, adscritos a la Consejería de Sanidad, y a todos los EATs y orientadores de AT, dependientes de la Consejería de Educación. El protocolo se usa para dicha detección y derivación temprana, y se coordina con el Protocolo de Trastornos del Espectro Autista (TEA) y con el de Trastorno por Déficit de Atención e Hiperactividad (TDAH).

En relación a los Servicios Sociales, también se mantienen contactos con los responsables de programas relacionados con "el menor", para coordinar las acciones encaminadas a la detección e intervención tempranas. Se trata, sobre todo, de detectar, valorar y realizar un seguimiento sobre aquellas familias cuyos niños presentan factores de riesgo socioambiental.

Los **objetivos** que se persiguen con la implantación de este programa son los siguientes:

- Detectar, valorar e intervenir en la situación personal, familiar y social de los niños que puedan presentar algún problema.
- Proponer la escolarización más adecuada a las necesidades educativas que puedan presentar los niños, previo informe psicopedagógico y oportuno dictamen de escolarización.
- Orientar y asesorar a la familia sobre las necesidades y recursos de carácter educativo que pudiera precisar el niño, facilitando el acceso a los recursos del medio.
- Derivar a otros servicios, programas, tratamientos e instituciones, según las diferentes necesidades que pudiera presentar el niño.
- Coordinarse con los principales recursos del sector para facilitar todas las acciones oportunas, en favor del niño y su familia.

Para lograr estos objetivos el Equipo de Atención Temprana desarrolla diferentes **actividades** de las que destacamos y comentamos aquellas que, a nuestro juicio, son más relevantes:

Actividades

- En relación a los servicios comunitarios (sociales, educativos y sanitarios) de la localidad:
 - Detección de aquellos sujetos que pueden presentar problemas o dificultades en su desarrollo.
 - Derivación a exploraciones y tratamientos especializados o específicos cuando el caso lo requiere.
 - Elaboración y remisión a los órganos competentes en cada caso (Comisiones de Escolarización, Inspección Educativa, Dirección General de Educación y Concejalía de Educación) de las propuestas de escolarización o reubicación escolar que se hayan dictaminado.
- En relación a los niños y sus familias:
 - Evaluación y emisión de informes de los niños atendidos en el servicio, así como de su situación sociofamiliar.
 - Seguimiento de la situación del niño y su familia.
 - Colaboración con la familia en promover una visión positiva y realista de sus hijos.
 - Propuesta de medidas de carácter educativo (escolarización, recursos escolares) y de tratamientos necesarios para favorecer la evolución positiva de las dificultades o problemas que se observen.
 - Información sobre recursos del medio tales como ayudas, becas, plazos de escolarización, etc.
- Otras acciones:
 - Creación de una base de datos donde se vaya recogiendo toda la información sobre los niños atendidos en este servicio.

Recursos personales y materiales:

En la ejecución de este programa participan todos los componentes del EOEP de Atención Temprana. En cuanto a instalaciones, cabe destacar los locales del Equipo con 3-4 salas de exploración. Los materiales específicos están compuestos por diferentes test psicopedagógicos, cuestionarios e inventarios del desarrollo, diverso material de juegos y juguetes didácticos y, por último, también existen protocolos de derivación a los diferentes servicios.

4.3.3. Programa de Servicio Abierto

El programa de Servicio Abierto va dirigido a la población infantil, una vez que ya han cumplido los dos años de edad. Los niños, a través de sus familias, acceden al Equipo de Atención Temprana derivados, generalmente, por los Servicios Sanitarios, Sociales, Educativos y también por otras vías (antiguos usuarios, profesionales de la AT que conocen el recurso, etc.). Desde el punto de vista de los servicios educativos, se excluyen de este programa los niños que ya están escolarizados en centros públicos de educación infantil, del municipio de Murcia, puesto que estos centros son atendidos, sistemáticamente, por el personal del EAT.

Comparte una gran parte de los objetivos con el programa de detección y AT para niños con dificultades y niños con riesgo, aunque las intervenciones realizadas por el EAT, en cuanto el número de seguimientos, orientaciones y valoraciones del niño antes de su derivación, en el 2º ciclo de educación infantil, es inferior a éste.

Para lograr estos objetivos el Equipo de Atención Temprana desarrolla diferentes actividades, todas ellas comentadas en el punto anterior y que no volveremos a repetir, destacando, además, las que están relacionadas con los servicios comunitarios:

- Elaboración de documentos para la difusión del Servicio Abierto.
- Reuniones periódicas de coordinación para animar a la difusión del servicio, intercambio de información y comentarios sobre la situación del niño y familia.

Los Recursos personales y materiales son también los mismos que los del programa anterior.

En resumen, con el programa de Servicio Abierto se pretende llegar a toda la población, con niños entre 2-4 años que no es posible atender a través de una atención programable a medio-largo plazo por parte del Equipo de Atención Temprana.

4.3.4. Programa de AT para niños con estancias hospitalarias prolongadas.

Es un programa orientado a las familias y los niños que son atendidos en las distintas unidades del Hospital Materno-Infantil “Virgen de la Arrixaca”, de Murcia, por presentar alguna discapacidad o riesgo de padecerla. Principalmente, los servicios hospitalarios donde se desarrolla este programa son los de UCI de Neonatología, UCI Pediátrica, Neuropediatria, Neonatología y Lactantes. Para ello, dos orientadores educativos del Equipo de Atención Temprana (psicólogo y/o pedagogo) se desplazan dos veces por semana, intentando introducir las mejoras de carácter educativo en el ambiente, en los cuidados personales y profesionales que recibe el niño y sus familiares, y en las interrelaciones familia-niño, con el fin de favorecer el máximo desarrollo psicoevolutivo del niño.

Dentro de los **objetivos** de este programa destacamos los siguientes:

- Facilitar la remisión del niño y su familia al equipo una vez que éste ha sido dado de alta en el hospital, informando de los servicios existentes y la forma de acceder a ellos.
- Orientar y acordar acciones, junto con el personal de enfermería, acerca de los cuidados y estrategias que pueden seguirse para beneficiar al desarrollo global del niño.
- Atender a las familias y animarles a la implicación en el entorno de los cuidados hospitalarios, incluyendo acciones para disminuir los niveles de estrés de los padres y otras encaminadas a generar una relación positiva padres-hijos, en función de la situación hospitalaria del niño.
- Desarrollar programas concretos de intervención directa o indirecta orientados a los niños hospitalizados. Estas acciones serán propuestas por el equipo e implicarán tanto a los profesionales sanitarios como a familiares del niño.
- Conocer propuestas de mejora del programa por parte del personal sanitario, para tratar de ajustar progresivamente la intervención.

Para desarrollar todos estos objetivos, las **actividades** que se destacan, dentro del plan de intervención del Equipo de Atención Temprana, son las siguientes.

- En relación a los padres y/o familiares:
 - Reuniones iniciales y periódicas con los padres de niños hospitalizados con objetivos informativos, a demanda del EAT o de los propios familiares.
 - Evaluación de la situación familiar y el grado de afectación de los padres en función de la situación del niño.
 - Derivación familiar a servicios especializados (p.e. Servicio de Psicología Clínica), cuando el caso lo requiera.
 - Aplicación de programas de intervención familiar consensuados con los servicios hospitalarios.
 - Sesiones de trabajo individuales orientadas a la disminución de la angustia y a facilitar información sobre recursos del medio relacionados con la problemática de su hijo.

- En relación al niño:
 - Evaluación y valoración de la situación del niño en los casos que se acuerde.
 - Seguimiento de la evolución del niño, orientando a los familiares y personal sanitario que mantienen intercambios con él.
 - Emisión de informes sobre el desarrollo del niño para su derivación a cualquier servicio interno o externo al Hospital.

- En relación al personal del Hospital:
 - Información sobre el alcance del Programa al personal sanitario.
 - Atención a las demandas de información, documentación y orientaciones que se reciban desde los distintos servicios hospitalarios.
 - Propuesta de mejoras del entorno de cuidados de los niños y puesta en marcha de estas acciones, previo acuerdo con el personal del hospital.
 - Reuniones periódicas con los diferentes servicios hospitalarios para comentar el desarrollo del programa.

- Desarrollo de programas de formación en Atención Temprana para el personal sanitario.

4.4. Composición, organización y coordinación del E.A.T.

Los profesionales que componen el Equipo de Atención Temprana, en la actualidad, son siete, distribuidos en las siguientes especialidades:

- Cuatro orientadores educativos, profesores de enseñanza secundaria de la especialidad Orientación Educativa (psicólogos, pedagogos, o psicopedagogos).
- Un diplomado en Magisterio, especialista en Audición y Lenguaje.
- Un profesor técnico de Servicios a la Comunidad (Trabajo Social).
- Un Fisioterapeuta.

La coordinación que realiza el EAT es interna y externa. A nivel interno el Equipo de Atención Temprana mantiene reuniones quincenales, para analizar la evolución de los diferentes programas que desarrolla.

Externamente, el EAT mantiene reuniones de coordinación, planteándose diferentes objetivos con otros equipos (de Atención Temprana, EOEPS de Sector, EOEPS Específicos), con el Servicio de Inspección Educativa (SITE), con los Centros de Profesores y Recursos (CPR), en especial con el CPR de Murcia y con otras Instituciones de carácter Social (Asociaciones de padres, Consejería Servicios Sociales, etc.), Educativos (Servicios educativos municipales, escuelas infantiles privadas, gabinetes privados, entre otros) o Sanitarios (Hospital Virgen de la Arrixaca, centros de salud, etc).

Para terminar este apartado, cabe señalar que en el organigrama del EAT se contempla la figura del director y una secretaria, que desempeñan las tareas que se les asignan en las instrucciones de funcionamiento que marca la Consejería de Educación del Gobierno regional de Murcia en base a la orden reguladora de los Equipos de orientación de 2006.

Parte II: Aspectos metodológicos

Capítulo 5

Método

5.1 Planteamiento del problema

Como hemos destacado en los capítulos anteriores, la atención temprana es un proceso de intervención desde los servicios educativos, sociales y sanitarios que va dirigida al niño, a su familia y al entorno en el que se desenvuelven.

A través de los tres niveles de prevención: primaria, secundaria y terciaria, se realizan algunas intervenciones orientadas a tratar de evitar la aparición de ciertos problemas en el desarrollo, otras acciones van encaminadas a detectar factores que pueden incrementar el riesgo de padecer problemas en un futuro, intentando desarrollar las estrategias oportunas para atenuar o paliar estos factores de riesgo y, además, también se interviene sobre aquellos problemas que puedan presentar los niños y sus familias, con el fin de minimizarlos.

La mayor parte de estas intervenciones se dirigen hacia poblaciones de niños que presentan problemas en su desarrollo, niños con riesgo biológico y niños con riesgo socioambiental, cuyas condiciones de crianza o factores ambientales se apartan de las recomendables para un buen desarrollo.

Las intervenciones pueden ser muy variadas abarcando, entre otras acciones, orientaciones familiares, derivación a otros servicios, escolarización, solicitud de prestación de tratamientos, ayudas a la familia, etc. Por tanto, se intenta intervenir en la mayor parte de los problemas que pudiera presentar el niño o su familia.

Estas intervenciones pueden realizarse desde diversos servicios e instituciones, con diferentes objetivos, a través de métodos muy variados y con profesionales que presentan distintos perfiles (psicólogos, pedagogos, fisioterapeutas, pediatras, logopedas, trabajadores sociales, psicomotricistas, etc.).

La revisión teórica que hemos realizado nos lleva a constatar que estas intervenciones, en general, parecen ser efectivas (Besharov y Morrow, 2006; Maulik y Darmstadt, 2009), aunque en algunas ocasiones los datos apuntan en la dirección de que podría no influir positivamente sobre el desarrollo (Kaaresen, Ronning, Tunby, Nordhov, Ulvund y Dahl, 2008).

También hemos podido constatar como desde los Equipos de Atención Temprana de la Consejería de Educación (EAT), se interviene, con diversos programas, para dar respuesta a las distintas necesidades que plantean los niños y sus familias, desde una concepción educativa de la intervención.

A lo largo de los años se han ido acumulando expedientes de niños en el servicio, y los profesionales que integran el Equipo de Atención Temprana hasta ahora solo han extraído conclusiones en base a observaciones directas realizadas sobre los distintos casos en los que se interviene. Cuando se ha intentado valorar la eficacia del trabajo, por parte de los distintos profesionales que integran el EAT, la impresión de estos es que la AT es eficaz. Sin embargo, una impresión no es una buena medida de la eficacia de la intervención, por ello, desde hace años, existe un deseo de investigar sobre los datos acumulados e intentar demostrar empíricamente si los distintos programas que se llevan a cabo, influyen positivamente en la evolución de los niños y sus familias.

A partir de estos planteamientos el objetivo de esta investigación es doble: en primer lugar, nos interesa conocer las características de esta población atendida en el EAT y, en segundo lugar, comprobar si existen indicadores de la eficacia de la intervención sobre la población estudiada. Así, en el presente estudio podrán diferenciarse dos partes: una descriptiva, donde se analizarán las singularidades de la muestra estudiada y otra, cuasi-experimental, a partir de las hipótesis que se desean comprobar.

A nivel general pretendemos conocer las características que tienen los niños que acuden al servicio, así como comprobar si algunas de esas características son comunes, y su relevancia. También pretendemos averiguar cuál es la procedencia, es decir, a través de qué cauces (servicios, organismos o personas) llegan por primera vez al Equipo de Atención Temprana.

Pensamos que es importante que exista una buena coordinación entre el EAT y los distintos servicios para poder atender adecuadamente las necesidades de los niños y sus familias y esto nos lleva a preguntarnos cuáles son los servicios que derivan un mayor número de niños.

Desde el punto de vista de los sujetos a los que va dirigida la intervención, las cuestiones que desearíamos conocer son: ¿Cuáles son los problemas que presentan estos niños?, ¿Qué tipos de tratamientos y apoyos reciben?, ¿A qué edad se escolarizan, por primera vez, en la Escuela Infantil? ¿En qué tipo de aulas o centros son escolarizados?

Por último, intentaremos responder a una serie de cuestiones relacionadas con la eficacia de la intervención: ¿el niño obtiene beneficios de la Intervención Temprana?, ¿la pronta escolarización de los niños en Escuelas Infantiles favorece un buen desarrollo evolutivo?, dentro de los diferentes programas que desarrolla el EAT, ¿habrá alguno de ellos de los que el niño obtenga un mayor beneficio?

Pretendemos dar respuesta a estos interrogantes y otros que pudieran surgir a con el tratamiento de los datos. Para ello expondremos, en primer lugar, las diferentes hipótesis de la presente investigación, como punto de partida del análisis posterior de todos los datos que se han ido recopilando.

5.2 Hipótesis de trabajo

Las hipótesis generales y específicas que nos planteamos en nuestro estudio son las siguientes:

HIPÓTESIS GENERAL PRIMERA

La Intervención Temprana (IT) produce efectos positivos en las diferentes áreas del desarrollo, en los cuatro primeros años de vida, especialmente en los niños pertenecientes a los programas de Servicio Abierto y Escolarización en el Segundo Ciclo de Educación Infantil.

HIPÓTESIS ESPECÍFICA 1.1 La Intervención Temprana produce efectos beneficiosos en el área cognitiva.

HIPÓTESIS ESPECÍFICA 1.2 La Intervención Temprana produce efectos beneficiosos en el área motora.

HIPÓTESIS ESPECÍFICA 1.3 La Intervención Temprana produce mejores efectos en niños adscritos a los programas de Servicio Abierto y Escolarización en el Segundo Ciclo de Educación Infantil que en los pertenecientes al programa de Prevención.

HIPÓTESIS GENERAL SEGUNDA

Los Servicios Sanitarios detectan un mayor número de niños, que presentan, o pueden presentar, problemas en su desarrollo, frente al resto de servicios y las familias.

HIPÓTESIS ESPECÍFICA 2.1 Los servicios sanitarios detectan más niños susceptibles de Intervención Temprana que los servicios educativos, los servicios sociales y los padres.

HIPÓTESIS ESPECÍFICA 2.2 Los servicios de neonatología detectan más niños que otros servicios sanitarios.

HIPÓTESIS GENERAL TERCERA

La escolarización temprana, en las aulas del primer ciclo de Educación Infantil produce mejoras en la situación general de los niños, respecto de los que son escolarizados más tardíamente o no son escolarizados en este primer ciclo.

HIPÓTESIS ESPECÍFICA 3.1 Los niños escolarizados más tempranamente obtienen mejores resultados en actividades relacionadas con el desarrollo mental.

HIPÓTESIS ESPECÍFICA 3.2 Los sujetos escolarizados más tempranamente presentan mejores niveles de desarrollo motor.

HIPÓTESIS GENERAL CUARTA

Los niños sobre los que se interviene en el Programa de Prevención presentan una situación más cercana a la media de la población general en cuanto al tipo de escolaridad y los niveles de desarrollo psicoevolutivos.

HIPÓTESIS ESPECÍFICA 4.1 La mayoría de los niños sobre los que se interviene en el Programa de Prevención pueden escolarizarse, posteriormente, en el Segundo Ciclo de Educación Infantil, por vía ordinaria.

HIPÓTESIS ESPECÍFICA 4.2 Los niños sobre los que se interviene en el Programa de Prevención presentan mejores niveles psicoevolutivos.

5.3 Diseño

Se ha realizado un estudio descriptivo, de corte transversal con la muestra seleccionada, que está formada por 301 niños atendidos, desde el curso 2005-06 hasta el curso 2010-11, en los diferentes programas que desarrolla el Equipo de Orientación Educativa y Psicopedagógica de Atención Temprana nº 2 de Murcia, dependiente de la Consejería de Educación y Cultura de la Comunidad Autónoma de la Región de Murcia.

5.4 Sujetos

Los datos de la muestra han sido seleccionados de los expedientes, custodiados por el Equipo nº 2 de Atención Temprana de Murcia, pertenecientes a cada uno de los niños que han sido atendidos entre los años 2005-2011. Previamente, se solicitaron los oportunos permisos a la Consejería de Educación, estableciendo el compromiso de no recoger el dato de los apellidos para garantizar la confidencialidad de la información.

El total de sujetos que forman la muestra seleccionada es de 301. Todos ellos son niños que fueron atendidos en el servicio de Atención Temprana y que dejaron de estar bajo la tutela del mismo, por diversas causas (alta en el servicio, derivación a otro equipo o servicio, escolarización en 2º ciclo de Educación Infantil, abandono del programa, traslado de domicilio o fallecimiento). La selección de la muestra ha sido aleatoria.

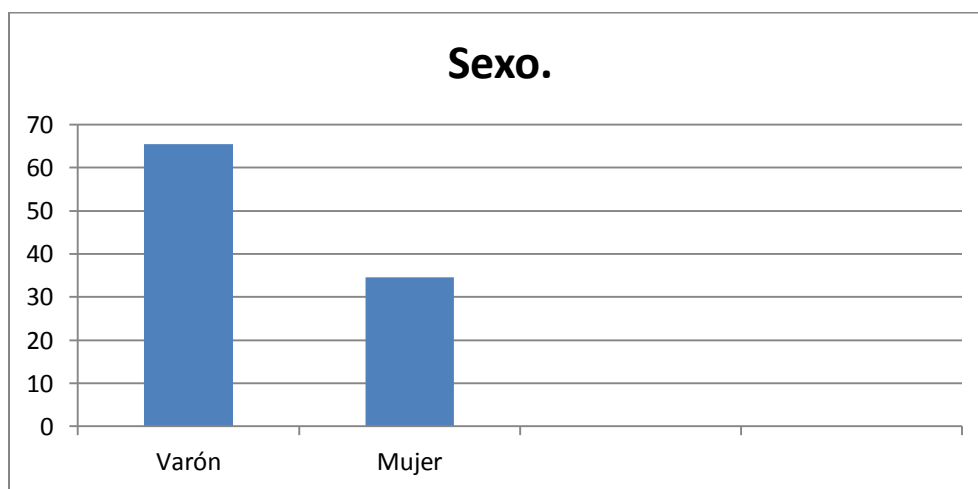
A continuación se exponen las características de los participantes que componen nuestra muestra.

5.4.1. Sexo:

De los 301 casos analizados, la distribución por sexos, en la muestra, es el 65,4% varones y el 34,6 % mujeres (véase Tabla 5.1 y Gráfica 5.1)

Tabla 5.1 Distribución de frecuencias y porcentajes por sexos

	Frecuencia	Porcentaje
Varón	197	65,4
Mujer	104	34,6
Total	301	100,0



Gráfica 5.1 Distribución de porcentajes en función del sexo

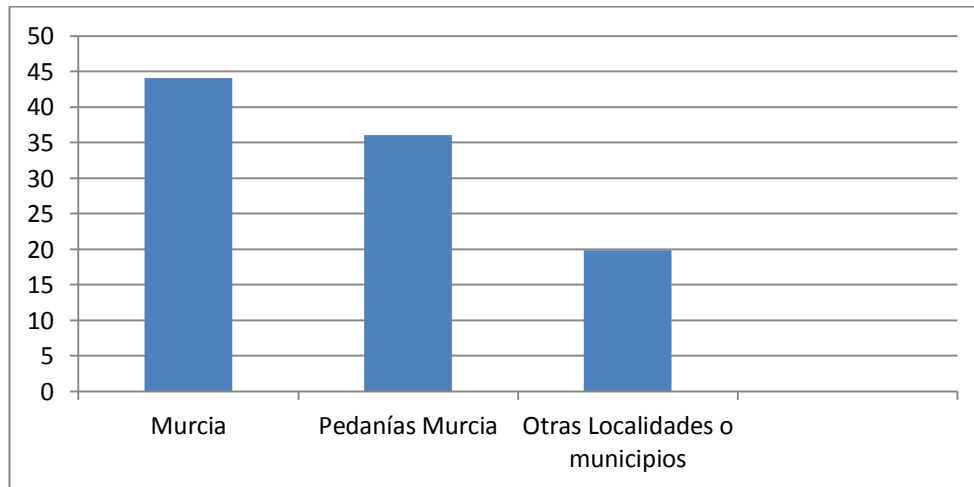
5.4.2. Procedencia de los participantes.

La mayor parte de los niños y familias provienen de Murcia capital y sus pedanías, con un total de 218 sujetos lo que supone el 72,5% del total. Un análisis más detallado revela que hay un mayor número de niños y familias pertenecientes a Murcia capital (120) que de sus pedanías (98). Llama la atención este dato por cuanto la configuración del municipio de Murcia presenta la siguiente distribución de su

población: el casco urbano cuenta con aproximadamente 190.000 habitantes y sus pedanías unos 260.000. También existen 54 sujetos que proceden de otros municipios y localidades de la Región (principalmente de Alcantarilla y Santomera), donde el equipo también ha intervenido. Destacar, por último que no se disponía de la procedencia de los niños en 29 expedientes:

Tabla 5.2 Distribución de frecuencias y porcentajes por Localidad de procedencia

		Frecuencia	Porcentaje
Válidos	Murcia ciudad	120	44,12
	Murcia pedanías	98	36,02
	Otras localidades o Municipios	54	19,86
	Total	272	100
	No datos	29	
	Total	301	



Gráfica 5.2 Distribución de porcentajes en función de la localidad de procedencia

5.4.3. Edad

Edad niños. El dato relativo a la edad de los niños, en la exploración inicial, está recogido en 288 sujetos, siendo la media de edad de 18 meses y 18 días. El sujeto más pequeño tenía un mes de vida, en la primera exploración, mientras que el niño con

más edad había cumplido los cuatro años. La desviación típica es de 12 meses y 24 días (véase Tabla 5.3).

Edad de los padres y madres. Al hablar de la edad de los padres nos estamos refiriendo a la que tenían en el momento del nacimiento del niño. En cuanto a la edad del padre se observa que este dato aparece en 167 casos, siendo la edad media de, aproximadamente 35 años, con una desviación típica de 6,4. El padre más joven tiene 21 años y el de más edad 53. En el caso de las madres, disponemos de 168 casos donde está recogido el dato de la edad, observando una media que se sitúa en torno a los 33 años, con una desviación típica de 6,2. La madre de menor edad tiene 18 años mientras que la mayor presenta una edad de 49.

Tabla 5.3 Distribución de Medias de Edad padres, madres y niños

	N	Mínimo	Máximo	Media	Desv. típ.
Edad padre (1)	167	21	53	35,3	6,4
Edad madre (1)	168	18	49	33,2	6,2
Edad niño (2)	288	1	48	18,6	12,8

(1) Expresada en años

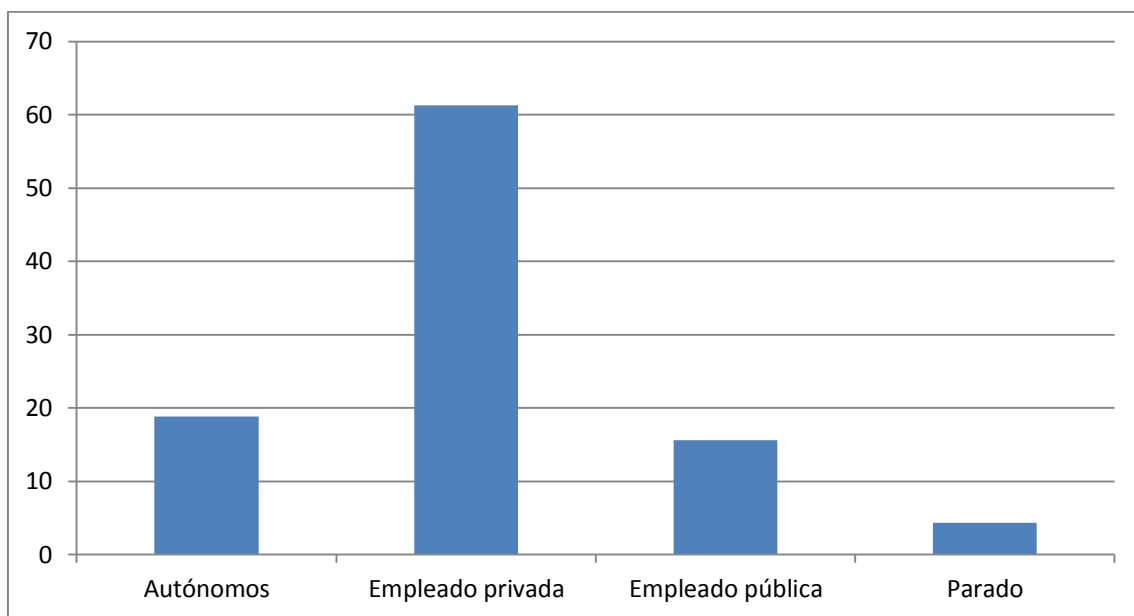
(2) Expresada en meses

5.4.4. Profesión de los progenitores

Profesión del padre. En 160 de los informes de los sujetos (53,2%) se observa que está recogida la profesión del padre, mientras que en 141 casos (46,8%) no presentan esta información. El mayor porcentaje de padres de los niños (61,3%) son empleados por cuenta ajena en empresas privadas, el 18,8% son autónomos, el 15,6% de los padres son empleados públicos y, por último, el 4,3% de los padres se encuentran en situación de desempleo en el momento de recogida de la información (véase Tabla 5.4 y Gráfica 5.3).

Tabla 5.4 *Distribución de frecuencias y porcentajes de la profesión del padre*

		Frecuencia	Porcentaje
Válidos	Autónomo	30	18,8
	Empleado empresa privada	98	61,3
	Empleado público	25	15,6
	Parado	7	4,3
	Total	160	100,0
	No datos	141	
Total		301	

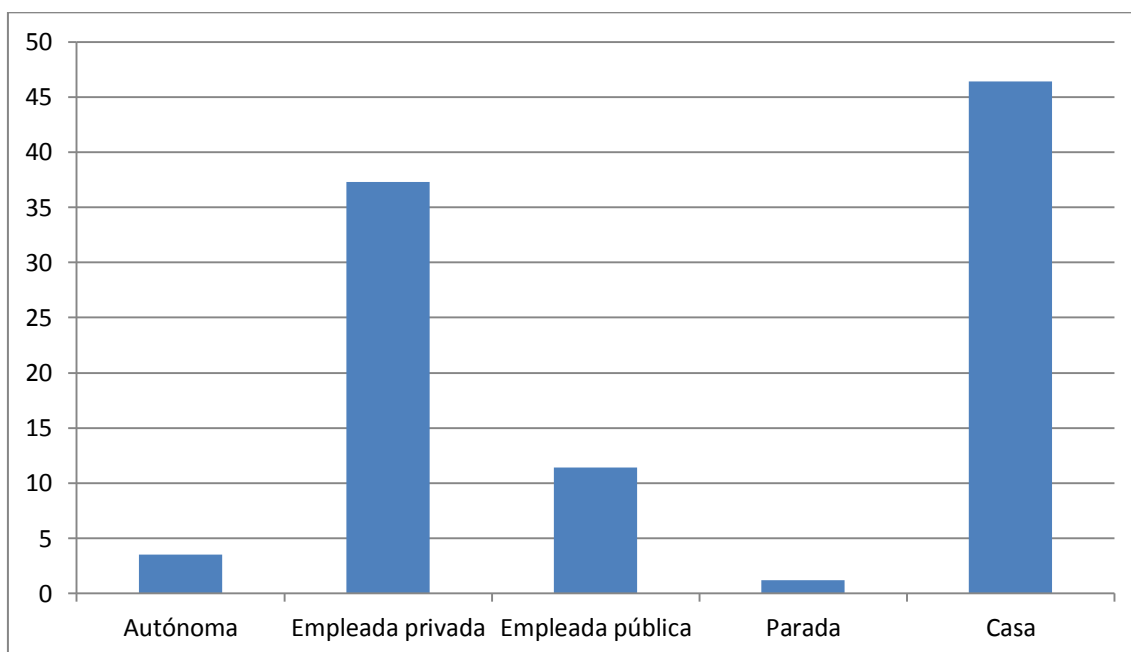


Gráfica 5.3 *Distribución de porcentajes en función de la profesión del padre*

Profesión de la madre. En cuanto a la profesión de las madres, observamos que el dato está disponible en 166 casos (55,3%), mientras que no se dispone del dato de 135 participantes (44,7%). Nos encontramos con que el mayor porcentaje de ellas (46,4%) se dedican a las tareas de la casa, el 37,3% trabajan en empresas privadas, el 11,4 % en la administración pública, el 3,6% son autónomas y el 1,2% se encuentran en paro (véase tabla 5.5). Destacamos el elevado número de madres que se dedican por completo a las tareas del hogar (46,4%) y pensamos que una posible explicación podríamos encontrarla, en el esfuerzo que debe realizar la familia para poder atender, de forma apropiada, al niño que ha nacido con problemas y, también, en el contexto económico de los últimos años.

Tabla 5.5 *Distribución frecuencias y porcentajes de la profesión de la madre*

		Frecuencia	Porcentaje
Válidos	Autónomo	6	3,6
	Empleado empresa privada	62	37,3
	Empleado público	19	11,4
	Parado	2	1,2
	Casa	77	46,4
	Total	166	100,0
	No datos	135	
Total		301	



Gráfica 5.4 *Distribución de porcentajes respecto de la profesión de la madre*

5.4.5. Hermanos

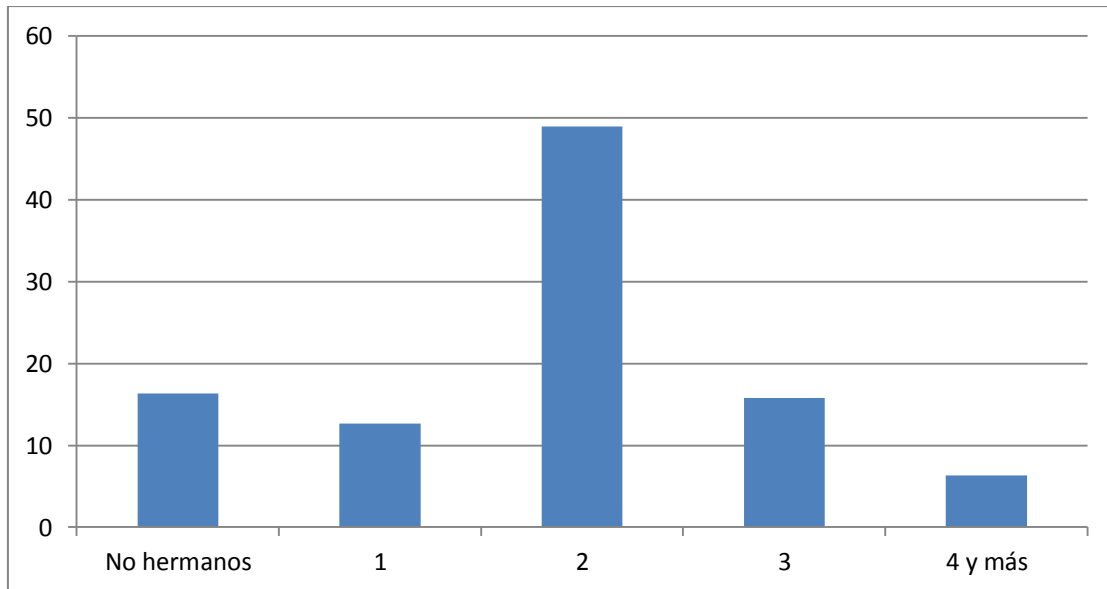
Número de hermanos. En lo que se refiere al número de hermanos, disponemos de este dato en 190 de los participantes, lo que supone un 63,1% del total de expedientes revisados, mientras que 111 informes no tienen recogido el número de hermanos del niño (36,9%). Aproximadamente 16 de cada 100 niños son hijos únicos, 13 de cada 100 tienen un hermano, el grupo que tiene dos hermanos es el más

METODO

numeroso, siendo casi la mitad de los sujetos válidos de la muestra. Con más de dos hermanos hay, aproximadamente, uno de cada cinco niños (21,2%), siendo el grupo que tiene tres hermanos el más numeroso de ellos (véase Tabla 5.6).

Tabla 5.6 Distribución frecuencias y porcentajes N° hermanos

		Frecuencia	Porcentaje
Válidos	0	31	16,3
	1	24	12,6
	2	93	49
	3	30	15,8
	4	8	4,2
	6	2	1,1
	8	1	,5
	11	1	,5
	Total	190	100
	No datos	111	
Total	301		

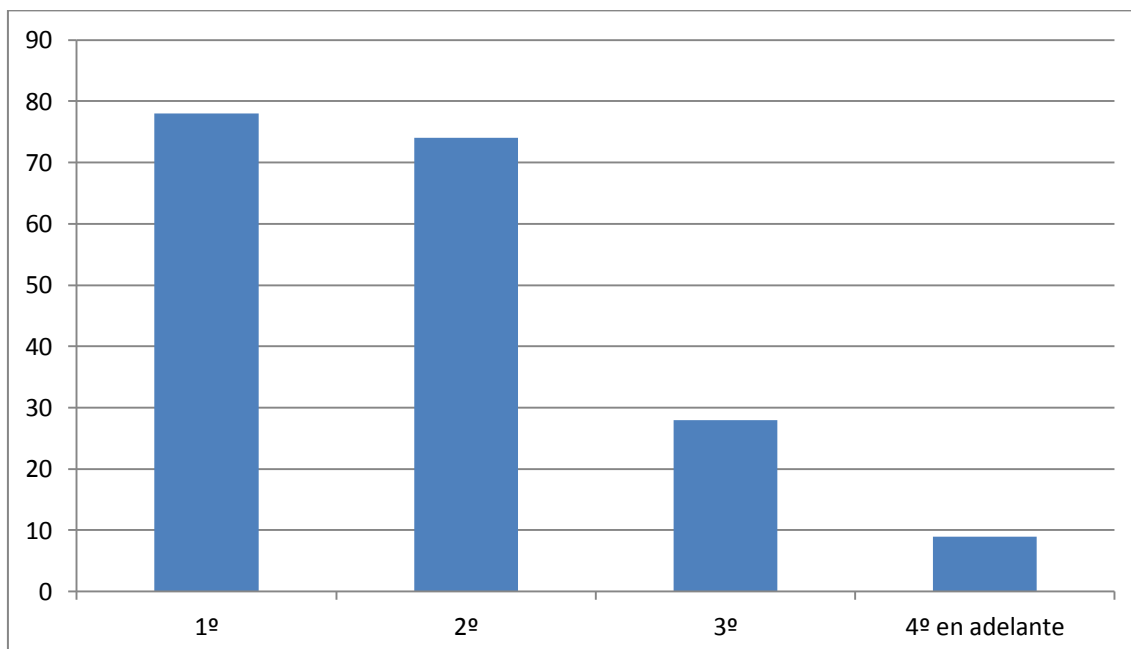


Gráfica 5.5 Distribución de porcentajes respecto del número de hermanos

Lugar que ocupa. En cuanto al lugar que ocupa, en relación a sus hermanos, cuatro de cada diez sujetos (aproximadamente) ocupan el primer lugar mientras que cerca de otros cuatro (39,4%) ocupan el segundo lugar. Aproximadamente el 15% ocupan el tercer lugar. Por último, un 4,5% ocupa un lugar superior al cuarto (véase Tabla 5.7).

Tabla 5.7 Distribución frecuencias y porcentajes del lugar ocupa

		Frecuencia	Porcentaje
Válidos	1	78	41,5
	2	74	39,4
	3	28	14,9
	4	5	2,7
	6	2	1,4
	8	1	,5
	11	1	,5
	Total	189	100,0
No datos	112		
Total		301	



Gráfica 5.6 Distribución de porcentajes en función del lugar que ocupa

5.5 Procedimiento

Todos los datos de esta investigación se recogieron entre septiembre de 2010 y septiembre de 2011, en visitas periódicas al Equipo de Atención Temprana, durante uno o dos días por semana. Aproximadamente el tiempo de estancia en el Equipo recogiendo datos fue de unas 4 horas/día.

Como ya hemos señalado, uno de los objetivos de los Equipos de Atención Temprana es intentar ser eficaz en la intervención, por tanto, no existe un protocolo único aplicable a todos los niños. Dependiendo de la intervención, del sujeto y de los profesionales que atienden al niño pueden variar los datos que aparecen en el informe. Por estas y otras razones, en los informes de los niños, no se dispone de todos los datos que se han ido extrayendo para esta investigación, lo que ha provocado, como hemos visto, que en cada una de las variables analizadas, el número de sujetos que aparece pueda variar.

Las **variables** que se han extraído, de cada uno de los informes, han sido las siguientes:

Variables relacionadas con los participantes (como ya hemos descrito):

- Sexo: varón o mujer.
- Edad del sujeto en la primera exploración.
- Número de hermanos que tiene el sujeto.
- Lugar que ocupa, en relación a sus hermanos.

Variables familiares:

- Localidad del domicilio familiar: Murcia capital, pedanías de Murcia y otras localidades o municipios son las divisiones propuestas.
- Profesión padre. Estableciendo las siguientes categorías: autónomos, empleados empresa privada, empleados públicos y parados.
- Profesión madre: autónomas, empleadas de empresa privada, empleadas de empresa pública, paradas y trabajo en el hogar familiar.
- Edad del padre y de la madre en el momento del nacimiento del niño.

Otros datos iniciales recogidos por el Equipo de Atención Temprana:

- Procedencia: Servicio (sanitario, social o educativo) o persona que remite al niño, al Equipo de Atención Temprana.
- Programa al que se adscribe: estableciendo tres categorías: Programa de Prevención, Servicio Abierto y Escolarización.
- Causa de la intervención: Principal razón que lleva a derivar al niño al equipo, apareciendo las siguientes: prematuridad, problemas sanitarios, problemas sensoriales, dificultades motoras, cromosomopatías, retrasos en el desarrollo y otras causas.
- Problemas o situaciones de riesgo asociados a la dificultad principal que puede presentar el niño. Entre otros, se destacan: problemas sanitarios, partos múltiples, problemas sensoriales, problemas motores, cromosomopatías, retrasos en el desarrollo, etc.
- Tipo de riesgo, donde las categorías posibles son: Patología Evidente, Riesgo Biológico y Riesgo Socioambiental.

Datos provenientes de pruebas y cuestionarios de evaluación:

- Escalas Bayley de desarrollo infantil (BSID-II): Las variables han sido seleccionadas en dos momentos temporales: primera y última evaluación. En cada una de las exploraciones se han recogido los siguientes datos:
 - o Índice Desarrollo Mental (IDM)
 - o Índice Desarrollo Motor (IDP)
 - o Edad Equivalente Mental (EEM)
 - o Edad Equivalente Motora (EEP).

Otros datos que aparecen en los informes:

- Diagnóstico Psicoevolutivo o del desarrollo.
- Otras alteraciones que pudiera presentar
- Derivación del sujeto a otros servicios, pruebas y/o tratamientos
- Escolarización:

- Inicial: Edad inicial en que se escolariza, Modalidad (ordinaria, ordinaria con apoyos o aula específica) y tipo de centro (Escuela Infantil pública o privada)
- Posterior: Modalidad de escolarización (ordinaria, ordinaria con apoyos o específica) y tipo de centro (ordinario, aula abierta o centro específico)
- Número de seguimientos realizados por parte del EAT
- Pautas dadas a las familias: verbales, escritas o ambas.
- Tipo de tratamiento recibido por parte del niño. Las categorías posibles son: sin tratamiento, tratamiento global, logopedia, fisioterapia y varios tratamientos simultáneos.

5.6 Instrumentos

Escalas de Evaluación del desarrollo infantil Bayley segunda edición BSID-II (Bayley, 1993). Consisten en un conjunto estandarizado de escalas de evaluación, diseñadas para valorar a los niños desde 1 a 42 meses de edad, estructuradas en tres partes complementarias del desarrollo: mental, psicomotor y comportamental. Pretende obtener una valoración lo más completa posible del desarrollo del niño así como un medio de compararlo frente a otros niños de su misma edad. Los ítems se distribuyen en un orden creciente de dificultad, lo que representa la concepción de un proceso madurativo de las capacidades en el desarrollo cognitivo y motor.

Cada escala dispone de su propia hoja de registro. La escala mental contiene 178 ítems y la escala motora 111. Además, complementariamente existen 30 ítems adicionales, que se valoran en una escala de 5 puntos, en la hoja de registro del comportamiento donde el examinador valora el comportamiento del niño durante la administración de las escalas, aunque este no será objeto de análisis en esta tesis.

La escala mental evalúa, concretamente, la agudeza sensorio-perceptiva, discriminación y capacidad de respuesta a estímulos, la adquisición temprana de la permanencia (constancia) del objeto y de la memoria, el aprendizaje y capacidad de resolución de problemas, las vocalizaciones al comienzo de la comunicación verbal, y la capacidad temprana para generalizar y clasificar.

Por su parte, la escala psicomotora evalúa el grado de control del cuerpo, la coordinación de las grandes masas musculares y la habilidad manipulativa de manos y dedos.

El tiempo en que se administra esta prueba suele oscilar entre 30 minutos para niños menores de 15 meses de edad y, aproximadamente, una hora para niños con más de 15 meses, en función del número y grado de complejidad de los elementos que se apliquen, así como de la vivacidad del niño para responder. En general, cuanto mayor es el niño más tiempo ocupa su valoración, pero se recomienda no emplear en la misma más de una hora. La información que proporciona inicialmente este conjunto de escalas es la de un índice de desarrollo mental, un índice de desarrollo motor (con una media de 100 y una desviación típica de 15), y una edad de desarrollo equivalente en las escalas mental y motora respectivamente. Los índices de fiabilidad de cada una de las pruebas son respectivamente de .87 para la escala mental y de .78 para la escala psicomotora

5.7 Análisis estadísticos

Para el análisis de los resultados se ha utilizado el paquete estadístico informatizado SPSS, Versión 15. Las pruebas que se han utilizado en los distintos momentos y para las distintas variables analizadas han sido:

- Tablas de frecuencias.
- Tablas de contingencia.
- Análisis de medias y desviaciones típicas.
- Pruebas *chi* cuadrado
- Análisis de varianza (ANOVA)
- Comparaciones post-hoc por el método de Bonferroni
- Pruebas de Mann-Whitney

Capítulo 6

Resultados

Para abordar la exposición de los resultados obtenidos con nuestros datos, en primer lugar haremos un análisis descriptivo de las variables referidas y, posteriormente, expondremos los resultados de los análisis efectuados con el fin de comprobar cada una de las hipótesis generales y específicas planteadas en este estudio.

6.1 Análisis descriptivo

El análisis descriptivo lo efectuaremos de las siguientes variables:

- Programa al que se adscriben los niños.
- Procedencia.
- Causa de la Intervención.
- Problemas asociados.
- Tipo de riesgo.
- Nivel psicoevolutivo o de desarrollo.
- Otro diagnóstico.
- Derivación a tratamiento o intervención especializada.
- Escolarización inicial.
- Escolarización posterior.
- Número de seguimientos.
- Pautas.
- Tratamiento principal.

6.1.1. Programa al que se adscriben los niños

En todos los expedientes analizados se dispone de este dato y podemos observar que, prácticamente, la mitad de los niños (49,2%) se adscriben al programa de Servicio Abierto. Recordemos que las características de los participantes en este programa, suelen ser sujetos mayores de dos años, remitidos por escuelas infantiles, centros de

Salud o por parte de la población, en general, por haberse observado algún problema o retraso en el desarrollo. Estos sujetos son evaluados por parte del EAT, diagnosticados y, si es preciso, seguidos, orientados, derivados a tratamiento y/o propuestos para alguna modalidad de escolarización.

También un número importante de niños (37,5%) se vinculan al Programa de Prevención. Tal y como apuntamos en el capítulo cuatro, los niños asignados a este programa, tienen menos de dos años y presentan algún factor de riesgo que hace necesario realizar una intervención consistente en una evaluación inicial, un seguimiento y, caso de ser necesario, la derivación a pruebas específicas, tratamiento y/o escolarización en el Primer Ciclo de Educación Infantil en la modalidad más aconsejable, en función de la situación del niño y su entorno.

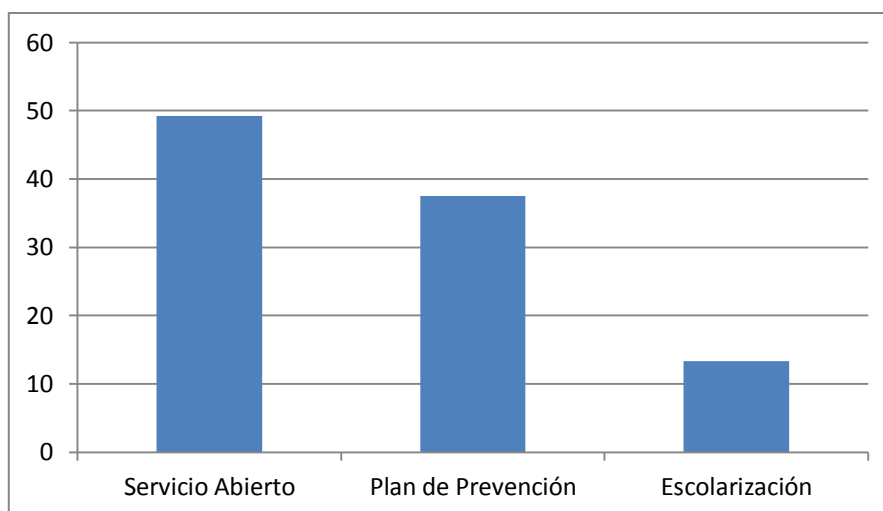
El resto de sujetos (13,3%) son adscritos al Programa de Escolarización. Estos niños suelen presentar un problema o retraso en el desarrollo manifiesto y son remitidos al equipo para realizar la propuesta de escolarización, generalmente en el Segundo Ciclo de Educación Infantil, así como definir los apoyos que precisan.

En la tabla 6.1 y gráfica 6.2 se encuentran los datos relacionados con esta variable.

Tabla 6.1 Frecuencias y porcentajes para el Programa al que se adscribe el niño

		Frecuencia	Porcentaje
Válidos	Servicio Abierto	148	49,2
	Plan de prevención	113	37,5
	Escolarización	40	13,3
	Total	301	100,0
	No datos	0	
Total		301	

RESULTADOS



Gráfica 6.1 Distribución porcentajes en función del Programa al que se adscribe

6.1.2. Procedencia

En este apartado trataremos de conocer qué servicio remite, con mayor frecuencia, a los niños y sus familias, al Equipo de Atención Temprana. Debemos señalar que, a excepción de dos expedientes donde no consta este dato, en el resto de los informes si disponemos del mismo.

Nuestros resultados indican que, aproximadamente, algo más de la mitad de los niños que llegan al EAT (51,9%) provienen de los Servicios Sanitarios en conjunto, siendo los Centros de Salud quienes remiten un mayor número de sujetos (el 24,1%), seguidos de los Servicios de Neonatología (17,4%) y otros servicios Sanitarios: Neurología Infantil, Cirugía cardiovascular, Otorrinolaringología, Oftalmología y Centros de Salud Mental (10,4%). Los servicios educativos, en concreto las Escuelas Infantiles, remitieron al equipo el 21,7 % de los sujetos. Las Asociaciones de Padres de niños con diversos problemas y los Centros de Desarrollo Infantil y Atención Temprana el 14,7%. Los padres, por iniciativa particular, acuden al Equipo de Atención Temprana en un 7,4% de las ocasiones, los Servicios Sociales aportan un 4,3% de la muestra de sujetos (véase tabla 6.2 y gráfica 6.2).

Tabla 6.2 Frecuencias y porcentajes para Procedencia

		Frecuencia	Porcentaje
Válidos	Neonatología	52	17,4
	Centro de Salud	72	24,1
	Otros servicios sanitar.	31	10,4
	Escuela Infantil	65	21,7
	Servicios Sociales	13	4,3
	CDIAT/Asociación	44	14,7
	Padres	22	7,4
	Total	299	100,0
	No datos	2	
Total		301	

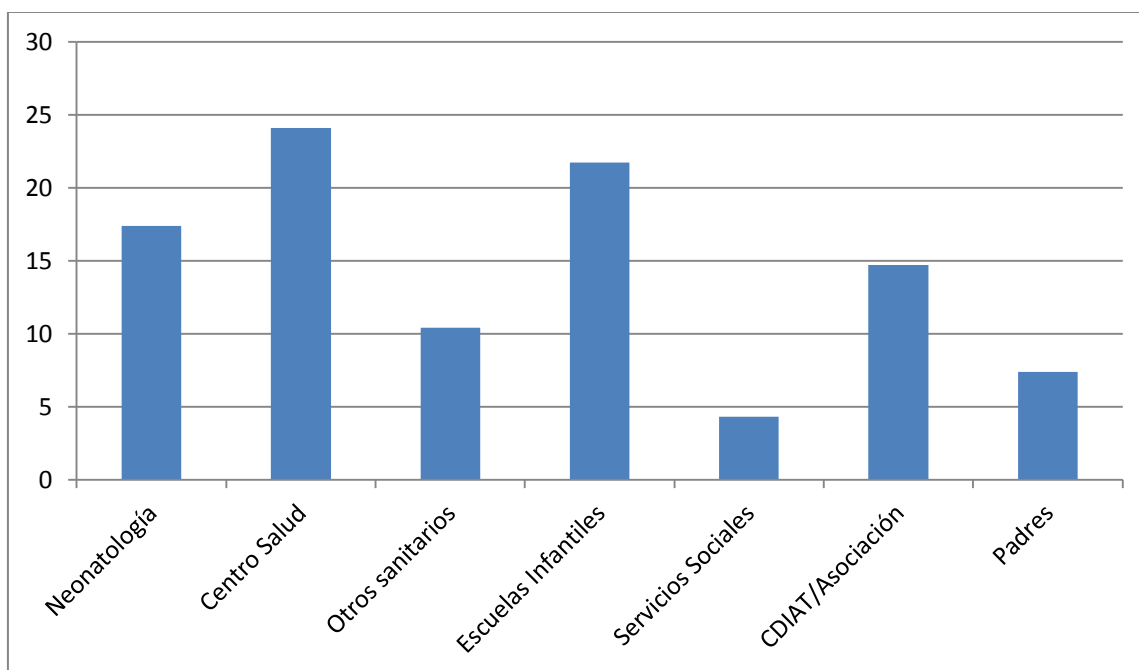


Gráfico 6.2 Distribución de porcentajes en función de la Procedencia

6.1.3. Causa/Motivo de la solicitud de intervención

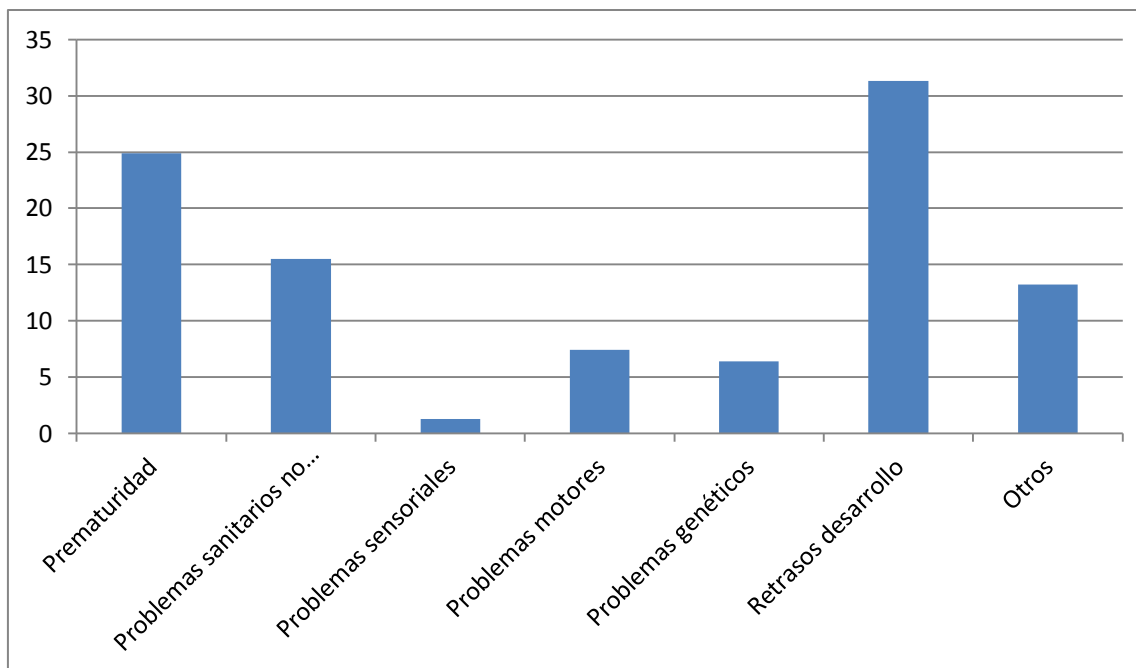
En cuanto a las principales razones por las que las familias acuden al Equipo, encontramos que, a excepción de cuatro sujetos, en todos los demás informes se dispone

RESULTADOS

de ese dato. Como puede observarse en la tabla 6.3 y apreciarse en la gráfica 6.3, que aparece a continuación, la mayor parte de los niños (31,3%) presentan retraso en el desarrollo. En un 24,9% de sujetos el motivo es la prematuridad, un 15,5 % de los niños presentan otros problemas de tipo sanitario. Los niños con problemas motóricos, sensoriales y genéticos constituyen el 15,1% del total. Por último, los niños que presentan “otras causas” como motivo de la intervención, suponen el 13,2% de la muestra, dentro de las cuáles podemos destacar: problemas de comportamiento o conducta, conductas extrañas (estereotipias, balanceos), problemas de relación social, mutismo, etc.

Tabla 6.3 Frecuencias y porcentajes para el Motivo principal intervención

		Frecuencia	Porcentaje
Válidos	Prematuridad	74	24,9
	Problemas médicos y/o sanitarios no especificados	46	15,5
	Problemas sensoriales	4	1,3
	Problemas motores	22	7,4
	Problemas genéticos	19	6,4
	Retrasos en el desarrollo	93	31,3
	Otros	39	13,2
	Total	297	100,0
	No datos	4	
Total		301	



Gráfica 6.3 Distribución de porcentajes en función del Motivo principal de intervención

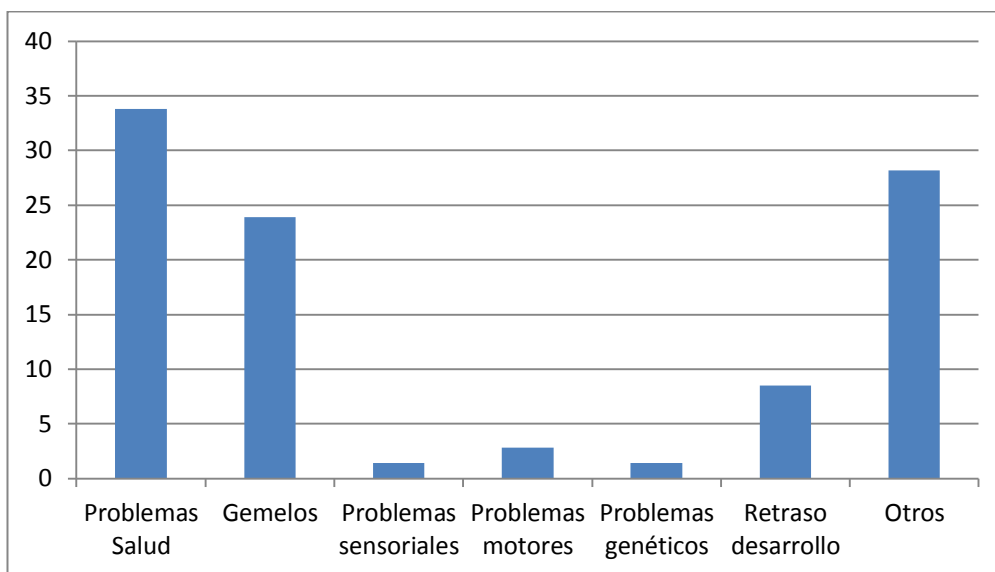
6.1.4. Problemas o riesgos asociados

Del total de casos estudiados, en 71 de ellos se dispone de otro dato relacionado con otros problemas o riesgos secundarios que puede presentar el niño. Así, además del problema principal, un 33,8% de los sujetos presentan otros problemas sanitarios, un 23,9% nacieron en parto múltiple, el 8,5% presenta retraso en el desarrollo, el 5,6% presentan problemas sensoriales, motóricos o genéticos y, por último, un 28,2 % presentan otros problemas asociados, no especificados (véase tabla 6.4 y gráfica 6.4).

Tabla 6.4 Frecuencias y porcentajes para Problemas o riesgos asociados

		Frecuencia	Porcentaje
Válidos	Prob Sanitario	24	33,8
	Parto múltiple	17	23,9
	Prob Sensoriales	1	1,4
	Prob motores	2	2,8
	Prob Genéticos	1	1,4
	Retraso Desarrollo	6	8,5
	Otros	20	28,2
	Total	71	100,0
	No datos	230	
Total		301	

RESULTADOS



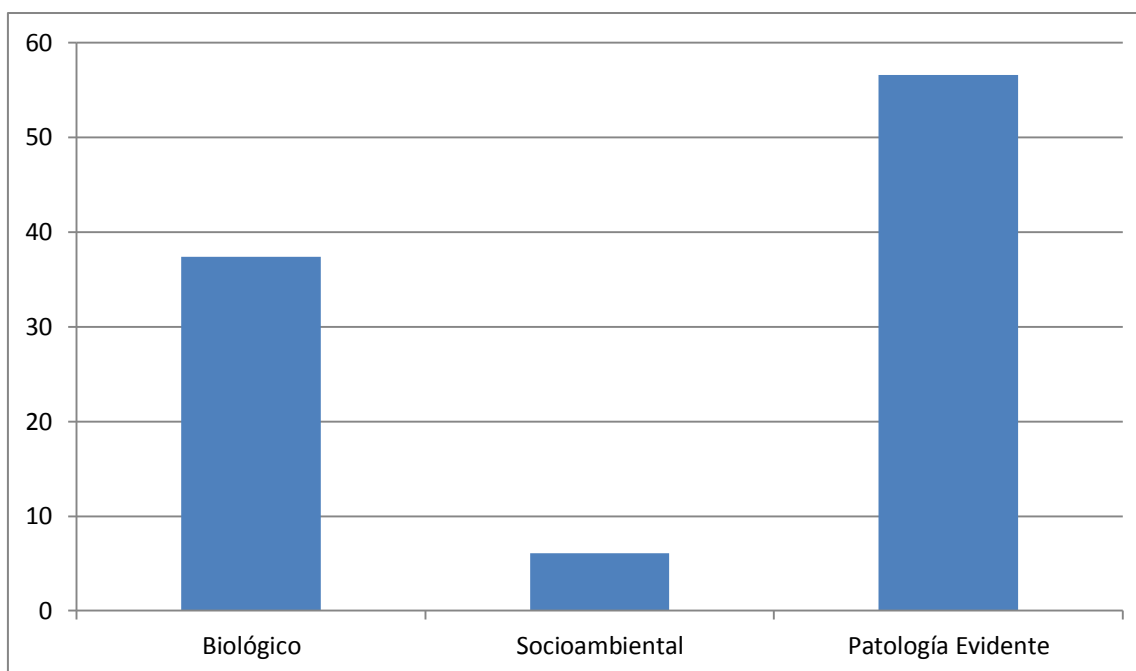
Gráfica 6.4 Distribución porcentajes en función de los Problemas o riesgos asociados

6.1.5. Tipo de riesgo

Otro dato que suele aparecer en la mayoría de los informes, concretamente en 297 casos de 301 posibles, se refiere al tipo de riesgo que presenta el niño. En la mayor parte de los casos estudiados, el niño presenta una Patología Evidente y diagnosticada (56,6% de los casos). En un 37,4% de los casos se observa un factor de Riesgo Biológico, mientras que el 6,1 % presenta Riesgo Socioambiental (tabla 6.5 y gráfica 6.5).

Tabla 6.5 Frecuencias y porcentajes para Tipo riesgo

		Frecuencia	Porcentaje
Válidos	Biológico	111	37,4
	Patol. Evidente	168	56,6
	Socioambiental	18	6,1
	Total	297	100,0
	No datos	4	
Total		301	



Gráfica 6.5 Distribución porcentajes en función del Tipo de riesgo

6.1.6. Nivel Psicoevolutivo o del desarrollo en la última evaluación

En 278 casos de los 301 revisados (92,4%), estaba registrado el diagnóstico psicoevolutivo, en base a distintas medidas, valoradas al final del proceso de intervención.

Para llevar a cabo este diagnóstico psicoevolutivo, el Equipo de Atención Temprana tiene en cuenta los criterios establecidos por la Asociación Americana para el Retraso Mental (Luckasson y cols., 2002), de tal forma que, además de las puntuaciones observadas en pruebas psicométricas, se tiene en cuenta la conducta adaptativa del niño.

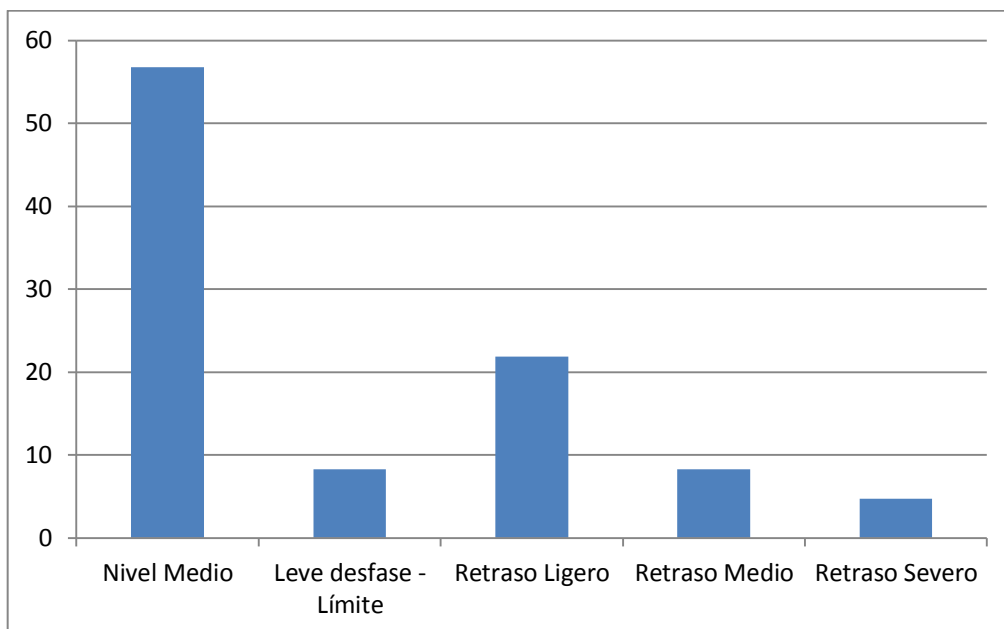
- El 56,8% de los sujetos presentan niveles que se sitúan dentro de la media de la población.
- El 8,3% de los niños presentan un diagnóstico que los sitúa entre el nivel que se encuentra por debajo de la media y el caso Límite.
- El 21,9% de los niños presentan un retraso de tipo Ligero.
- Un 8,3% de los casos analizados presentan un retraso de tipo Medio.
- El 4,7% restante presentan niveles de retraso Severo.

En la tabla 6.6 y gráfica 6.6 pueden apreciarse los diferentes datos.

RESULTADOS

Tabla 6.6 Frecuencias y porcentajes para Diagnóstico Nivel psicoevolutivo

		Frecuencia	Porcentaje
Válidos	Nivel medio	158	56,8
	Leve desfase - Límite	23	8,3
	Retraso ligero	61	21,9
	Retraso medio	23	8,3
	Retraso severo	13	4,7
	Total	278	100,0
	No datos	23	
Total		301	



Gráfica 6.6 Distribución de porcentajes Diagnóstico nivel psicoevolutivo

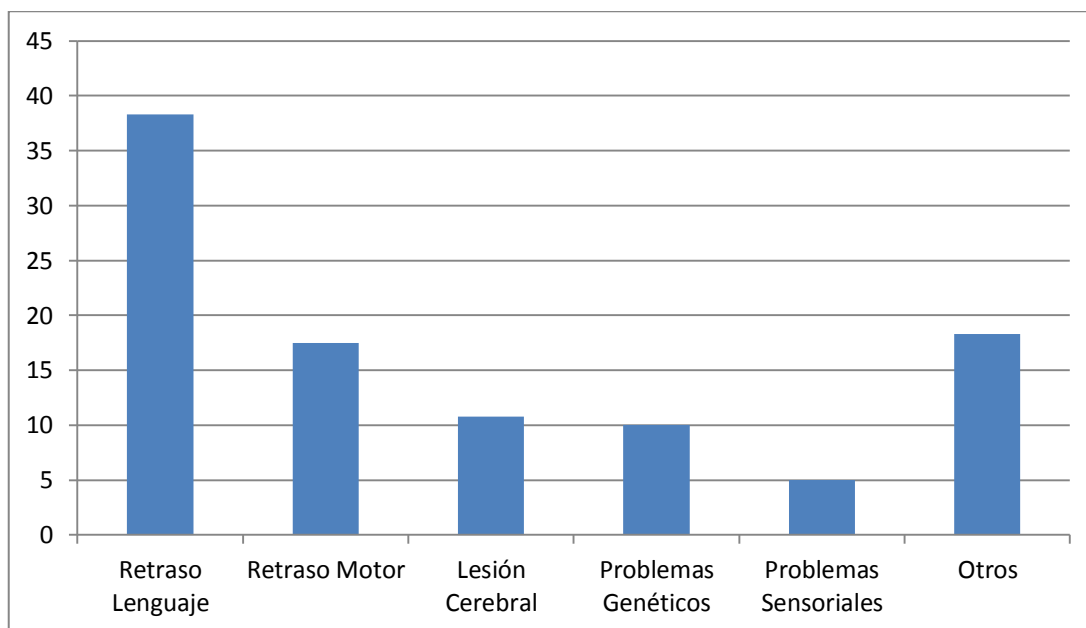
6.1.7. Diagnóstico psicoevolutivo

Además de los niveles psicoevolutivos, 120 de los sujetos (40%) presentan en el informe un diagnóstico determinado. De estos, el 38,3% presentan retraso de lenguaje, el 17,5% presentan un retraso motor, el 10,8% presentan algún tipo de lesión cerebral, un 10% de los niños presentan algún problema genético, en el 5% de ellos se observan

problemas sensoriales; por último, en un 18,3% existen otros problemas de baja prevalencia (tabla 6.7 y gráfica 6.7).

Tabla 6.7 Frecuencias y porcentajes para el Diagnóstico

		Frecuencia	Porcentaje
Válidos	Retraso lenguaje	46	38,3
	Retraso motor	21	17,5
	Lesión cerebral	13	10,8
	Problemas genéticos	12	10,0
	Problemas sensoriales	6	5,0
	Otros	22	18,3
	Total	120	100,0
	No datos	181	
Total		301	



Gráfica 6.7 Distribución de porcentajes en función del Diagnóstico

6.1.8. Derivación a tratamiento o intervención especializada

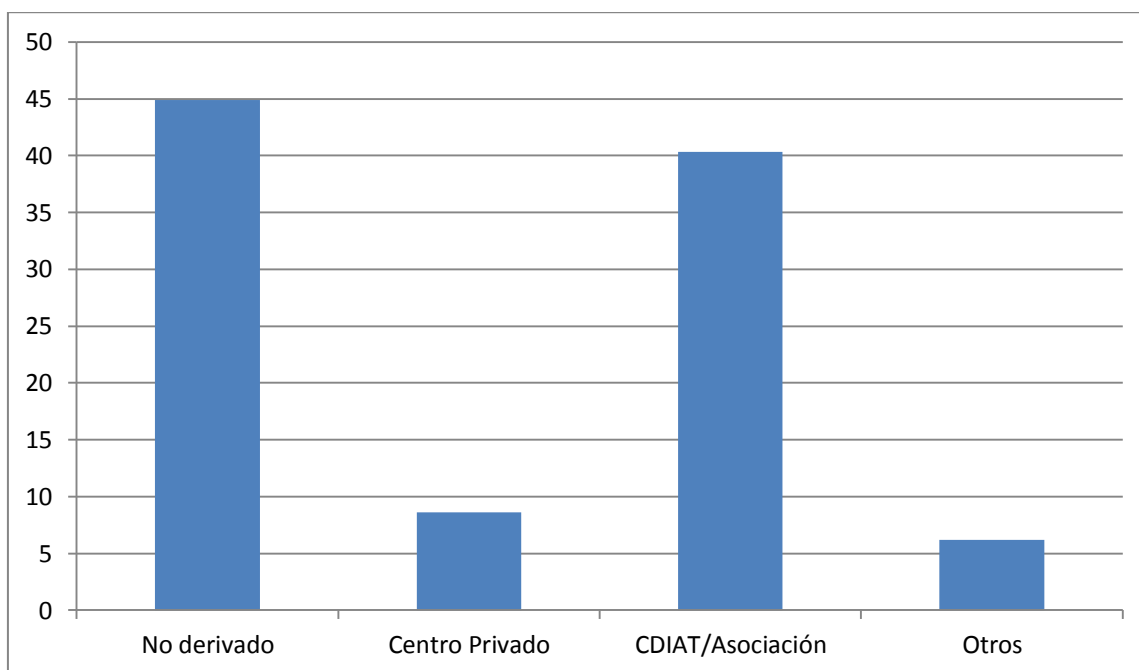
Un 44,9% de los niños no precisan de tratamiento directo, mientras que más de la mitad de los casos estudiados (55,1%) son derivados por parte del Equipo de Atención Temprana a otros servicios. El 40,3% de estos sujetos se derivan a

RESULTADOS

Asociaciones subvencionadas de padres de niños que presentan algún problema, o a Centros de Desarrollo Infantil y Atención Temprana (CDIAT) para recibir el tratamiento más adecuado. El 8,6% de los sujetos son derivados a tratamiento en centros privados. Por último, el 6,2% de los niños son remitidos a otro tipo de servicios, en unos casos a otros Equipos de Orientación Educativa y Psicopedagógica y, en otros casos, para la realización de diversas pruebas (neurológicas, visuales y auditivas). En la tabla 6.8 y gráfica 6.8 que aparecen a continuación puede observarse la distribución de los datos.

Tabla 6.8 Frecuencia y porcentaje para Derivación

		Frecuencia	Porcentaje
Válidos	No derivado	109	44,9
	Centro Privado	21	8,6
	CDIAT/Asociación	98	40,3
	Otros	15	6,2
	Total	243	100,0
	No datos	58	
Total		301	



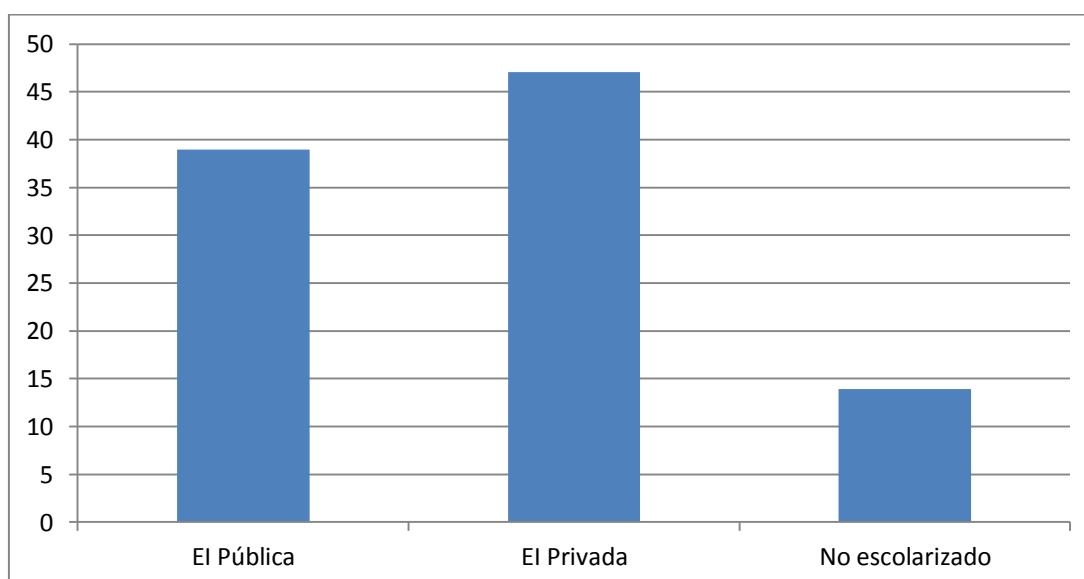
Gráfica 6.8 Distribución de porcentajes para Derivación

6.1.9. Escolarización inicial

La mayor parte de los informes (86%) presentaban la información referida a la escolarización inicial del niño en el Primer Ciclo de Educación Infantil. En las tablas 6.9a y 6.9b, así como en las gráficas 6.9a y 6.9b pueden observarse los resultados. El 39% de los sujetos son escolarizados en escuelas infantiles públicas: de éstos, el 19,3% de los niños se escolarizan por vía ordinaria, el 16,8% se escolarizan en el programa de integración, mientras que el 3,9% de los sujetos son escolarizados en aulas específicas de Escuelas Infantiles. Un 47,1% de niños acuden a Escuelas Infantiles privadas. Por último, cabe destacar que el 13,9% de los niños no son escolarizados en este ciclo de Educación Infantil.

Tabla 6.9a Frecuencias y porcentajes para Tipo de escolarización inicial

		Frecuencia	Porcentaje
Válidos	E.I. pública	101	39,0
	E.I. privada	122	47,1
	No escolarizado	36	13,9
	Total	259	100,0
	No datos	42	
Total		301	

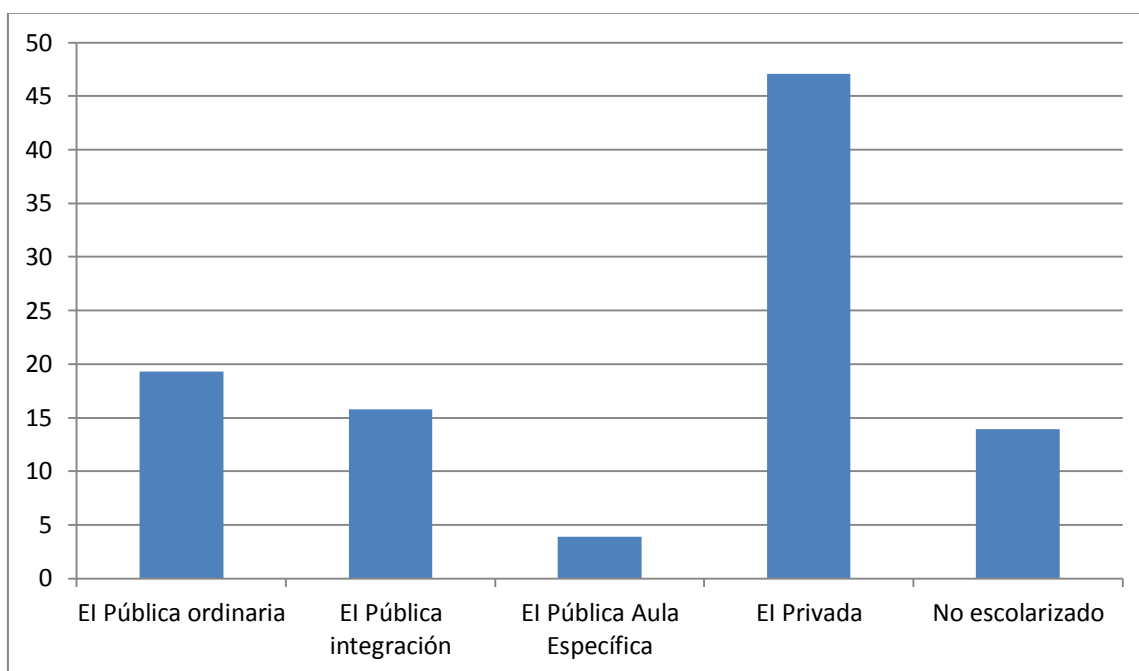


Gráfica 6.9a Distribución de porcentajes para Tipo de escolarización inicial

RESULTADOS

Tabla 6.9b Frecuencias y porcentajes para Tipo de escolarización inicial, según modalidad de escolarización

		Frecuencia	Porcentaje
Válidos	E.I. pública - ordinaria	50	19,3
	E.I. pública - integración	41	15,8
	E.I. pública - Aula específica	10	3,9
	E.I. privada	122	47,1
	No escolarizado	36	13,9
	Total	259	100,0
	No datos	42	
Total		301	



Gráfica 6.9b Distribución de porcentajes para Tipo de escolarización inicial, según modalidad de escolarización

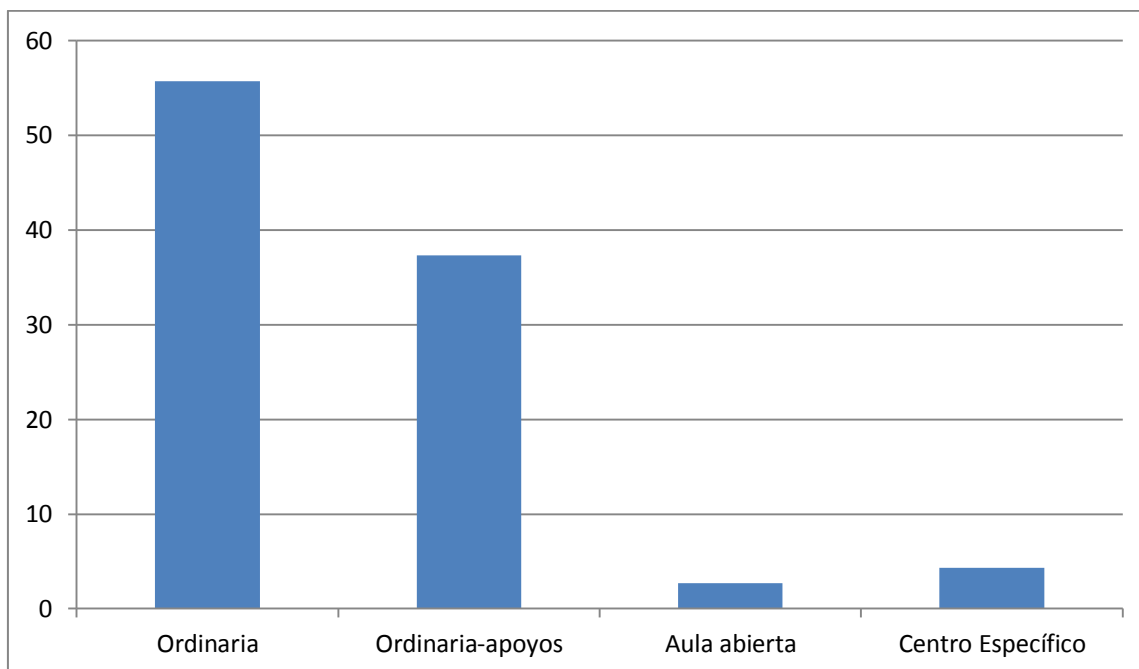
6.1.10. Escolarización posterior

En el 84,7% de los informes de los niños, está recogido el dato relacionado con la escolarización posterior, bien en el 2º ciclo de Educación Infantil o bien en Primaria, frente a un 15,3% de informes, donde no aparece este dato (tabla 6.10 y gráfica 6.10). De los datos disponibles se puede afirmar que la mayoría de los niños son escolarizados

por vía ordinaria (93% de los sujetos), si bien, aproximadamente, un 37,3% de los niños precisan algún tipo de apoyo (logopedia, refuerzo pedagógico, fisioterapia, etc...) en el centro, por lo que se proponen para una escolarización ordinaria con apoyos. El 2,7% de los sujetos se escolarizan en aulas abiertas y, por último, el 4,3% de los niños son escolarizados en un centro específico.

Tabla 6.10 Frecuencias y porcentajes para Escolarización posterior

		Frecuencia	Porcentaje
Válidos	Ordinaria	142	55,7
	Ordinaria con apoyos	95	37,3
	Aula Abierta	7	2,7
	Centro específico	11	4,3
	Total	255	100,0
	No datos	46	
Total		301	



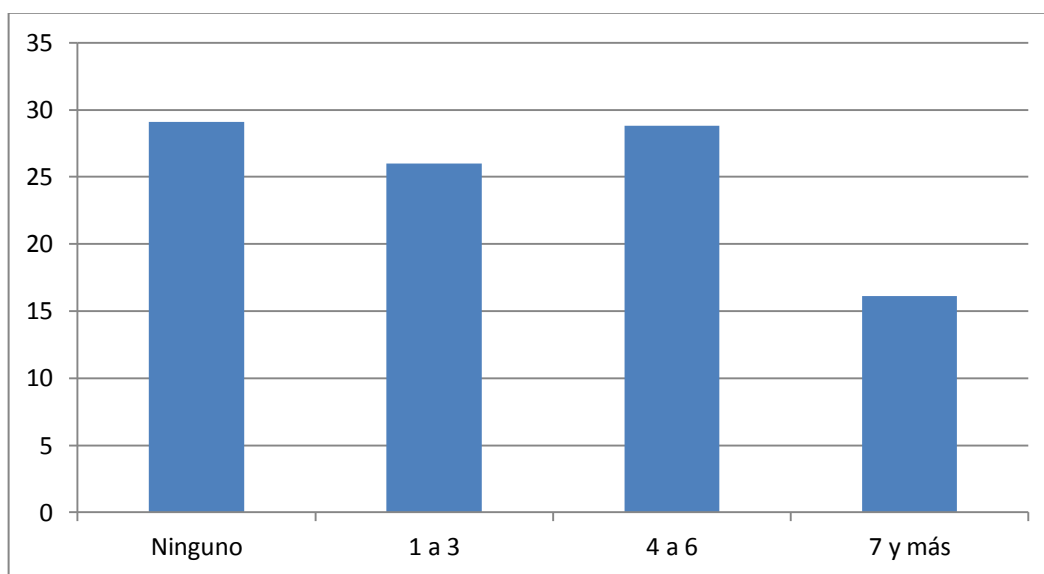
Gráfica 6.10 Distribución porcentajes Escolarización posterior

6.1.11. Número de seguimientos

Otro dato que suele aparecer en los informes es el número de seguimientos que se han ido realizando, en el transcurso del tiempo, por parte del EAT. Solamente en 9 de los casos no se dispone de este dato. El 29,1% de los niños no son seguidos por parte del EAT, en muchos casos porque la intervención se limita a realizar un informe de escolarización o por abandono del programa por parte de los padres. El 26% de los participantes son seguidos entre 1-3 ocasiones, y a un 28,8% de los niños y sus familias, se les realizan entre 4 y 6 seguimientos. Finalmente, el 16,1% de los sujetos son seguidos en 7 o más ocasiones por parte del EAT. En la tabla 6.11 y gráfica 6.11 puede observarse la distribución de los resultados.

Tabla 6.11 Frecuencia y porcentaje para el Número de seguimientos

		Frecuencia	Porcentaje
Válidos	0	85	29,1
	1-3	76	26,0
	4-6	84	28,8
	>7	47	16,1
	Total	292	100,0
	No datos	9	
Total		301	



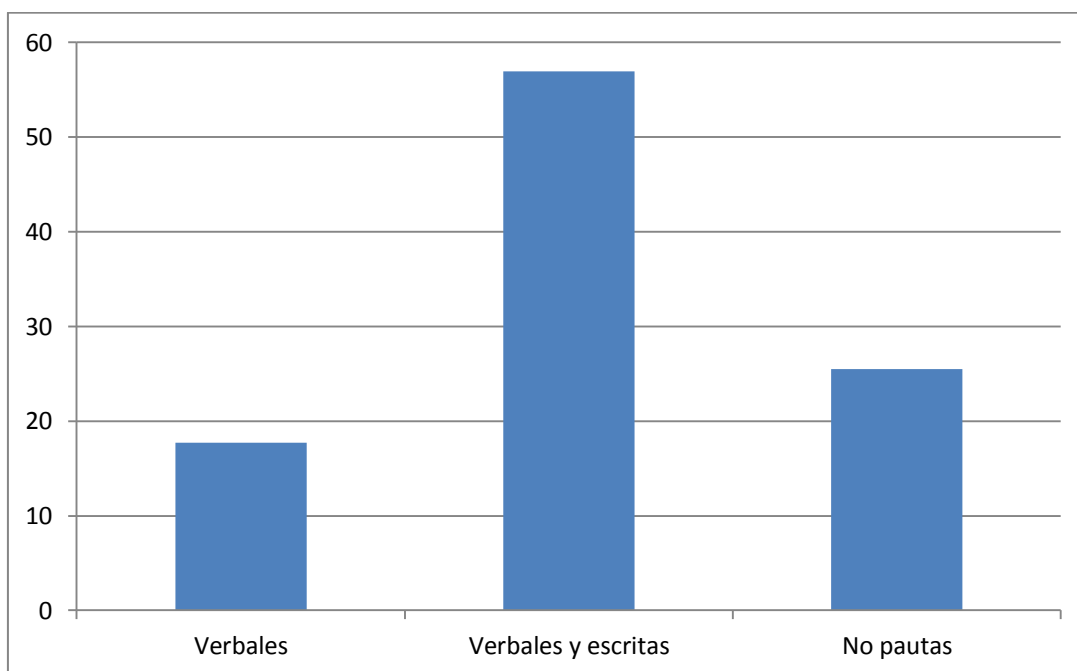
Gráfica 6.11 Distribución porcentajes Número de seguimientos

6.1.12. Pautas

En cuanto a las pautas que se les dan a las familias, el 92,4% de los informes tienen registrado el dato, mientras que el 7,6% no dispone de esa información. El 25,5% de las familias no reciben pautas. La mayoría de las familias tienen pautas tanto verbales como escritas (56,9%), mientras que reciben pautas verbales el 17,6% de las familias (tabla 6.12 y Gráfica 6.12).

Tabla 6.12 Frecuencia y porcentaje para Pautas

		Frecuencia	Porcentaje
Válidos	Verbales	49	17,6
	Verbales y escritas	158	56,9
	Sin pautas	71	25,5
	Total	278	100,0
	No datos	23	
Total		301	



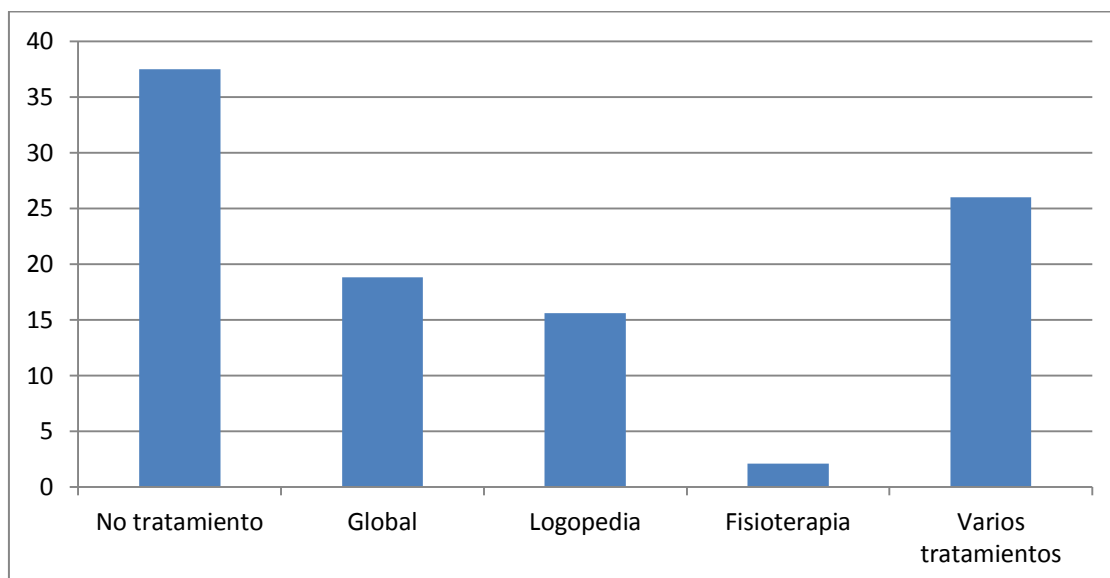
Gráfica 6.12 Distribución de porcentajes de Pautas

6.1.13. Tratamiento principal

Finalmente, respecto del tratamiento principal que reciben los niños podemos afirmar que este dato se dispone en el 63,8% de los casos, mientras que en un 36, 2% no aparece en el informe. De toda la muestra seleccionada, el 37,5% no recibe ningún tipo de tratamiento; un 18,8% recibe tratamiento global, que se refiere a tratamientos que tienen en cuenta la globalidad del niño y los profesionales planifican actividades relacionadas con varias áreas del desarrollo en una misma sesión. El 15,6 % de los sujetos acude a tratamiento logopédico y el 2,1% de los niños recibe fisioterapia. El 26% de los sujetos acuden a varios tratamientos a la vez. En la tabla 6.13 y Gráfica 6.13 aparece la representación de estos datos.

Tabla 6.13 Distribución de frecuencias y porcentajes para Tratamiento principal

		Frecuencia	Porcentaje
Válidos	No tratamiento	72	37,5
	Global	36	18,8
	Logopedia	30	15,6
	Fisioterapia	4	2,1
	Varios tratamientos	50	26,0
	Total	192	100,0
	No datos	109	
Total		301	



Gráfica 6.13 Porcentajes de Tratamiento principal

6.2. Contraste de Hipótesis

A continuación pasamos a exponer los resultados obtenidos, tras los análisis estadísticos efectuados con los datos, para confirmar/refutar las diferentes hipótesis generales y específicas planteadas en la investigación.

El procedimiento que vamos a seguir para la exposición de los resultados es el siguiente: en primer lugar desarrollaremos la idea general relacionada con la hipótesis que se esté tratando en cada momento, a continuación realizaremos los análisis correspondientes con los datos que disponemos, exponiendo los resultados obtenidos en forma de tabla o gráfica y, finalmente, comentaremos estos resultados.

Debemos señalar que para poder comprobar las hipótesis primera y tercera, hemos hallado, en primer lugar, las variables progreso mental y progreso motor, tanto en la evaluación inicial del niño, como en la última evaluación (véase tabla 6.14).

Para la obtención de esta variable hemos aplicado la siguiente fórmula:

$$\text{Progreso} = \frac{\text{Edad Equivalente} - \text{Edad Cronológica o corregida}}{\text{Edad Cronológica o corregida}} * 100$$

En el caso de la Variable progreso Mental hemos utilizado la edad equivalente de la escala Mental de la prueba Bayley y para la variable progreso Motor la edad equivalente es la correspondiente a la escala Motora. Esta variable ha sido utilizada en diversas investigaciones (Sánchez-Caravaca, 2006; Pérez-López y Sánchez-Caravaca, 2008; Pérez-López et al., 2012) y las puntuaciones obtenidas deben interpretarse de la siguiente forma: Si la puntuación final es positiva, nos informa que la edad de desarrollo del niño es superior a la edad en que se tomó la medida. Ante una puntuación negativa, en la prueba correspondiente, podemos interpretar que el desarrollo del niño es inferior a la edad en que se tomó la medida. Por último, una puntuación de cero, o cercana a este valor, indicaría que la edad de desarrollo del niño es aproximadamente la misma en que se tomó la medida.

6.2.1. Hipótesis general primera:

“La Intervención Temprana (IT) produce efectos positivos en las diferentes áreas del desarrollo, en los cuatro primeros años de vida, especialmente en los niños pertenecientes a los programas de Servicio Abierto y Escolarización en el Segundo Ciclo de Educación Infantil.”.

HIPÓTESIS ESPECÍFICA 1.1: “La IT produce efectos beneficiosos en el área cognitiva”.

HIPÓTESIS ESPECÍFICA 1.2: “La IT produce efectos beneficiosos en el área motora”.

Para realizar la comprobación de las Hipótesis específicas se han llevado a cabo dos pruebas de diferencias de medias “t” de Student para muestras relacionadas. Los resultados aparecen en las tablas 6.14 y 6.15.

Tabla 6.14 Estadísticos de muestras relacionadas

		Media	N	Desviación típ.
Par 1	Progreso Mental primera evaluación	-17,8609	105	21,82907
	Progreso Mental última evaluación	-14,4574	105	20,69044
Par 2	Progreso Motor primera evaluación	-17,0320	88	25,66846
	Progreso Motor última evaluación	-19,5905	88	21,51690

Tabla 6.15 Prueba de muestras relacionadas

		Media	Desviación típ.	Error típ. de la media	t	gl	Sig. (bilateral)	Tamaño del efecto Δ
Par 1	Progreso Mental primera evaluación - Progreso Mental última evaluación	-3,403	18,211	1,777	-1,915	104	,058	,18
Par 2	Progreso Motor primera evaluación - Progreso Motor última evaluación	2,558	23,761	2,533	1,010	87	,315	,11

De los resultados obtenidos destacamos, en primer lugar, las diferencias, marginalmente significativas, que hemos hallado en la variable progreso mental, entre la evaluación inicial y la última evaluación. Estas puntuaciones podrían señalar que la intervención temprana puede tener efectos beneficiosos en el desarrollo cognitivo y comunicativo de los niños, dado que el progreso en la segunda evaluación es mayor que en la primera.

Las pruebas estadísticas como la "t" de Student, nos permiten afirmar que existen diferencias entre las medias pero, cada vez más, se recomienda por parte de la comunidad científica, realizar cálculos complementarios que puedan cuantificar cómo es esa diferencia observada entre las variables. Uno de los procedimientos más empleados es el denominado "Tamaño del efecto" (Morales, 2012).

Para ver la relevancia clínica de estos datos, calculamos el tamaño del efecto, a partir de estadístico "δ" de Cohen. Existen varias definiciones aplicables al tamaño del efecto. Cohen (1988) lo define como el grado en que el fenómeno está en la población o, en el contexto de una prueba de significación, el grado en que la hipótesis nula es falsa. Esta misma definición viene recogida en Valera y Sánchez-Meca (1997).

En relación al tamaño del efecto, se considera que puntuaciones entre 0.2-0.5 indican un efecto bajo, entre 0.5-0.8 indican un efecto moderado y una puntuación superior a 0.8 indica un efecto de alta magnitud. En definitiva, el tamaño del efecto nos va a informar si las diferencias observadas tienen una mayor o menor magnitud y, por tanto, si tienen más o menos relevancia clínica.

Así, para profundizar más en esta relación marginal hallamos el tamaño del efecto del progreso mental, cuyo resultado es de 0,18, lo cual indica que el tamaño del efecto no tiene relevancia clínica.

Por otro lado, en relación al progreso motor, las diferencias encontradas en el análisis no son estadísticamente significativas, lo que nos lleva a pensar que los niños no experimentan un progreso destacable, en cuanto al desarrollo motor, debido a la Intervención Temprana. En este caso, también hallamos el tamaño del efecto del progreso motor y el resultado en este caso fue de 0,11 que nos indica que los datos tampoco relevancia clínica.

RESULTADOS

Estos resultados obtenidos con el progreso motor llaman nuestra atención. Realmente esperábamos poder confirmar nuestra hipótesis y obtener mejoras en el desarrollo motor, aunque fuese como tendencia, por el contrario, observamos que los resultados son peores en la última evaluación. Al analizar la muestra observamos que estas puntuaciones podrían deberse al hecho de que existe un grupo de sujetos cuya evolución motora es muy pobre y que se trata de niños gravemente afectados. Para comprobar qué ocurriría en el caso de que este grupo no formara parte de los análisis de la muestra, hemos eliminado las puntuaciones de estos niños, obteniendo los siguientes resultados (tablas 7.16 y 6.17):

Tabla 6.16 Estadísticos de muestras relacionadas depuradas

		Media	N	Desviación típica
Par 1	Progreso Mental primera evaluación	-18,1921	88	20,70065
	Progreso Mental última evaluación	-12,8599	88	18,33603
Par 2	Progreso Motors primera evaluación	-17,1903	73	24,31027
	Progreso Motor última evaluación	-17,9507	73	19,14563

Tabla 6.17 Prueba de muestras relacionadas depurada

		Diferencias relacionadas			t	gl	Sig. (bilateral)	Tamaño del efecto Δ
		Media	Desviación típ.	Error típ. de la media				
Par 1	Progreso Mental primera evaluación - Progreso Mental última evaluación	-5,332	18,649	1,988	-2,682	87	,009	,28
Par 2	Progreso Motors primera evaluación - Progreso Motor última evaluación	,7603	23,978	2,806	,271	72	,787	,032

Como puede observarse, cuando se eliminan aquellos casos de sujetos gravemente afectados (17 en el caso de la variable progreso mental y 15 en la variable progreso motor), obtenemos diferencias estadísticamente significativas en cuanto al progreso mental, lo que nos permite afirmar que los sujetos adscritos a programas de

Intervención Temprana se benefician de las acciones llevadas a cabo, en cuanto a la evolución cognitiva y comunicativa se refiere. Sin embargo, no es posible extraer las mismas conclusiones para la variable progreso motor. En el análisis realizado con la muestra depurada no se observan diferencias significativas en la relación que se establece entre las medias, lo que indica que no se evidencia un progreso motor, entre la evaluación inicial y final de los niños. Aunque en todos los niños se observa una mejora respecto de la situación inicial, parece ser que el ritmo de evolución motora es más lento en el grupo de niños de la muestra seleccionada.

HIPÓTESIS ESPECÍFICA 1.3.: "La Intervención Temprana produce mejores efectos en niños adscritos a los programas de Servicio Abierto y Escolarización en el Segundo Ciclo de Educación Infantil que en los pertenecientes al Programa de Prevención".

Para intentar responder a esta hipótesis se realizarán dos análisis de varianza (ANOVA), uno para el progreso mental y otro para progreso motor de los niños, con dos momentos de medida, el primero de ellos en las pruebas iniciales y el segundo en la prueba final, comparando los servicios a los que se adscriben los sujetos (Servicio Abierto, Plan de Prevención y Escolarización), véase tabla 6.18.

Como podemos observar en las medias de la variable progreso mental y motor, obtenidas en la primera evaluación, existen diferencias significativas entre el grupo de niños que se adscriben al Programa de Prevención respecto de los otros programas (véase tablas 6.18 y 6.19). Concretamente, los sujetos que pertenecen al Programa de Prevención presentan mejores niveles de desarrollo mental y motor que el resto. Sin embargo estas diferencias desaparecen a lo largo de la intervención, no observándolas, de modo significativo, en las evaluaciones finales mental y motoras (tablas 6.19 y 6.20 y gráficas 6.14a y 6.14b). Estos datos parecen sugerir que el trabajo que se realiza con los niños y familias del Servicio Abierto y del Programa de Escolarización hace que los niños avancen y se igualen a los del grupo perteneciente al Programa de Prevención, tras los tratamientos o intervenciones, siendo estos niveles de progreso bastante normalizados, aunque un poco por debajo de la media de la población. Por tanto se confirmaría la hipótesis inicial de que obtienen mayores beneficios de la AT los niños que se adscriben a los programas de Servicio Abierto y al Programa de Escolarización

RESULTADOS

que los pertenecientes al Programa de Prevención. Ahora bien, estos datos deben tomarse con ciertas precauciones, sobre todo los relativos al grupo de escolarización en la evaluación final, porque solamente se evalúan 6 sujetos en cuanto al progreso mental y 5 sujetos respecto del progreso motor.

Tabla 6.18 Descriptivos Progreso Mental, Motor y Programa al que se adscribe

		N	Media	Desviación típica
Progreso Mental primera evaluación	Servicio Abierto	94	-23,4453	21,86043
	Plan de prevención	98	-13,3434	21,81055
	Escolarización	24	-33,9898	20,43664
	Total	216	-20,0336	22,65482
Progreso Mental última evaluación	Servicio Abierto	34	-17,9647	19,29401
	Plan de prevención	65	-11,6001	20,89636
	Escolarización	6	-25,5375	22,82829
	Total	105	-14,4574	20,69044
Progreso Motor primera evaluación	Servicio Abierto	72	-27,6559	24,53510
	Plan de prevención	91	-13,1691	25,38655
	Escolarización	22	-34,4621	23,23030
	Total	185	-21,3394	26,04462
Progreso Motor última evaluación	Servicio Abierto	29	-23,9738	19,96851
	Plan de prevención	60	-16,9892	21,97963
	Escolarización	5	-16,5475	17,41853
	Total	94	-19,1205	21,21834

Tabla 6.19 Anova Progreso Mental, Motor y Programa al que se adscribe

		Suma de cuadrados	gl	Media cuadrática	F	Sig.
Progreso Mental primera evaluación	Inter-grupos	10155,121	2	5077,560	10,795	,000
	Intra-grupos	100191,679	213	470,383		
	Total	110346,800	215			
Progreso Mental última evaluación	Inter-grupos	1685,505	2	842,753	2,007	,140
	Intra-grupos	42836,295	102	419,964		
	Total	44521,800	104			
Progreso Motor primera evaluación	Inter-grupos	12735,800	2	6367,900	10,341	,000
	Intra-grupos	112075,487	182	615,799		
	Total	124811,287	184			
Progreso Motor última evaluación	Inter-grupos	988,733	2	494,367	1,100	,337
	Intra-grupos	40881,535	91	449,248		
	Total	41870,269	93			

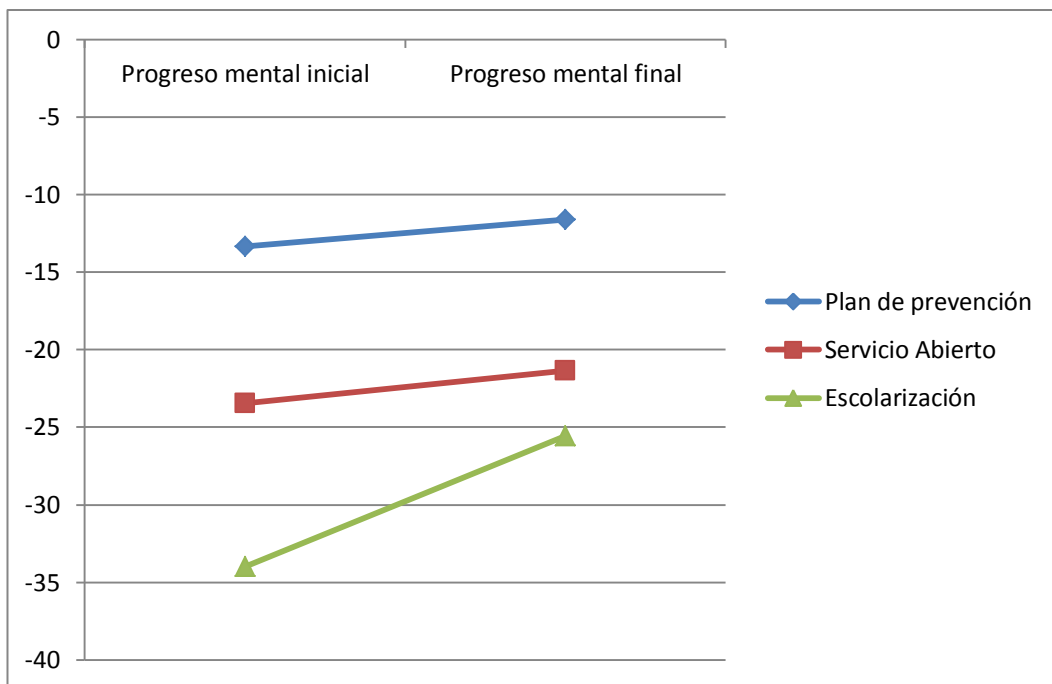
ATENCIÓN TEMPRANA DESDE UNA PERSPECTIVA EDUCATIVA: "ANÁLISIS DE LA POBLACIÓN ATENDIDA POR UN EQUIPO DE ORIENTACIÓN EDUCATIVA Y PSICOPEDAGÓGICA"

Tabla 6.20 Comparaciones post hoc método de Bonferroni

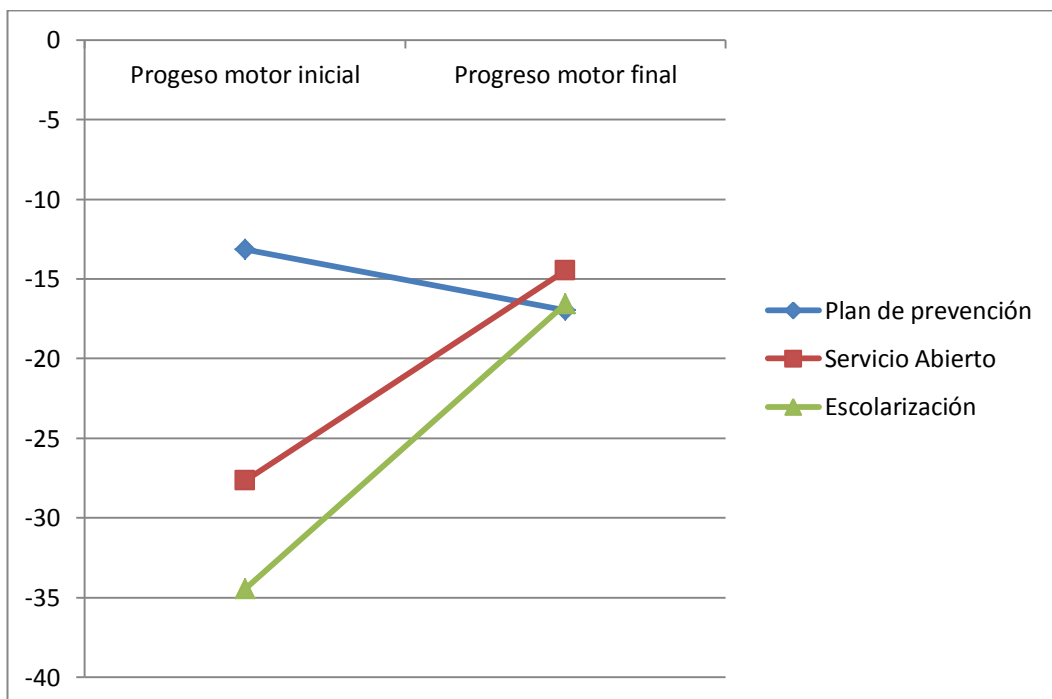
Variable dependiente	(I) Programa al que se adscribe	(J) Programa al que se adscribe	Diferencia de medias (I-J)	Error típico	Sig.
Progreso Mental primera evaluación	Servicio Abierto	Plan de prevención	-10,10191(*)	3,13112	,004
		Escolarización	10,54450	4,96018	,104
	Plan de prevención	Servicio Abierto	10,10191(*)	3,13112	,004
		Escolarización	20,64641(*)	4,93955	,000
	Escolarización	Servicio Abierto	-10,54450	4,96018	,104
		Plan de prevención	-20,64641(*)	4,93955	,000
Progreso Mental última evaluación	Servicio Abierto	Plan de prevención	-6,36455	4,33738	,436
		Escolarización	7,57281	9,07446	1,000
	Plan de prevención	Servicio Abierto	6,36455	4,33738	,436
		Escolarización	13,93736	8,74385	,342
	Escolarización	Servicio Abierto	-7,57281	9,07446	1,000
		Plan de prevención	-13,93736	8,74385	,342
Progreso Motor primera evaluación	Servicio Abierto	Plan de prevención	-14,48682(*)	3,91405	,001
		Escolarización	6,80618	6,04513	,785
	Plan de prevención	Servicio Abierto	14,48682(*)	3,91405	,001
		Escolarización	21,29300(*)	5,89558	,001
	Escolarización	Servicio Abierto	-6,80618	6,04513	,785
		Plan de prevención	-21,29300(*)	5,89558	,001
Progreso Motor última evaluación	Servicio Abierto	Plan de prevención	-6,98461	4,79362	,446
		Escolarización	-7,42633	10,26357	1,000
	Plan de prevención	Servicio Abierto	6,98461	4,79362	,446
		Escolarización	-,44172	9,86595	1,000
	Escolarización	Servicio Abierto	7,42633	10,26357	1,000
		Plan de prevención	,44172	9,86595	1,000

(*) La diferencia de medias es significativa al nivel .05.

RESULTADOS



Gráfica 6.14a Diferencias entre el progreso mental inicial y final en función de la adscripción a un programa determinado



Gráfica 6.14b Diferencias entre el progreso motor inicial y final en función de la adscripción a un programa determinado

En resumen, nuestros resultados parecen indicar que la Intervención Temprana puede producir efectos positivos en el desarrollo mental y, en menor medida, en el desarrollo motor. Además, los niños que son seguidos a través del programa de

“Prevención”, mantienen sus niveles de desarrollo durante la intervención y los niños que se adscriben a los programas “Servicio Abierto” y “Escolarización” mejoran su competencia mental y motora a lo largo de la intervención.

6.2.2. Hipótesis general segunda

“Los Servicios Sanitarios detectan un mayor número de niños que presentan, o pueden presentar, problemas en su desarrollo, frente al resto de servicios y las familias”.

Para comprobar esta hipótesis general, se establecieron dos hipótesis específicas y, para llevar a cabo la comprobación de las hipótesis específicas, efectuaremos, en primer lugar, tablas de contingencia y, posteriormente, pruebas de χ^2 .

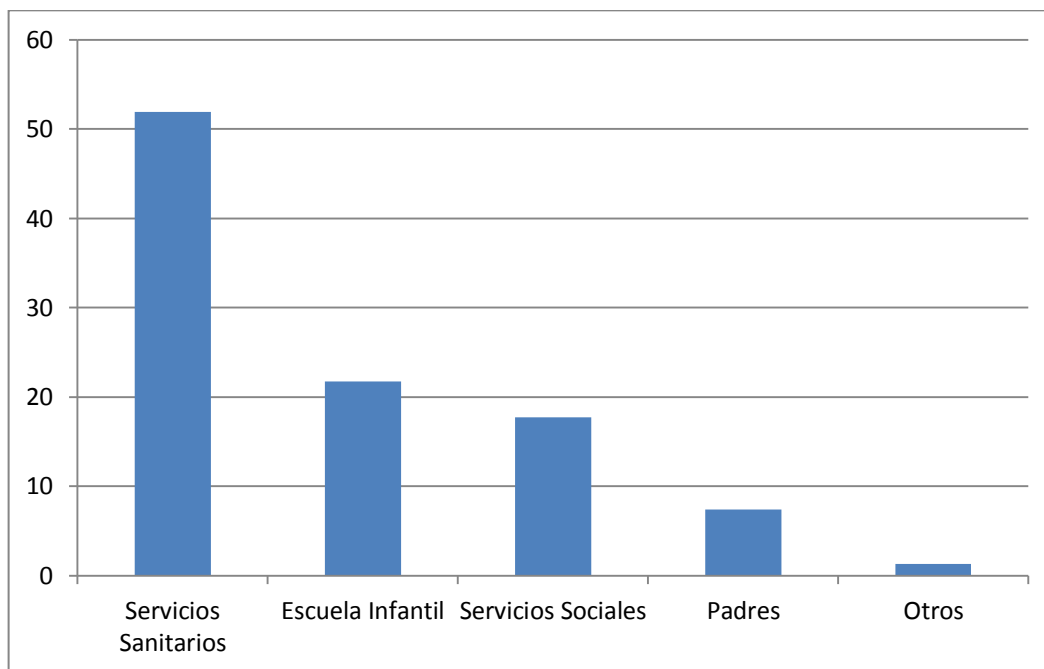
HIPÓTESIS ESPECÍFICA 2.1: “Los servicios sanitarios detectan más niños susceptibles de Intervención Temprana que los servicios educativos, los servicios sociales y los padres”.

En la Tabla 6.21 y gráfica 6.15 puede observarse, en la columna porcentaje, que los servicios sanitarios realizan con mayor frecuencia la remisión de niños al Equipo de Atención Temprana. Concretamente, más de la mitad proceden de estos servicios, frente a la Escuela Infantil que remite un 21,7% de sujetos, los Servicios Sociales (que incluyen también a niños derivados por asociaciones de padres) con el 17,7% y, por último, los padres con un 7,4 % de casos.

Tabla 6.21 Procedencia Sanitarios-resto

		Frecuencia	Porcentaje
Válidos	Servicios sanitarios	155	51,9
	Escuela Infantil	65	21,7
	Servicios Sociales	54	17,7
	Padres	22	7,4
	Otros	4	1,3
	Total	299	100,0
	No datos	2	
Total		301	

RESULTADOS



Gráfica 6.15 Distribución porcentaje procedencia niños

En el análisis realizado mediante la prueba de χ^2 existen diferencias significativas ($\chi^2_{(5)} = 313,421$; $p=,000$) entre las distintas variables observadas, pero no sabemos exactamente si se confirma la hipótesis planteada de que los servicios Sanitarios derivan más niños al Equipo de Atención Temprana que el resto. Para ello, se realizaron otros análisis más específicos con pruebas no paramétricas de Chi-cuadrado, con el fin de comprobar si los Servicios Sanitarios son los que derivan mayor número de niños de forma significativa. Así, comparamos los niños remitidos por los Servicios Sanitarios con cada uno del resto de los servicios, obteniendo los datos que comentaremos a continuación. Para estos análisis el valor de significación estadística será establecido a partir de un número menor que $\frac{0.05}{2}$, por tanto todo valor menor que 0.025 tendrá significación a nivel estadístico. En todos los casos habrá un grado de libertad en el estadístico de contraste.

En primer lugar comparamos el número de sujetos derivados por los Servicios Sanitarios con los que proceden de las Escuelas Infantiles (tabla 6.22). La prueba de χ^2 nos indica la existencia de diferencias estadísticamente significativas ($\chi^2_{(1)} = 6,818$; $p=,000$).

Tabla 6.22 *Procedencia Sanitarios-Escuela Infantil*

	N observado	N esperado	Residual
Servicios Sanitarios	155	110,0	45,0
Escuela Infantil	65	110,0	-45,0
Total	220		

En segundo lugar establecimos la comparación entre los Servicios Sanitarios con los que proceden de los Servicios Sociales (tabla 6.23). Observamos a través de la prueba de chi-cuadrado que las diferencias también son significativas desde el punto de vista estadístico ($\chi^2_{(1)} = 120,024$; $p = ,000$).

Tabla 6.23 *Procedencia Sanitarios-Servicios Sociales*

	N observado	N esperado	Residual
Servicios Sanitarios	155	84,0	71,0
Servicios Sociales	13	84,0	-71,0
Total	168		

En tercer lugar se comparó la relación existente entre el número de niños que derivan los Servicios Sanitarios con los remitidos por las Asociaciones existentes (tabla 6.24). Como puede desprenderse de la prueba de chi-cuadrado, las diferencias son, de nuevo, estadísticamente significativas ($\chi^2_{(1)} = 67,821$; $p = ,000$)

Tabla 6.24 *Procedencia Sanitarios-Asociaciones*

	N observado	N esperado	Residual
Servicios Sanitarios	155	97,5	57,5
Asociaciones	40	97,5	-57,5
Total	195		

Por último, analizamos también los sujetos que llegan al Equipo de Atención Temprana, procedentes de los propios padres, comparándolos con los remitidos por los Servicios Sanitarios (tabla 6.25). Al igual que en los análisis anteriores, a través de la prueba χ^2 , también aquí las diferencias son estadísticamente significativas ($\chi^2_{(1)} = 99,938$; $p = ,000$).

Tabla 6.25 *Procedencia Sanitarios-Padres*

	N observado	N esperado	Residual
Servicios Sanitarios	155	88,5	66,5
Padres	22	88,5	-66,5
Total	177		

RESULTADOS

Tras estos análisis queda constatado, en nuestra muestra, que los servicios sanitarios son los que más sujetos remiten, de forma significativa, a los Equipos de Atención Temprana, tal y como se planteaba en la hipótesis inicial.

Por otro lado, y aunque inicialmente no formaba parte de nuestra hipótesis, nos preguntamos también si existirán otros servicios (además de los sanitarios) que, de un modo significativo, también contribuyan a la remisión de niños al Equipo de Atención Temprana. Dado que disponemos de los datos, efectuamos un análisis de las relaciones entre las Escuelas Infantiles con los Servicios Sociales (tabla 6.26), Las Escuelas Infantiles con las Asociaciones (tabla 6.27), las Escuelas Infantiles con los Padres (tabla 6.28), los Servicios Sociales con las Asociaciones (tabla 6.29), los Servicios Sociales con los Padres (tabla 6.30) y, por último, las Asociaciones con los Padres (tabla 6.31).

Tabla 6.26 *Procedencia Escuela Infantil-Servicios Sociales*

	N observado	N esperado	Residual
Escuela Infantil	65	39,0	26,0
Servicios Sociales	13	39,0	-26,0
Total	78		

Tabla 6.27 *Procedencia Escuela Infantil-Asociaciones*

	N observado	N esperado	Residual
Escuela Infantil	65	52,5	12,5
Asociaciones	40	52,5	-12,5
Total	105		

Tabla 6.28 *Procedencia Escuela Infantil-Padres*

	N observado	N esperado	Residual
Escuela Infantil	65	43,5	21,5
Padres	22	43,5	-21,5
Total	87		

Tabla 6.29 *Procedencia Servicios Sociales-Asociaciones*

	N observado	N esperado	Residual
Servicios Sociales	13	26,5	-13,5
Asociaciones	40	26,5	13,5
Total	53		

Tabla 6.30 *Procedencia Servicios Sociales-Padres*

	N observado	N esperado	Residual
Servicios Sociales	13	17,5	-4,5
Padres	22	17,5	4,5
Total	35		

Tabla 6.31 *Procedencia Asociaciones-Padres*

	N observado	N esperado	Residual
Asociaciones	40	31,0	9,0
Padres	22	31,0	-9,0
Total	62		

Para observar si las diferencias son significativas, utilizaremos de nuevo la prueba χ^2 (Tabla 6.32). En la mayoría de los casos analizados, excepto en la comparación entre Servicios Sociales y Padres, las diferencias observadas son estadísticamente significativas.

Tabla 6.32 *Resultados prueba χ^2 remisión niños al EAT*

Elementos a Comparar	Pruebas de χ^2
Escuela Infantil-Servicios Sociales	$(\chi^2_{(1)} = 34,667; p=,000)$.
Escuelas Infantiles y Asociaciones	$(\chi^2_{(1)} = 5,952; p=,015)$.
Escuelas Infantiles y Padres	$(\chi^2_{(1)} = 21,253; p=,000)$.
Servicios Sociales y Asociaciones	$(\chi^2_{(1)} = 13,755; p=,000)$.
Servicios Sociales y Padres	$(\chi^2_{(1)} = 2,314; p=,128)$.
Asociaciones y Padres	$(\chi^2_{(1)} = 5,226; p=,022)$.

Por tanto, podemos concluir estableciendo las siguientes afirmaciones, en función de la significación de los resultados:

Las Escuelas Infantiles remiten un mayor número de niños al Equipo de Atención Temprana que los Servicios Sociales, las Asociaciones y los Padres.

Los Servicios Sociales derivan menos niños al EAT que las Asociaciones.

Las Asociaciones derivan un mayor número de niños al EAT que los padres.

RESULTADOS

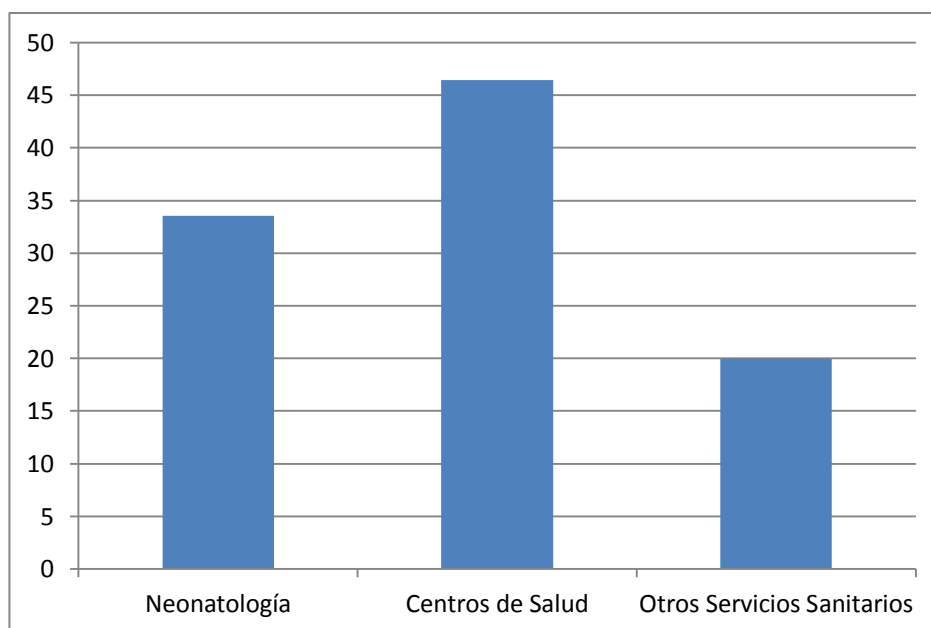
Aunque observamos que los Padres remiten más niños para la intervención al Equipo de Atención Temprana que los Servicios Sociales, estas diferencias no son significativas estadísticamente, por lo que no puede afirmarse que el grupo de Padres tenga más peso, en cuanto a la derivación de niños, que los Servicios Sociales

HIPÓTESIS ESPECÍFICA 2.2: “Los servicios de neonatología detectan más niños que otros servicios sanitarios”.

A continuación pasamos a profundizar en la procedencia de los niños remitidos al Equipo de Atención Temprana, por parte de los Servicios Sanitarios; concretamente veremos si los Servicios de Neonatología remiten un mayor número de niños al EAT, en comparación con los Centros de Salud o con Otros Servicios Sanitarios. Recordemos que cuando establecemos el grupo “otros Servicios Sanitarios” nos estamos refiriendo a aquellos sujetos que proceden de servicios de Neurología Infantil, Cirugía Cardiovascular, Otorrinolaringología, Oftalmología y Centros de Salud Mental, principalmente. Una visión numérica y gráfica del tema puede apreciarse en la tabla 6.33 y Gráfica 6.16.

Tabla 6.33 *Procedencia*

	N observado	Porcentaje	N esperado	Residual
Neonatología	52	33,5	51,66	0,34
Centro de Salud	72	46,5	51,66	20,34
Otros servicios sanitarios	31	20	51,66	-20,66
Total	155			



Gráfica 6.16 Distribución porcentajes en función del Servicio Sanitario que remite al EAT

En general, los resultados obtenidos nos indican que existen diferencias estadísticamente significativas entre los distintos servicios sanitarios analizados: ($\chi^2_{(1)} = 111,515$; $p = ,000$)

Concretamente, efectuamos comparaciones entre los distintos Servicios Sanitarios a través de la prueba no paramétrica de chi-cuadrado. Conviene recordar que para estos análisis el valor de significación ha sido establecido a partir de un número menor que $\frac{0.05}{2}$, por tanto, todo valor menor que 0.025 tendrá significación a nivel estadístico. En todos los casos habrá un grado de libertad en el estadístico de contraste.

En la relación existente entre Neonatología y Centros de Salud (Tabla 6.34) se puede observar que no existen diferencias estadísticamente significativas: ($\chi^2_{(1)} = 3,226$; $p = ,072$), por lo que no es posible afirmar que los Servicios de Neonatología remitan un mayor número de sujetos que los Centros de Salud. Incluso la tendencia es inversa, aunque volvemos a destacar que las diferencias no son significativas desde el punto de vista estadístico.

RESULTADOS

Tabla 6.34 *Procedencia Neonatología y Centro de Salud*

	N observado	N esperado	Residual
Neonatología	52	62,0	-10,0
Centro de Salud	72	62,0	10,0
Total	124		

En lo que se refiere a la relación establecida entre Neonatología y Otros Servicios Sanitarios, observamos que son más los niños remitidos por el primer tipo de servicio (Tabla 6.35). La prueba de Chi-cuadrado ($\chi^2_{(1)}=5,313$; **p=,021**) confirma que estas diferencias son estadísticamente significativas, por lo que es posible afirmar que los Servicios de Neonatología remiten un mayor número de niños al EAT que Otros Servicios Sanitarios.

Tabla 6.35 *Procedencia Neonatología y Otros Servicios Sanitarios*

	N observado	N esperado	Residual
Neonatología	52	41,5	10,5
Otros servicios sanitarios	31	41,5	-10,5
Total	83		

Para finalizar este análisis comparamos los niños remitidos por los Centros de Salud y los que provienen de Otros Servicios Sanitarios (Tabla 6.36). El análisis de los datos, a través de la prueba de χ^2 revela que existen diferencias estadísticamente significativas ($\chi^2_{(1)}=5,313$; **p=,021**) por lo que también se confirma que los servicios de pediatría, de los Centros de Salud, son los que remiten un mayor número de niños al EAT.

Tabla 6.36 *Procedencia Centros de Salud y Otros Servicios Sanitarios*

	N observado	N esperado	Residual
Centro de Salud	72	51,5	20,5
Otros servicios sanitarios	31	51,5	-20,5
Total	103		

6.2.3. Hipótesis general tercera

“La escolarización temprana, en las aulas del Primer Ciclo de Educación Infantil produce mejoras en la situación general de los niños, respecto de los que son escolarizados más tardíamente o no son escolarizados en este primer ciclo”.

Consideramos como "escolaridad temprana" cuando el sujeto ha sido escolarizado antes de los 18 meses. Aquellos niños que han sido escolarizados a partir de los 18 meses formarán un segundo grupo de alumnos. Por último, los sujetos no escolarizados en el Primer Ciclo de Educación Infantil compondrán el tercer grupo de niños.

A partir de estos grupos se trataría de comparar las puntuaciones obtenidas en la última evaluación de la prueba BSID-II (Bayley, 1993) tanto a nivel mental como motor, una vez hallados los progresos mental y motor, lo que nos llevará a establecer dos hipótesis específicas. Las pruebas estadísticas que se llevarán a cabo en ambas hipótesis serán un ANOVA con la variable escolarización, que presenta 3 niveles (antes de los 18 meses, después de los 19 meses y no escolarizado) y la variable progreso, obtenida en la última evaluación.

HIPÓTESIS ESPECÍFICA 3.1: "Los niños escolarizados más tempranamente obtienen mejores resultados en actividades relacionadas con el desarrollo mental".

En la tabla 6.37 pueden apreciarse los descriptivos relacionados con los diferentes grupos en cuanto al progreso mental. A continuación, se realizará un ANOVA y, si alcanzara la significación estadística, se establecerán comparaciones post hoc de grupos mediante el método de Bonferroni (tablas 6.38 y 6.39). Como puede apreciarse, las diferencias encontradas no son estadísticamente significativas por lo que no es posible afirmar, que esas medias obtenidas por los diferentes grupos, indiquen mejores progresos de unos grupos, respecto de otros. Sin embargo, como tendencia, sí puede observarse, a través de la representación gráfica, que las medias de cada uno de los grupos apuntan en la dirección propuesta por la hipótesis (Gráfica 6.17). Es decir, los niños no escolarizados son los que obtienen peores niveles de desarrollo mientras que los mejores se observan en el grupo de escolaridad temprana.

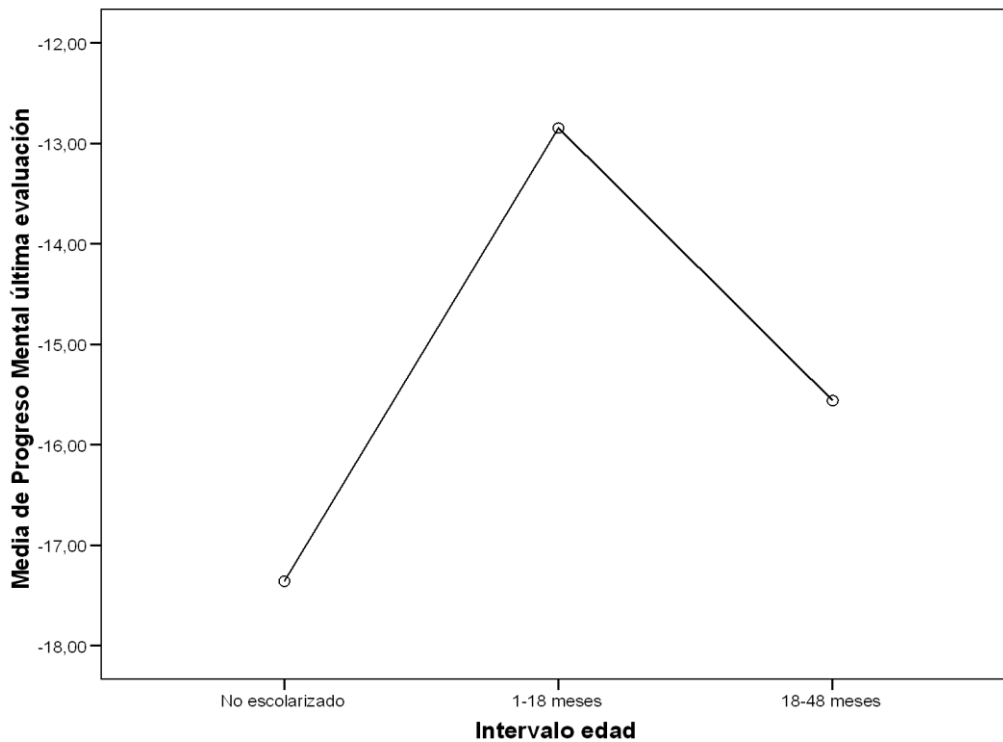
Tabla 6.37 Descriptivos Progreso mental y edad escolarización

		N	Media	Desviación típica
Progreso Mental última evaluación	No escolarizado	12	-17,3570	27,03753
	1-18 meses	30	-12,8446	20,71988
	18-48 meses	54	-15,5582	20,52576
Total		96	-14,9350	21,28580

RESULTADOS

Tabla 6.38 Anova Progreso mental y edad escolarización

		Suma de cuadrados	gl	Media cuadrática	F	Sig.
Progreso Mental última evaluación	Inter-grupos	222,451	2	111,226	,242	,786
	Intra-grupos	42820,658	93	460,437		
	Total	43043,109	95			



Gráfica 6.17 Progreso Mental en función de la edad de escolarización inicial

HIPÓTESIS ESPECÍFICA 3.2: “Los sujetos escolarizados más tempranamente presentan mejores niveles de desarrollo motor”.

Las pruebas realizadas son las mismas que en la hipótesis específica anterior. En la tabla 6.40 pueden encontrarse la media y la desviación típica de cada uno de los grupos, en relación al progreso motor, en la última evaluación. A continuación (Tablas 6.41 y 6.42) se realizará un Análisis de Varianza (ANOVA) y, si los resultados son significativos, se establecerán las comparaciones post-hoc por el método de Bonferroni.

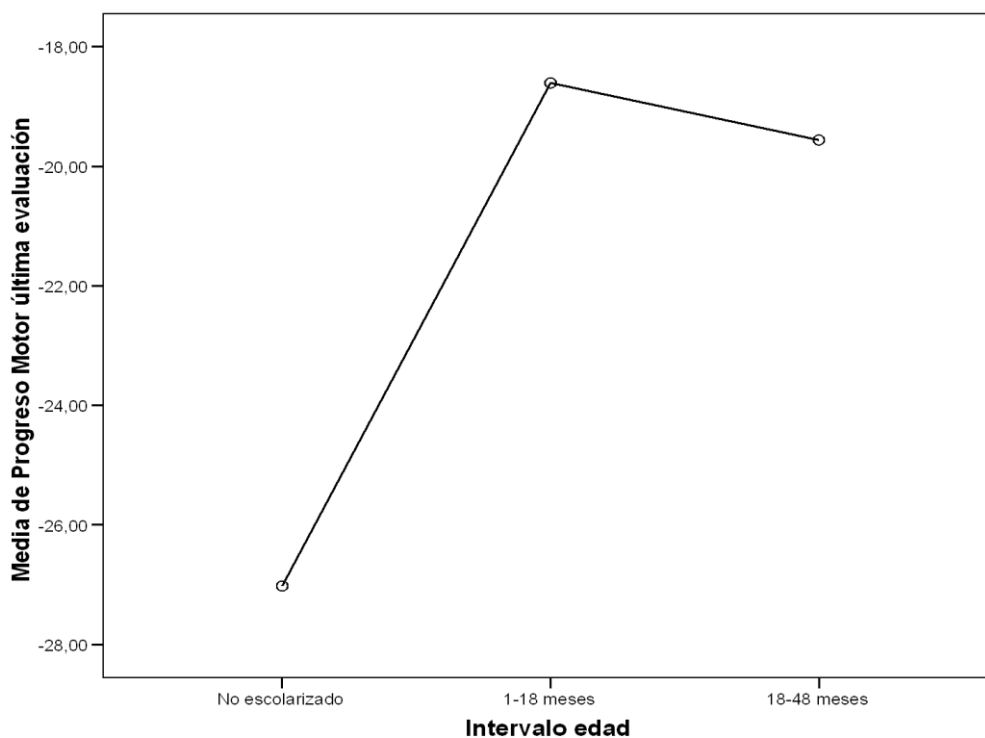
Como puede apreciarse de nuevo, las diferencias entre los diferentes grupos no son significativas desde el punto de vista estadístico, por lo que no es posible afirmar que unos grupos progresen más que otros en el desarrollo motor. Sin embargo, al igual que sucedía con la variable anterior, la representación gráfica también nos muestra que existe una tendencia en la dirección apuntada por la hipótesis (Gráfica 6.18).

Tabla 6.39 Descriptivos Progreso motor y edad escolarización

		N	Media	Desviación típica
Progreso Motor última evaluación	No escolarizado	12	-27,0230	26,45472
	1-18 meses	27	-18,6063	20,11662
	18-48 meses	46	-19,5620	21,52040
	Total	85	-20,3117	21,74135

Tabla 6.40 Anova Progreso motor y edad escolarización

		Suma de cuadrados	gl	Media cuadrática	F	Sig.
Progreso Motor última evaluación	Inter-grupos	644,878	2	322,439	,677	,511
	Intra-grupos	39060,755	82	476,351		
	Total	39705,633	84			



Gráfica 6.18 Progreso Motor en función de la edad de escolarización inicial

6.2.4. Hipótesis general cuarta

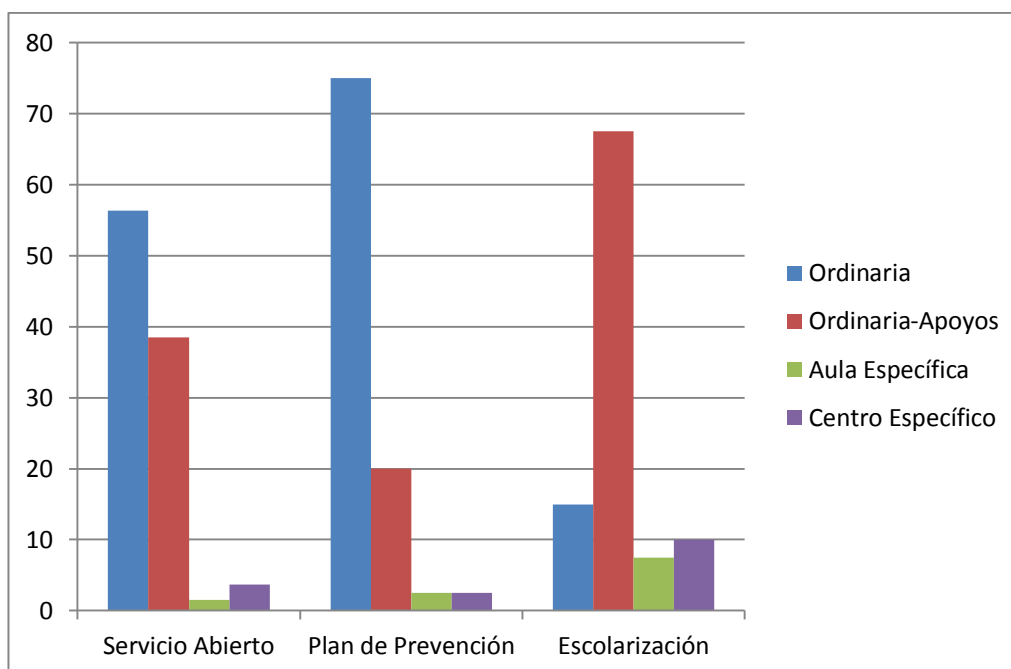
“Los niños sobre los que se interviene en el Programa de Prevención presentan una situación más cercana a la media de la población general en cuanto al tipo de escolaridad y los niveles de desarrollo psicoevolutivos”.

HIPÓTESIS ESPECÍFICA 4.1: “La mayoría de los niños sobre los que se interviene en el Programa de Prevención, pueden escolarizarse, posteriormente, en el Segundo Ciclo de Educación Infantil, por vía ordinaria”.

Para la comprobación de esta hipótesis hemos comparado la muestra de niños de los diferentes programas (prevención, Servicio Abierto y escolarización), con el tipo de escolarización posterior, en las siguientes categorías: niños escolarizados en modalidad ordinaria, niños que precisan apoyos, niños escolarizados en aula abierta y, por último, el grupo escolarizado en centro específico (tabla 6.41 y gráfica 6.19). Se ha llevado a cabo una tabla de contingencia y la prueba de χ^2 para ver si existen diferencias estadísticamente significativas entre los diferentes grupos. En el análisis realizado mediante la prueba de χ^2 observamos que existen diferencias significativas ($\chi^2_{(6)} = 41,354$; $p = ,000$) entre las distintas variables observadas. Pero no sabemos con exactitud si se confirma la hipótesis planteada puesto que las diferencias podrían deberse a los resultados obtenidos también por el grupo de Escolarización. Por ello, para tratar de profundizar un poco más en la relación que se establece entre las variables, hemos tomado los grupos de dos en dos y hemos realizado la prueba no paramétrica de Mann-Whitney (Tablas 6.42, 6.43 y 6.44), para analizar la relación entre dos grupos. Al establecer comparaciones entre tres grupos, tomados de dos en dos, para que las diferencias sean significativas deben de situarse por debajo de $0,0167 \left(\frac{0,05}{3}\right)$, según la corrección de Bonferroni. Debemos señalar que en todos los casos analizados las diferencias obtenidas son estadísticamente significativas.

Tabla 6.41 Frecuencia y porcentaje para Programa al que se adscriben y Tipo de Escolarización posterior

Programa al que se adscribe	Ordinaria Frecu / Porcent	Ordinaria y apoyos (Integración) Frecu / Porcent	Aula Abierta Frecu / Porcent	Centro Específico Frecu / Porcent
Servicio Abierto	76 / 56,3%	52 / 38,5%	2 / 1,5 %	5 / 3,7%
Plan de Prevención	60 / 75,0%	16 / 20,0%	2 / 2,5%	2 / 2,5%
Escolarización	6 / 15,0%	27 / 67,5%	3 / 7,5%	4 / 10,0%



Gráfica 6.19 Porcentaje programa al que se adscriben y modalidad escolarización

Tabla 6.42 Pruebas de Mann-Whitney (Servicio Abierto-Plan Prevención)

Programa al que se adscribe	N	Rango promedio	Suma de rangos
Servicio Abierto	135	115,15	15545,00
Plan de prevención	80	95,94	7675,00
Total	215		

RESULTADOS

Estadísticos de contraste(a)

	Escolarización posterior
U de Mann-Whitney	4435,000
W de Wilcoxon	7675,000
Z	-2,588
Sig. asintót. (bilateral)	,010

a Variable de agrupación: Programa al que se adscribe

Tabla 6.43 Pruebas de Mann-Whitney (Plan Prevención-Escolarización)

	Programa al que se adscribe	N	Rango promedio	Suma de rangos
Escolarización posterior	Plan de prevención	80	48,46	3877,00
	Escolarización	40	84,58	3383,00
	Total	120		

Estadísticos de contraste(a)

	Escolarización posterior
U de Mann-Whitney	637,000
W de Wilcoxon	3877,000
Z	-6,041
Sig. asintót. (bilateral)	,000

a Variable de agrupación: Programa al que se adscribe

Tabla 6.44 Pruebas de Mann-Whitney (Servicio Abierto-Escolarización)

	Programa al que se adscribe	N	Rango promedio	Suma de rangos
Escolarización posterior	Servicio Abierto	135	79,12	10681,00
	Escolarización	40	117,98	4719,00
	Total	175		

Estadísticos de contraste(a)

	Escolarización posterior
U de Mann-Whitney	1501,000
W de Wilcoxon	10681,000
Z	-4,749
Sig. asintót. (bilateral)	,000

a Variable de agrupación: Programa al que se adscribe

El análisis de estos datos permite extraer las siguientes conclusiones:

- La mayor parte de los niños adscritos al plan de prevención, aproximadamente tres de cada cuatro sujetos, se escolarizan por vía ordinaria.
- También existe un grupo numeroso de niños, algo más de la mitad, pertenecientes al programa del Servicio Abierto, que se escolarizan en el Segundo Ciclo de Educación Infantil por vía ordinaria. En relación a este programa, cabe destacar que, el 38% de sujetos se escolarizan por vía ordinaria pero con apoyos (Integración).
- Por último, más del 67% de los niños pertenecientes al Programa de Escolarización son escolarizados por vía ordinaria con apoyos (Integración).

HIPÓTESIS ESPECÍFICA 4.2: "Los niños sobre los que se interviene en el Programa de Prevención presentan mejores niveles psicoevolutivos".

Para la comprobación de esta hipótesis, la distribución de los casos se ha realizado del siguiente modo: por una parte hemos definido el programa al que se adscriben los niños (Prevención, Servicio Abierto y Escolarización) y lo hemos relacionado con el diagnóstico psicoevolutivo, agrupándolo en las siguientes categorías: Nivel medio, de Leve desfase a Límite, Retraso Ligero, Retraso Medio y Retraso Severo (tabla 6.45). Esos datos también los hemos agrupado por porcentajes, pudiendo observar en la gráfica 6.20 su distribución. Al igual que en la hipótesis anterior se ha realizado una tabla de contingencia y se ha calculado la prueba de χ^2 para ver si existen diferencias estadísticamente significativas entre los diferentes grupos. En las pruebas realizadas de chi-cuadrado, se observa que las diferencias son significativas ($\chi^2_{(8)}=36,117$; **p=,000**).

También, al igual que en la hipótesis anterior, hemos tomado los grupos de dos en dos y hemos realizado la prueba de Mann-Whitney (Tablas 6.46, 6.47 y 6.48), para analizar la relación entre dos grupos. Para que las diferencias sean significativas deben de situarse por debajo de $0,0167 \left(\frac{0,05}{3}\right)$. Se observa que las diferencias obtenidas son estadísticamente significativas entre el Servicio Abierto y el Programa de Escolarización y también entre el Plan de Prevención y el Programa de Escolarización.

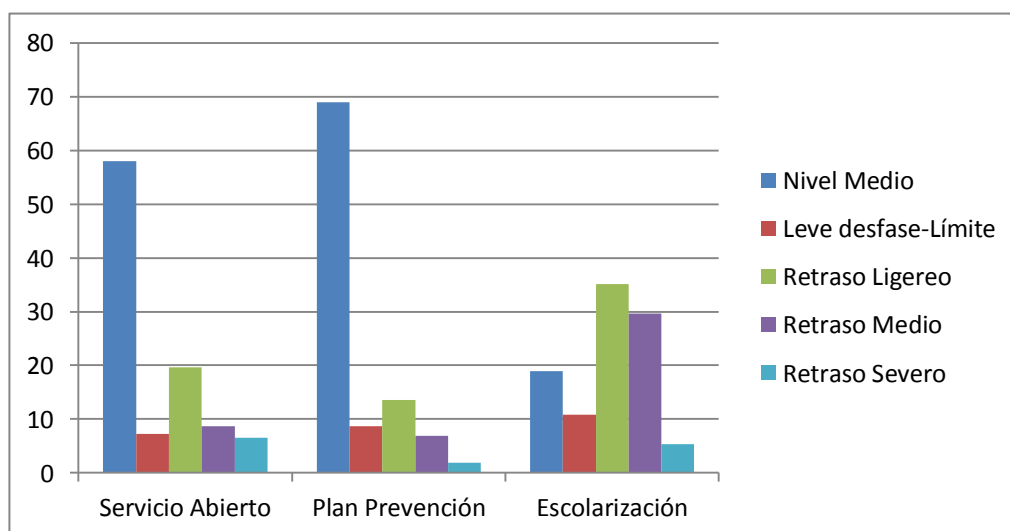
RESULTADOS

Sin embargo no se obtuvieron diferencias significativas entre el Servicio Abierto y el Plan de Prevención.

De este modo, parece ser que la mayor parte de los sujetos que se adscriben al plan de prevención (68,9%) presentan unos niveles de desarrollo psicoevolutivos que se sitúan dentro de la media de la población. También existe un grupo numeroso de sujetos situados en la media de la población (58%) que pertenece al plan del Servicio Abierto. Por último, podemos observar, según los resultados obtenidos con nuestra muestra, que la mayoría de los niños pertenecientes al Programa de Escolarización (70,37%) presentan un retraso en el desarrollo psicoevolutivo.

Tabla 6.45 Contingencia Nivel psicoevolutivo y Programa al que se adscribe

Nivel Psicoevolutivo	Programa al que se adscribe					
	Servicio Abierto		Plan Prevención		Escolarización	
	Frecuen.	Porcen.	Frecuen.	Porcen.	Frecuen.	Porcen.
Nivel Medio	80	58%	71	68,9%	7	18,9%
Leve desfase a Límite	10	7,2%	9	8,7%	4	10,8%
Retraso Ligero	27	19,6%	14	13,6%	13	35,1%
Retraso Medio	12	8,7%	7	6,9%	11	29,7%
Retraso Severo	9	6,5%	2	1,9%	2	5,4%



Gráfica 6.20 Porcentaje niños según nivel psicoevolutivo y programa al que se adscriben

Tabla 6.46 Pruebas de Mann-Whitney (Servicio Abierto-Plan de Prevención)

	Programa al que se adscribe	N	Rango promedio	Suma de rangos
Diagnóstico	Servicio Abierto	138	127,70	17623,00
	Plan de prevención	103	112,02	11538,00
	Total	241		

Estadísticos de contraste^a

Diagnóstico	
U de Mann-Whitney	6182,000
W de Wilcoxon	11538,000
Z	-1,998
Sig. asintót. (bilateral)	,046

a. Variable de agrupación: Programa al que se adscribe

Tabla 6.47 Pruebas de Mann-Whitney (Servicio Abierto-Escolarización)

	Programa al que se adscribe	N	Rango promedio	Suma de rangos
Diagnóstico	Servicio Abierto	138	80,52	11111,50
	Escolarización	37	115,91	4288,50
	Total	175		

Estadísticos de contraste^a

Diagnóstico	
U de Mann-Whitney	1520,500
W de Wilcoxon	11111,500
Z	-4,063
Sig. asintót. (bilateral)	,000

a. Variable de agrupación: Programa al que se adscribe

Tabla 6.48 Pruebas de Mann-Whitney (Plan de Prevención-Escolarización)

	Programa al que se adscribe	N	Rango promedio	Suma de rangos
Diagnóstico	Plan de prevención	103	60,28	6209,00
	Escolarización	37	98,95	3661,00
	Total	140		

Estadísticos de contraste^a

Diagnóstico	
U de Mann-Whitney	853,000
W de Wilcoxon	6209,000
Z	-5,503
Sig. asintót. (bilateral)	,000

a. Variable de agrupación: Programa al que se adscribe

RESULTADOS

En definitiva, parece confirmarse esta última hipótesis, puesto que, en la mayoría de los casos, en los niños pertenecientes al plan de prevención se observa, por una parte, unos niveles evolutivos más cercanos a la media de la población y, de otro lado, una escolarización en centros y aulas ordinarias.

Capítulo 7

Conclusiones

Al ser un estudio singular de análisis de funcionamiento de un Equipo de Atención Temprana, no existen otras investigaciones con las que discutir los resultados y, por ello, redactamos directamente las conclusiones.

7.1 Conclusiones en relación a la población atendida y variables estudiadas

Sobre las características generales de los niños atendidos por el EAT-Murcia 2 entre los años 2005-2011 podemos concluir que:

- El mayor porcentaje de población atendida por el EAT-2 corresponde a varones (65,4%). Los niños y niñas atendidos proceden mayoritariamente de Murcia capital (44, 1%) y tienen una edad promedio de 18 meses y 18 días.
- Las edades promedio de los padres y madres de esta población atendida es de 35 y 33 años respectivamente.
- Las profesiones más predominantes de estos progenitores son empleados de empresa privada (63,3%), en el caso de los padres y cuidado del hogar (46,4%) en el caso de las madres.
- Los niños atendidos tienen, en un 49%, dos hermanos, son los primogénitos en el 41,5% y ocupan el segundo lugar en el 39,4%.

En cuanto a características más concretas y de organización (funcionamiento) del Equipo, según nuestros resultados podemos afirmar que:

- Casi la mitad de los casos atendidos se adscriben al programa de Servicio Abierto, es decir, niños mayores de dos años, remitidos por los Centros de Salud o las Escuelas Infantiles, en los que se observa algún indicador de posible trastorno en el desarrollo.

- También existe un alto porcentaje de niños (37,5%) que se vinculan al Programa de Prevención. En este caso nos estamos refiriendo a niños menores de dos años que presentan algún factor de riesgo.
- El servicio que remite con mayor frecuencia a los niños y sus familias al EAT-2 es el Sanitario con un 51,9%, donde están incluidos los Centros de Salud de zona, los Servicios de Neonatología y otros servicios especializados, como Neurología Infantil, Otorrinolaringología, Oftalmología o Salud Mental.
- Los dos motivos principales por los que acuden las familias a los Equipos son porque sus hijos presentan un posible retraso en el desarrollo (31,3% de los casos), o por haber nacido prematuramente (24,9%). Los problemas motóricos, genéticos y sensoriales, y otros problemas de tipo médico-sanitario, completarían esta apartado.
- De todos los niños atendidos, un 23,6% presentaban otros problemas o riesgos asociados al motivo principal. Entre ellos destacamos los de tipo sanitario y los partos múltiples como los más frecuentes.
- También hemos observado que un 56,6% de los niños y niñas atendidos en el EAT-2, presentaban una patología evidente y diagnosticada, un 37,4% riesgo de origen biológico y el resto riesgo socioambiental. Por tanto, podemos concluir que la mayoría de los niños que son atendidos en este servicio tienen una patología evidente en el momento en que se inician los tratamientos.
- En cuanto al nivel mental de los niños que reciben intervención desde el EAT-2, siguiendo los criterios establecidos por la Asociación Americana para el Retraso Mental que se basan, no solo en pruebas psicométricas, sino, especialmente en la conducta adaptativa del niño, encontramos que el 56,8% de los niños presentan unos niveles situados dentro de la media de la población general. El 43,2% restante se distribuye entre leve desfase o límite, retraso ligero, medio o severo, siendo el retraso ligero el que presenta mayor prevalencia en este apartado y el retraso severo el que menos.
- De los niños que presentan en su informe un diagnóstico concreto (patología evidente), podemos destacar que la causa por la que se acude con mayor frecuencia al EAT-2 es el retraso en el lenguaje, con una tasa de incidencia del 38,3%, seguido del retraso motor, las lesiones cerebrales y los problemas de tipo genético y sensoriales.

CONCLUSIONES

- Una vez valoradas las características y necesidades de los niños y las familias, un 55,1% de los casos atendidos son derivados a otros servicios, en su mayoría Centros de Desarrollo Infantil y Atención Temprana, que son gestionados por asociaciones que reciben subvenciones de la Consejería de Sanidad y Servicios Sociales de la Comunidad Autónoma de la Región de Murcia. Los niños y familias que son derivados pasan a seguimiento en el EAT-2 con una periodicidad a más largo plazo.
- De los niños atendidos en el EAT-2 y que son escolarizados en escuelas infantiles, en el primer ciclo, cabe destacar que el 39% de los casos son escolarizados en centros públicos, el 47,1% se escolarizan en escuelas infantiles privadas y un 13,9% no son escolarizados. De los niños que asisten a escuelas públicas, la mayoría (19,3% del total) lo hacen en un Aula Ordinaria, el 15,8% del total se escolariza en la modalidad de Integración y un número reducido de niños, gravemente afectados, se escolarizan en la modalidad de Aula Abierta.
- Al finalizar el Primer Ciclo de Educación Infantil, la gran mayoría de niños (93%) son escolarizados por vía ordinaria en el segundo ciclo, aunque un 37,3% de estos niños precisan algún tipo de apoyo (logopédico, refuerzo pedagógico y/o fisioterapia); un 27,2% se escolarizan en aulas abiertas y el 4,3% en centros específicos de Educación Especial.
- Entre el momento de entrada y salida de los niños y sus familias, en el EAT-2, el número promedio de seguimientos es de 6 visitas, si bien esto depende, en gran medida, de la edad a la que asisten por primera vez al servicio y también del motivo de la visita. Hay muchos niños que son detectados poco antes de su escolarización en el Segundo Ciclo de Educación Infantil y en esos casos (29% aproximadamente) solo se les hace una valoración inicial, para determinar la necesidad o no de apoyos escolares (y ya no se realizan más seguimientos). En el caso de los niños de riesgo biológico, sobre todo por prematuridad, los niños y sus familias inician sus visitas a edades muy tempranas, solo días de edad corregida y, en estas situaciones, los niños pueden recibir más de 7 seguimientos (16,1%). Por tanto, como se puede observar, la variabilidad del número de seguimientos que se realizan a cada niño es muy alta debido a los motivos anteriormente señalados.
- A la mayoría de familias que acuden al EAT-2 se les da pautas (74,5%); en algunas ocasiones solamente pautas verbales y, en la mayoría de los casos, se les

proporcionan pautas verbales y escritas (56,9%), donde se les especifican actuaciones que pueden y/o deben llevar a cabo, con sus hijos, para potenciar su desarrollo, a través de actividades lúdicas.

- Finalmente, en cuanto a tratamiento principal que precisan los niños atendidos por el EAT-2, podemos observar que en un 26% de los casos es necesaria la combinación de varios tratamientos (estimulación general, logopedia y/o fisioterapia,...), en un 18,8% es un tratamiento global el que requieren los niños atendidos y, cabe destacar, que en un 37,5% no es necesario ningún tipo de tratamiento específico y se consideran como suficientes las pautas que se les proporcionan a las familias.

En general y en cuanto a las características de la población atendida por el EAT-2 de Murcia podemos concluir que, según los datos que se han obtenido a lo largo de estos siete años analizados se observa que la edad promedio de inicio de las intervenciones es en torno a los 18 meses, lo que supone comenzar los tratamientos en un momento en el que existe una gran plasticidad en el desarrollo y ello supone un factor de protección para los resultados finales que se puedan obtener. También se ha constatado, con estos resultados, que los niños atendidos por este Servicio logran unos niveles de desarrollo equiparables al grupo normativo, en muchas ocasiones, y que la escolarización posterior de estos niños se produce en Centros Ordinarios, sin apoyos en muchos de los casos. Estos resultados nos hacen pensar que la intervención temprana es eficaz, pero esta cuestión la podremos comprobar, de forma más precisa, a partir de la valoración de los resultados obtenidos en el contraste de hipótesis.

7.2 Conclusiones en relación a las diferentes Hipótesis

A continuación expondremos las conclusiones, en relación a cada una de las hipótesis, donde se comentarán los datos más significativos que puedan extraerse de las hipótesis generales y específicas, en base a los resultados obtenidos en nuestro trabajo.

7.2.1 Conclusiones en relación a la hipótesis primera

En cuanto a la primera hipótesis general, si “la Intervención Temprana (IT) produce efectos positivos en las diferentes áreas del desarrollo en los cuatro primeros años de vida, especialmente en los niños pertenecientes a los programas de Servicio Abierto o Escolarización en Segundo Ciclo de Educación Infantil”, los resultados obtenidos nos permiten concluir que todos los niños atendidos por el Equipo de Atención Temprana Murcia 2 evolucionan positivamente en las diferentes áreas del desarrollo y los datos indican que los que obtienen efectos más positivos son los que han participado en los programas de Servicio Abierto y Escolarización de 2º Ciclo. Una posible explicación de estos resultados podría venir dada por el hecho de que los niños adscritos a este programa parten de unas peores condiciones que los que se adscriben al Programa de Prevención, ya que muchos de ellos, por su edad, vienen con una valoración previa o sospecha más contrastada de algún tipo de retraso o discapacidad.

De forma más concreta, y respondiendo a la primera hipótesis específica “La Intervención Temprana produce efectos beneficiosos en el área cognitiva”, nuestros resultados nos permiten concluir que el progreso mental obtenido por los niños, con independencia del programa al que se adscriben, es mayor en la última evaluación, y marginalmente significativo desde el punto de vista estadístico. Este efecto positivo de la intervención desde la Atención Temprana se hace más evidente cuando los niños no están gravemente afectados.

Esta conclusión general, en cambio, no se confirma totalmente para la segunda hipótesis específica, “la IT produce efectos beneficiosos en el área motora”, ya que no se observa una evolución positiva de la muestra, incluso la tendencia parece apuntar en la dirección contraria. Una posible explicación la podemos encontrar en las características de los sujetos que componen este grupo, donde existe un elevado número de sujetos gravemente afectados, a nivel motor, lo cual puede influir en los resultados observados.

Cuando se toma la decisión de excluir de la muestra a este grupo de niños, por las razones expuestas en el capítulo 6, se observa que la mejora en el área cognitiva es mucho más evidente y, aunque se continúa sin observar mejoría en el área psicomotora, las puntuaciones se mantienen estables a lo largo del tiempo, no observándose ningún empeoramiento en esta área.

Los resultados obtenidos en nuestro trabajo hacen que nos planteemos algunas preguntas relacionadas con ellos y que nos permitirían precisar más en este ámbito: ¿Existen áreas del desarrollo del niño donde se pueda evidenciar mejor la influencia de los programas de intervención?, ¿Podría ser que áreas del desarrollo tales como el lenguaje, la sociabilidad, la autonomía evidenciaran una evolución más favorable en relación a los programas de Atención Temprana que las áreas cognitiva y motora?, ¿Todos los niños (independientemente de sus circunstancias de riesgo o el problema planteado) se benefician por igual de los diferentes programas de intervención?

Las posibles respuestas a estas preguntas nos llevarían a plantear algunas de las futuras líneas de investigación que comentaremos más adelante, en este mismo capítulo.

En cuanto a la hipótesis específica tercera, si "La Intervención Temprana produce mejores efectos en niños adscritos al programa de Servicio Abierto y Escolarización en el 2^a Ciclo de Educación Infantil que en los pertenecientes al Programa de Prevención", el análisis de los datos parece indicar que esta afirmación es cierta. Las diferencias observadas en las puntuaciones de los niños adscritos a los diferentes programas van desapareciendo a medida que avanza el tiempo, lo cual indica que ha existido una mejora significativa en el grupo de niños atendidos. Podemos concluir que en los diferentes programas de intervención: Prevención, Servicio Abierto y Escolarización en el 2^a Ciclo, llevados a cabo por el EAT-2, se observaban diferencias en el desarrollo mental y psicomotor de la evaluación inicial. Concretamente, era el grupo de niños pertenecientes al Programa de Prevención el que obtenía los mejores resultados. Sin embargo estas diferencias desaparecen al final de la última evaluación. Esto nos puede indicar que la intervención temprana es eficaz, dado que los niños que parten de una situación desfavorable, tienden a igualarse en el futuro con los sujetos que tienen niveles normalizados (aunque presenten alguna situación de riesgo). Por tanto, queda claro, desde nuestro punto de vista, que las Intervenciones Tempranas son necesarias y especialmente las dirigidas a los niños y familias que presentan algún problema evidente en su desarrollo.

7.2.2 Conclusiones en relación a la hipótesis segunda

El enunciado general de la hipótesis segunda plantea que “los Servicios Sanitarios detectan un mayor número de niños que presentan, o pueden presentar, problemas en su desarrollo, frente al resto de servicios y las familias”. Los datos muestran que se cumple lo planteado por cuanto los servicios sanitarios son más eficaces que el resto de servicios y los propios padres en remitir sujetos al EAT para la intervención y seguimiento, de tal forma que de cada dos niños o familias que acuden por primera vez al EAT, uno de ellos viene enviado por algún servicio sanitario. También es destacable el papel de los Servicios Educativos, especialmente de las Escuelas Infantiles, en lo que a la remisión de niños al EAT se refiere (aproximadamente el 20% de sujetos).

La hipótesis específica primera (de esta segunda hipótesis general) plantea que “Los servicios sanitarios detectan más niños susceptibles de Intervención Temprana que los servicios educativos, los servicios sociales y los padres”. Podemos concluir que, efectivamente, esta es la tendencia observada en los resultados obtenidos, hasta el punto de que más de la mitad de los niños remitidos al equipo provienen de algún servicio sanitario. Es lógico que así suceda puesto que los contactos de las familias con la sanidad, desde el momento de la concepción y durante los primeros meses y años de vida de los niños, son muy abundantes. Por tanto, pensamos que los canales establecidos entre el equipo y estos servicios sanitarios funcionan adecuadamente

Por otro lado, y como hemos señalado con anterioridad, las escuelas infantiles también remiten un número importante de niños al servicio, aproximadamente uno de cada cinco. Prácticamente la totalidad de niños que presentan algún problema o dificultad y cursan el primer ciclo de educación infantil en una escuela pública, del municipio de Murcia, son detectados, evaluados, y seguidos o derivados a tratamiento por parte del EAT, gracias a la presencia semanal, de los distintos integrantes del equipo, en cada una de las escuelas infantiles. También se remiten familias y niños desde las escuelas infantiles privadas del municipio, aunque en menor número. Si existen muchos más centros de educación infantil privados que públicos, puede deducirse que algunos niños que presentan algún problema en su desarrollo (o tienen factores de riesgo que aumenta la probabilidad de presentar dificultades) no son remitidos al Equipo de Atención Temprana, por lo que convendría mejorar la coordinación con estas escuelas infantiles.

Los Servicios Sociales también remiten un número importante de niños al Equipo de Atención Temprana nº-2 (17,7%). Recordemos que en este apartado se engloban tanto Asociaciones de Padres de niños que presentan dificultades (CDIAT), como servicios públicos de carácter social. En unos y otros se cuenta con profesionales, con un nivel muy elevado de cualificación, que, además de establecer los canales de coordinación con el EAT, intervienen directamente con el niño y su familia, para abordar adecuadamente las necesidades que presenten. La remisión de niños y familias al EAT se realiza, principalmente, para solicitar del Equipo el informe preceptivo de escolarización de los niños.

Dentro de los diferentes servicios sanitarios, los Centros de Salud ocupan un lugar relevante, siendo los que remiten al Servicio un mayor número de niños y familias (46,5%), contradiciendo nuestra hipótesis específica segunda que afirma que "los servicios de neonatología detectan más niños que otros servicios sanitarios". Parece ser que en los distintos centros de salud, en las revisiones del "niño sano" o en intervenciones cuando están enfermos, se detectan distintos indicadores que podrían indicar la existencia de factores de riesgo y/o problemas, en el desarrollo de los niños, canalizando a las familias hacia el Equipo de Atención Temprana cuando se detecta la posibilidad de presentar problemas. También conviene mencionar el papel que juegan los servicios de Neonatología en la remisión de familias al Equipo, enviando el 33,5% de los sujetos. Por último, otros servicios sanitarios remiten el 20% de los casos que llegan desde la Sanidad. Puede desprenderse, por tanto, que la labor de difusión del servicio que presta el EAT y la coordinación con estos servicios sanitarios es muy positiva, que conviene cuidar esta relación en el futuro y, también, que tal vez convendría mejorar tanto la labor de difusión, como la coordinación con otros servicios de tipo sanitario para intentar aumentar su contribución a las tareas de detección de niños con problemas o con riesgo de padecerlos.

Por tanto, podemos concluir comentando que, de todo lo anterior, podría desprenderse que los canales de coordinación entre el EAT y otros organismos y servicios, en cuanto a la información que se dispone sobre las actuaciones que se pueden prestar desde el EAT, es eficaz. Así, muchas familias acuden desde otros servicios al Equipo para que ellos mismos y sus hijos sean atendidos. Las labores de difusión del servicio parecen ser adecuadas y conviene que se continúe en esa misma dirección, tratando de mejorar el conocimiento de esta labor en otros servicios sanitarios (además de centros de salud y

Neonatología), en las escuelas infantiles privadas del municipio y en algunos servicios sociales.

7.2.3. Conclusiones en relación a la hipótesis tercera

En esta hipótesis hemos sostenido que “la escolarización temprana produce mejoras en la situación general de los niños, en comparación con los no escolarizados o escolarizados más tardíamente”. Como conclusión principal hemos observado, a través de los datos recogidos, que existe una mejora en el desempeño intelectual y motor cuando los niños son escolarizados tempranamente.

El grupo de niños que se escolariza tempranamente presenta las mejores puntuaciones, tanto a nivel mental, como psicomotor. A continuación se sitúa el grupo escolarizado también en el Primer Ciclo de Educación Infantil, aunque más tardíamente y, por último, en el grupo que no ha sido escolarizado en el primer ciclo, es donde se aprecian los peores resultados. Hemos de añadir que todas estas apreciaciones se desprenden de las tendencias observadas, por cuanto las diferencias observadas no fueron significativas desde el punto de vista estadístico.

Pensamos que las razones de no observar resultados más concluyentes pueden ser debidas, entre otras, al tamaño de la muestra, lo que podría influir en que no se observen las diferencias significativas en cuanto a la importancia de la escolarización temprana; a que determinados grupos que conforman la muestra (p.e. el grupo de niños gravemente afectados) tengan un peso importante en los resultados y ello pudiera contribuir a que no se aprecien con mayor claridad estas diferencias, por cuanto la evolución de estos sujetos sigue un ritmo evolutivo más lento; otra posible explicación a esas diferencias observadas entre los distintos grupos, en cuanto a la influencia de la escolaridad temprana, es que tal vez los progresos en el desarrollo mental y motor del niño sean menores que los relacionados con variables diferentes del desarrollo tales como autonomía, hábitos, desarrollo social, etc., no valoradas en esta investigación. Pensamos que la investigación futura podría aclarar algunas de estas cuestiones.

7.2.4 Conclusiones en relación a la hipótesis cuarta

Recordemos que la hipótesis general plantea que “los niños sobre los que se interviene en el Programa de Prevención presentan una situación más cercana a la media de la población en cuanto al tipo de escolaridad y los niveles de desarrollo psicoevolutivos” al final del proceso. Los resultados obtenidos sugieren que la detección y prevención tempranas, en la línea del Programa de Prevención que desarrolla el EAT-2 de Murcia, podría ser eficaz en cuanto a lograr, en los niños que se atienden, unos niveles evolutivos equiparables a la media de la población (en esas edades) y una escolarización “normalizada” en el Segundo Ciclo de Educación Infantil.

En relación a la hipótesis específica 4.1 cuyo enunciado afirma “la mayoría de los niños sobre los que se interviene en el Programa de Prevención, pueden escolarizarse, posteriormente, en el Segundo Ciclo de Educación Infantil, por vía ordinaria”. Observamos, a través de los datos recogidos, que un 75% de los niños que se adscriben inicialmente al Programa de Prevención precisan una escolaridad ordinaria en el Segundo Ciclo de Educación Infantil. Además, se observan diferencias (estadísticamente significativas) entre este grupo y el resto. También existe un amplio grupo de niños pertenecientes al Servicio Abierto (56,3%) que acuden a la modalidad de escolarización ordinaria en el Segundo Ciclo de Educación Infantil. Sin embargo, aquellos niños adscritos al Programa de Escolarización en el Segundo Ciclo, al entrar en los centros educativos del Segundo Ciclo de Educación Infantil, mayoritariamente (67,5%) lo hacen dentro de la modalidad Ordinaria con Apoyos.

Una de las conclusiones que se puede desprender de estos datos es que cuanto antes se detecten los problemas o factores de riesgo en los niños y sus familias, menor número de recursos, apoyos y adaptaciones necesitará en el futuro escolar, influyendo en la modalidad de escolarización en el Segundo Ciclo de Educación Infantil.

En sentido inverso, tenemos la sensación de que cuanto más tarde acuden los niños y sus familiares al EAT (recordemos que los pertenecientes al programas de escolarización son el grupo de mayor edad) existirán mayores posibilidades de tener una escolarización distinta a la ordinaria, precisando, por tanto, un mayor número de recursos personales y materiales, adaptaciones más significativas y metodologías educativas específicas, en su trayectoria escolar.

CONCLUSIONES

De las dos conclusiones anteriores se podría desprender, en la línea de Myers (2005), que uno de los beneficios de la Atención Temprana puede ser el ahorro económico futuro en diferentes recursos. “Una inversión muy temprana contribuirá a reducir la inversión futura” podría ser una frase adecuada, en relación a la modalidad de escolarización en función del programa al que se adscribe el niño.

En cuanto a la segunda hipótesis específica que en la que se plantea que “los niños sobre los que se interviene en el Programa de Prevención, presentan mejores niveles psicoevolutivos“, se observa que solamente se cumple parcialmente. Los datos parecen indicar que los niños pertenecientes al Programa de Prevención son, en su conjunto, los que más se aproximan a la media de la población al finalizar el programa, puesto que el 68,9% de los sujetos presentan niveles psicoevolutivos dentro del intervalo medio de la población. También el grupo de niños que se asignan al programa de Servicio Abierto tienen niveles dentro de la media de la población, en un 58% de los sujetos, sin que podamos establecer diferencias estadísticamente significativas entre uno y otro grupo. Por último, la mayor parte de los niños pertenecientes al Programa de Escolarización en el Segundo Ciclo de Educación Infantil presentan, en su mayoría, un retraso en su desarrollo de tipo ligero (35,1%) o medio (29,7%), en los niveles psicoevolutivos. Pensamos que estos datos podrían ser explicados porque los niños que acuden al programa de prevención, en su mayoría, son niños que presentan factores de riesgo que no están sustanciados en algún tipo de patología, mientras que los niños que acuden al programa de servicio abierto, ya presentan indicadores que tienen que ver con alguna disfuncionalidad (retrasos o desfases en algunas adquisiciones, sobre todo motoras o comunicativas). Finalmente, los niños atendidos dentro del grupo de escolarización en el 2º ciclo de EI, son niños en los que esos desfases en los patrones de desarrollo están más claros, y, sobre todo, suelen ser niños que ya venían siendo atendidos por asociaciones o centros de tratamiento, que pasan por el EAT para determinar la necesidades educativas especiales que presenta el niño, de cara a la escolarización. Es decir, que, aunque en ocasiones pueden ser comparables, en la mayoría de los casos es más fácil y probable que se produzcan efectos positivos al final del periodo, en los niños que más tiempo están y, además, en los que menos patologías instauradas presentaban al entrar en el EAT.

7.3 Propuestas de mejora y Líneas de intervención futuras

A continuación, enunciaremos algunas sugerencias que puedan ser de utilidad de cara a la mejora de la intervención del Equipo de Atención Temprana:

- Aunque el número de niños y familias detectados a través del Programa de Prevención es muy amplio, sería conveniente realizar acciones futuras para intentar incrementar el número de sujetos que se detectan a través de este Programa, en edades cada vez más tempranas y así, la intervención podría iniciarse antes de los dos primeros años de vida, momento de una máxima plasticidad cerebral en el niño. Mantener y mejorar la coordinación con los Servicios de Neonatología y realizar seguimientos más frecuentes con los Centros de Salud, animando a la derivación de niños ante la observación de los mínimos retrasos en el desarrollo, podría aumentar el número de familias que acuden al Equipo de Atención Temprana.
- Incluir sistemática y específicamente a la población de niños “prematuros tardíos” dentro del Programa de Prevención de los Equipos de Atención Temprana, realizando seguimientos periódicos sobre esta población para intentar detectar cualquier alteración o retraso lo antes posible.
- Dado que el grupo de niños perteneciente al Programa Servicio Abierto es el que más evoluciona a partir de las intervenciones que se realizan, aproximándose, cada vez más, a los niveles típicos de la media de la población, convendría aumentar las acciones para detectar niños que puedan presentar algún problema, a partir de los dos años de edad. Las sugerencias propuestas en el primer punto, en relación a los Centros de Salud, podrían de nuevo servir para incrementar el número de familias que acuden al EAT.
- Otra medida sugerida podría ser intentar aumentar las acciones de difusión del servicio que presta el EAT con los distintos departamentos pertenecientes a los Servicios Sociales, así como la mejora de la coordinación entre estos servicios y el EAT. De este modo, se podrían detectar, valorar y realizar un adecuado seguimiento sobre un mayor número de niños con riesgo socioambiental.
- Del mismo modo, pensamos que también sería conveniente incrementar la detección de niños provenientes de escuelas infantiles privadas. En este sentido, creemos que convendría realizar alguna acción específica dirigida a los centros privados del municipio. Un ejemplo de alguna de estas acciones podría ser

CONCLUSIONES

realizar una visita a cada una de las Escuelas Infantiles privadas, facilitando la información oportuna del servicio que presta el EAT y dejando en cada centro folletos explicativos del servicio y hojas de solicitud de la intervención. Además, convendría recordar periódicamente, a través de llamadas telefónicas, medios virtuales o presencialmente, la importancia de detectar tempranamente a la población infantil. Sería adecuado incrementar los recursos personales de los Equipos de Atención Temprana para poder llevar a cabo estas y otras actividades.

- Por último, pensamos que sería conveniente comentar y llegar a un consenso, en el Equipo de Atención Temprana nº 2 de Murcia e intentar llevar esos acuerdos al resto de Equipos de Atención Temprana de la Región de Murcia en los siguientes puntos:
 - Descripción de algunas variables que se puedan recogerse en todos los casos que los niños y sus familias acudan al EAT, tales como fecha nacimiento, fecha primera intervención, nombres y edades padres, domicilio, remisión del niño, motivo intervención, etc.
 - Consensuar alguna/s prueba/s, cuestionario/s o inventario/s de evaluación para aplicar en la mayoría de los niños y también establecer algún protocolo de aplicación de pruebas en distintas problemáticas específicas, de cara a tener ciertos datos, en un número elevado de sujetos, para facilitar futuras investigaciones.
 - Pactar entre los diferentes Equipos de Atención Temprana un calendario de seguimientos periódicos al niño que es remitido al Equipo, para su estudio.
 - Plantearse la posibilidad de recomendar la Escolaridad temprana, en el Primer Ciclo de Educación Infantil, por sistema, a los padres de niños que acuden al servicio.

En cuanto a posibles líneas de intervención futuras sobre las que se pudieran realizar investigaciones, creemos que convendría:

- Ampliar el número de sujetos de la muestra, intentando extrapolar alguna de las hipótesis a otros contextos: otros municipios, otros equipos o servicios, etc.

- Tratar de controlar la influencia de ciertos grupos que componen la muestra (especialmente de los niños gravemente afectados), intentando analizar si, dependiendo de los niveles de afectación, podría adecuarse la intervención a las necesidades de cada grupo.
- Comprobar si existe relación entre la pronta escolaridad con otras variables tales como el desarrollo de la expresión y comprensión verbales, el juego, la relación con adultos, relaciones con otros niños, habilidades académicas, etc.
- Evaluar a los niños a más largo plazo: al entrar y salir en la educación primaria, para observar si los resultados se mantienen, aumentan o disminuyen con el paso del tiempo.
- Comprobar la eficacia de la Intervención Temprana sobre otras áreas del desarrollo: Social, Autonomía, Lenguaje, etc.
- Evaluar variables de los cuidadores que pudieran influir en el desarrollo del niño: Recursos y apoyos, niveles de estrés familiar, modelo de educación.

Como parte final de las conclusiones, queremos destacar que muchos de los resultados obtenidos no guardan relación directa con la intervención del Equipo de Atención Temprana número 2 de Murcia. Este Equipo ha evaluado en diferentes ocasiones a los niños que pasan por el servicio, ha ofrecido orientaciones a los padres de los pequeños, ha gestionado la escolarización de los niños en bastantes casos y ha realizado un seguimiento muy continuado (en muchos casos semanal) de los mismos, cuando eran escolarizados en Escuelas Infantiles públicas del municipio de Murcia. Sin embargo, muchos niños han recibido tratamiento por parte de Asociaciones de padres y de otros profesionales, han estado escolarizados en Escuelas Infantiles privadas, donde no ha sido posible realizar un seguimiento continuado, etc. Por todo lo anterior, las mejoras observadas en algunas de las variables observadas no pueden ser atribuidas a una intervención concreta, sino, más bien, al conjunto de intervenciones, lo que estaría en la línea de la importancia de los trabajos grupales.

7.4 Limitaciones de estos resultados

Pensamos que no es posible generalizar los resultados a otras poblaciones (población general, otros municipios, incluso el mismo municipio), por cuanto los datos provienen de sujetos adscritos a un mismo equipo de Atención Temprana.

Del mismo modo, destacar que tampoco es posible establecer comparaciones con otros estudios debido a la escasez de experiencias similares publicadas.

REFERENCIAS:

- Agencia Europea para el Desarrollo de la Educación del Alumnado con Necesidades Educativas Especiales (A.E.D.E.A.N.E.E.), (2010). *Atención Temprana: progresos y desarrollo 2005-2010*. Bruselas: Autor.
- Aguilera, R., Girona, F., Tosca, R. Vicent, M. y Ferrer, M. (2005). Evolución (a los 3 años) de una cohorte de recién nacidos de muy bajo peso tras la apertura de la unidad de cuidados intensivos neonatales. *Revista de Atención Temprana*, 8(1), 22-26.
- Álvarez, M.J. y Martínez, I. (2002). Programa de Atención temprana a prematuros, recién nacidos de bajo peso y recién nacidos de muy bajo peso en pediatría de Atención Primaria. *Boletín Vasco-Navarro de Pediatría*, 36, 54-58.
- Álvarez, P. (2009). *Morbilidad y secuelas de los niños prematuros en edad escolar*. Tesis doctoral. Universidad de Valladolid.
- Anderson, P.J. y Doyle, L.W. (2008). Cognitive and educational deficits in children born extremely preterm. *Seminars in Perinatology*, 32(1), 51-8.
- Appleyard, K., Egeland, B. y Sroufe, L.A. (2007). Direct social support for young high risk children: relations with behavioral and emotional outcomes across time. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 35(3), 443-457.
- Aranda, R. y Andrés, C. (2004). La organización de la atención temprana en la educación infantil. *Tendencias Pedagógicas*. 9, 217-246.
- Arizcun, J. (2002a). Aspectos neonatológicos y Factores de Riesgo en Atención Temprana. *Revista de Neurología* 34, 136-222.

- Arizcun, J (2002b). XI Reunión Interdisciplinar sobre Poblaciones de Alto Riesgo de Deficiencia. Factores emocionales del desarrollo temprano y modelos conceptuales en la intervención temprana. *Boletín del Real Patronato sobre discapacidad*. 51-52, 29-33.
- Bailey, D.B., Nelson, L., Hebbeler, K. y Spiker, D. (2007). Modeling the impact of formal and informal supports for young children with disabilities and their families. *Pediatrics*, 120(4), 992-1001.
- Barfield, W.D., Clements, K.M., Lee, K.G., Kotelchuck, M., Wilber, N. y Wise, P.H. (2008). Using linked data to assess patterns of early intervention (EI) referral among very lowbirth weight infants. *Maternal and Child Health Journal*, 12(1), 24-33.
- Barreiro, P. (1997). Estimulación temprana como proceso en la Escuela Infantil. *Rehabilitación*. 31, 495-498.
- Barrio, A. y Calvo, A. (2001). Evaluación del niño con fallo del medro. Sociedad Española de Pediatría. *Protocolos diagnósticos y terapéuticos en Pediatría, Gastroenterología*, 89-97.
- Bayley, N. (1993). *Bayley Scales of Infant Development* (Second Edition). San Antonio, TX: The Psychological Corporation.
- Bedregal, P. (2006). Eficacia y efectividad en la atención de niños entre 0 y 4 años. *En Foco*, 79. Expansiva.
- Benavides, A. (2004). Diagnóstico preconcepcional y prenatal de las deficiencias. En J. Pérez-López y A. Brito, (Coords). *Manual de Atención Temprana* (pp.59-71). Pirámide: Madrid.
- Benzies, K., Magill-Evans, J., Harrison, M.J., MacPhail, S. y Kimak, C. (2008). Strengthening new fathers' skills in interaction with their 5-month-old infants: who benefits from a brief intervention? *Public Health Nursing*. 25(5), 431-439.
- Besharov, D. y Morrow, J. (2006). Rethinking child care research. *Evaluation review*. 30 (5), 539-555.
- Bilbao, A. (2004). *Introducción al daño cerebral para familias*. Fedace: Madrid.

REFERENCIAS

- Blair C, y Diamond, A. (2008). Biological processes in prevention and intervention: the promotion of self-regulation as a means of preventing school failure. *Development and Psychopathology*, 20(3), 899-911.
- Bolsanello, M.A. (2009). Prevención desde la escuela infantil: desafíos en la realidad brasileña. *Revista Interuniversitaria de Formación del Profesorado*, 65, 57-72.
- Bonnier, C. (2008). Evaluation of early stimulation programs for enhancing brain development. *Acta Paediatrica*, 97(7), 853-8.
- Boo, N.Y., Chee, S.C. y Rohana, J. (2002). Randomized controlled study of the effects of different durations of light exposure on weight gain by preterm infants in a neonatal intensive care unit. *Acta Paediatrica*, 91, 674-679.
- Brito, A. (2004). Prevención en el ámbito de las poblaciones de riesgo biológico. En J. Pérez-López y A. Brito, (Coords.), *Manual de Atención Temprana* (pp.85-118). Madrid: Pirámide .
- Brito, A., Pérez-López, J., Martínez-Fuentes, M.T. y Díaz-Herrero, A. (2006). La prevención primaria en las escuelas infantiles desde el servicio de prevención y promoción del desarrollo infantil y atención temprana (SEPRODIAT). *Revista de Atención Temprana*, 9 (2), 91-94.
- Broggi, M.B. y Sabatelli, R. (2010). Parental perceptions of the parent-therapist relationship: effects on outcomes of early intervention. *Physical and Occupational. Therapy in Pediatrics*, 30(3), 234-47.
- Bronfenbrenner, U. (1974). Is Early Intervention effective?. *Day care and early education*, Nov, 15-18.
- Bugental, D.B., Beaulieu, D.A. y, Silbert-Geiger, A. (2010). Increases in parental investment and child health as a result of an early intervention. *Journal of Experimental Child Psychology*, 106(1), 30-40.
- Cabrerizo, R. (2009). *Estudio y evaluación del seguimiento y atención temprana de niños valorados por retraso psicomotor en la unidad de Neuropediatría del Hospital Miguel Servet de Zaragoza: Periodo 1999-2003*. (Tesis doctoral).

Universidad de Zaragoza. Zaragoza. Recuperado de <http://zaguan.unizar.es/record/4505/files/TESIS-2010-008.pdf>

- Candel, I. (2004). Prevención desde el ámbito educativo: patologías no evidentes. En J. Pérez-López y A. Brito, (Coords.), *Manual de Atención Temprana* (pp.119-132). Madrid: Pirámide.
- Candel I. (2005). Elaboración de un programa de Atención Temprana. *Revista electrónica de investigación educativa*, 7(3), 151-192.
- Carpenter B. (2007). The impetus for family-centred early childhood intervention. *Child: Care, Health and Development*, 33(6), 664-669.
- Caserío, S. y Pallás, C.R. (2009). Seguimiento del prematuro/gran prematuro en atención primaria. *Revista pediatría en atención primaria*, 11 (17), 443-45.
- Case-Smith, J. y Holland, T. (2009). Making decisions about service delivery in early childhood programs. *Language, Speech, and Hearing Services in Schools*, 40(4), 416-423.
- Casto, G. y Mastropieri, M.A. (1986). The efficacy of early intervention programs: a meta-analysis. *Exceptional Children*, 52, 417-424.
- Cohen, J. (1988). *Statistical Power Analysis for the Behavioral Sciences*. New York: Academic Press.
- Consejo de Europa (1961). Carta Social Europea. Recuperada de <https://www.coe.int/t/dghl/monitoring/socialcharter/Presentation/ESCRBooklet/Spanish.pdf>
- Coronel, C y Merón, P.M. (2006). Seguimiento del recién nacido de riesgo. *Pediatría Integral*. 10(6), 425-436.
- Council on Children With Disabilities (2007). Role of the Medical Home in Family-Centered Early Intervention Services. *Pediatrics*, 120 (5), 1153-1158.
- De Miguel, M.T. (2001). La Atención Temprana. Primeros niveles de detección e intervención. *Revista Pediatría de Atención Primaria*. 3(11), 119-128.

REFERENCIAS

- Decreto por el que se establece y regula la respuesta educativa a la diversidad del alumnado en la Comunidad Autónoma de la Región de Murcia (2009, 30 de Octubre). Boletín Oficial de la Región de Murcia, 254, Noviembre 3, 2009.
- Demestre, X. (2014). Una población especial: el prematuro tardío, un candidato más. En J. Piñero, J. Pérez-López, F. Vargas y A.B. Candela (Eds.), *Atención Temprana en el ámbito hospitalario* (pp.279-297). Madrid: Pirámide.
- Demestre, X., Raspall, F., Martínez-Nadal, S. Vila, C., Elizari, M.J. y Sala, P. (2009). Prematuros tardíos: una población de riesgo infravalorada. *Anales de Pediatría*, 71(4), 291-298.
- 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, 39-55.
- Díaz-Herrero, A., Pérez-López, J. y Martínez-Fuentes, M.T. (2004). Prevención en el ámbito de las poblaciones de riesgo socio-ambiental. En J. Pérez-López, y A.G. Brito, (Coords), *Manual de Atención Temprana* (pp.103-118). Madrid: Pirámide.
- Duncan, G.J., Ludwig, J. y Magnuson, K.A. (2007). Reducing poverty through preschool interventions. *The Future of Children*, 17(2), 143-160.
- Equipo de Atención Temprana (2012). *Plan anual de trabajo 2012-13*. Consejería Educación, formación y empleo. Murcia.
- Fasolo, M., D'Odorico, L., Costantini, A. y Cassibba, R. (2010). The influence of biological, social, and developmental factors on language acquisition in pre-term born. *Journal of speech-language pathology*, 12(6), 461-71.
- Fernández, J.R. y Pérez-Álvarez, M (2001). Separando el grano de la paja en los tratamientos psicológicos. *Psicothema*, 13 (3), 337-344.
- Ferro, R. y Vives, M.C. (2004). Un análisis de los conceptos de efectividad, eficacia y eficiencia en psicología. *Panace@*, 5(16) 97-99.
- Foster-Cohen, S.H., Friesen, M.D., Champion, P.R. y Woodward, L.J. (2010). High prevalence/low severity language delay in preschool children born very preterm. *Journal of Developmental & Behavioral Pediatrics*, 31(8), 658-67.

- Galindo, E. Bernal, T., Hinojosa, G. Galguera, M.I., Taracena, E. y Padilla, F., (1980). *Modificación de conducta en la educación especial. Diagnóstico y programas*. México: Trillas.
- García-Sánchez, F.A. (2002). Atención Temprana: elementos para el desarrollo de un modelo integral de intervención. *Bordón*. 54 (1), 39-52.
- García-Sánchez, F.A. (2002). Investigación en atención temprana. *Revista de Neurología*, 34(1), 151-155.
- Gianní, M.L., Picciolini, O., Ravasi, M., Gardon, L., Vegni, C., Fumagalli, M. y Mosca, F. (2006). The effects of an early developmental mother-child intervention program on neurodevelopment outcome in very low birth weight infants: a pilot study. *Early Human Development*, 82(10), 691-695.
- Giannoni, P.P. y Kass, P.H. (2010). Risk factors associated with children lost to care in a state early childhood intervention program. *Research in Developmental Disabilities*, 31(4), 914-23.
- Giné, C., Gracia, M., Vilaseca, R. y García-Díe, M.T. (2006). Repensar la Atención Temprana: propuestas para un desarrollo futuro. *Infancia y Aprendizaje*, 29 (3), 297-313.
- Grupo Atención Temprana G.A.T. (2000). *Libro Blanco de la Atención Temprana*. Madrid: Real Patronato sobre Discapacidad.
- Grupo Atención Temprana G.A.T. (2005). *Recomendaciones técnicas para el desarrollo de la Atención Temprana*. Madrid: Real Patronato sobre Discapacidad.
- Guralnick, M.J. (1997). *The effectiveness of early intervention*. Baltimore: Paul H. Brookes Publishing.
- Guranlnick, M.J. (1998). Effectiveness of Early Intervention for vulnerable children. A developmental perspective. *American Journal on Mental Retardation*, 102, 319-345.
- Guralnick, M.J. (2001). A developmental systems model for Early intervention. *Infants and young children*. 14 (2), 1-18.

REFERENCIAS

- Guralnick, M.J. (Ed.) (2000). *Interdisciplinary clinical assessment for young children with developmental disabilities*. Baltimore: Brookes.
- Guralnick, M.J. (2011). Why early intervention works: A systems perspective. *Infants and Young Children*, 24, 6–28.
- Guralnick, M.J. (2013). Developmental Science and preventive interventions for children at environmental risk. *Infants and young children*, 26 (4), 270-285.
- Gútiez, P. (Coord.) (2005). *Atención Temprana: prevención, detección e intervención en alteraciones del desarrollo (0-6)*. Editorial Complutense: Madrid.
- Gútiez, P. y Ruiz, E. (2012). Orígenes y Evolución de la Atención Temprana. Una Perspectiva Histórica de la Génesis de la Atención Temprana en Nuestro País. Agentes Contextos y Procesos. *Psicología Educativa*, 18(2), 107-122.
- Gútiez, P., Sáenz-Rico, B., Valle, M. (1993). Proyecto de intervención temprana para niños de alto riesgo biológico, ambiental con alteraciones o minusvalías documentadas. *Revista Complutense de Educación*, 4(2), 113-129.
- Head Star (2012). *Historia de Head Star*. Consultado el día 1 de Abril de 2014 en http://eclkc.ohs.acf.hhs.gov/hslc/Espanol/acerca/index-history_es.html?keywords=
- Hielkema, T., Hamer, E.G., Reinders-Messelink, H.A., Maathuis, C.G., Bos, A.F., Dirks, T., van Doormaal, L., Verheijden, J., Vlaskamp, C., Lindeman, E. y Hadders-Algra, M. (2010). Learn 2 move 0-2 years: effects of a new intervention program in infants at very high risk for cerebral palsy; a randomized controlled trial. *BMC Pediatrics*, 2, 10-76.
- Hintz, S.R., Kendrick, D.E., Vohr, B.R., Poole, W.K. y Higgins, R.D. (2008). National Institute of Child Health and Human Development (NICHD) Neonatal Research Network. Community supports after surviving extremely low-birth-weight, extremely preterm birth: special outpatient services in early childhood. *Archives of Pediatrics and Adolescent Medicine*, 162(8), 748-55.
- Houtzager, B.A., Gorter-Overdiek, B., Van Sonderen, L., Tamminga, P. y Van Wassenaer, A.G. (2010). Improvement of developmental outcome between 24

and 36 months corrected age in very preterm infants. *Acta Paediatrica*, 99(12), 1801-6.

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.

Jhonson, A.N. (2005). Kangaroo holding beyond the NICU. *Pediatric Nursing*, 341, 53-55.

Juan-Vera, M. J. y Pérez-López, J. (2009). El funcionamiento de un Centro de Desarrollo Infantil y Atención Temprana (CDIAT). *Revista Interuniversitaria de formación del profesorado*, 65, 21-38.

Kaaresen, P.I., Rønning, J.A., Tunby, J., Nordhov, S.M., Ulvund, S.E. y Dahl, L.B. (2008). A randomized controlled trial of an early intervention program in low birth weight children: outcome at 2 years. *Early Human Development*, 84(3), 201-9.

Kalia J.L., Visintainer, P., Brumberg, H.L., Pici, M. y Kase, J. (2009). Comparison of enrollment in interventional therapies between late-preterm and very preterm infants at 12 months' corrected age. *Pediatrics*, 123(3), 804-9.

Klebanov, P.K. Brooks-Gunn J., McCarton, C. y McCormick, M. (1998). The contribution of neighborhood and family income to developmental test scores over the first three years of life. *Child Development*, 69(5), 14200-1436.

Koldewijn, K., van Wassenaer, A., Wolf, M.J., Meijssen, D., Houtzager, B., Beelen, A., Kok, J. y Nollet, F. (2010). A neurobehavioral intervention and assessment program in very low birth weight infants: outcome at 24 months. *Journal of Pediatrics*, 156(3), 359-65.

Lafuente, M.A. (2000). *Atención Temprana a niños con ceguera o deficiencia visual*. Madrid: ONCE.

Lai, T.T. y Bearer, C.F. (2008). Iatrogenic environmental hazards in the neonatal intensive care unit. *Clinics Perinatology*, 35 (1).

REFERENCIAS

- Lampe, E.M., Karazsia, B.T. y Wildman, B.G. (2009). Identification of families at risk for behavior problems in primary care settings. *Journal of Developmental and Behavioral Pediatrics*, 30(6), 518-24.
- Landry, S.H., Smith, K.E., Swank, P.R. y Guttentag, C. (2008). A Responsive Parenting Intervention: The Optimal Timing Across Early Childhood For Impacting Maternal Behaviors And Child Outcomes. *Developmental Psychology* 44(5), 1335-53.
- León, B., Pondereux, M., Giménez, C. y Beláustegui, A. (2005). Sistema de intervención psicológica en unidad de cuidados intensivos neonatales: intervención psicológica en padres de niños prematuros. *Mapfre medicina*, 16 (2), 56-65.
- Ley de Integración Social del Minusválido (1982, 13 de Abril). Boletín Oficial del Estado, 10, Abril 30, 1982.
- Ley General de Sanidad (1986, 25 de Abril). Boletín Oficial del Estado, 112, Abril 29, 1986.
- Ley Orgánica de Calidad de la Educación, LOCE (2002, 23 de Diciembre). Boletín Oficial del Estado, 307, Diciembre 24, 2002.
- Ley orgánica de educación, LOE (2006, 3 de mayo). Boletín Oficial del Estado, 106, Mayo 4, 2006.
- Ley Orgánica de protección jurídica del menor, de modificación del Código Civil y de la Ley de Enjuiciamiento Civil (1996, 15 de Enero). Boletín Oficial del Estado, 15, Enero 17, 1996.
- Ley Orgánica General del Sistema Educativo, LOGSE (1990, 3 de Octubre). Boletín Oficial del Estado, 238, Octubre 4, 1990.
- López, M. y Pallás, C.R. (2014). Los cuidados centrados en el desarrollo. En J. Piñero, J. Pérez-López, F. Vargas y A.B. Candela (Eds.), *Atención Temprana en el ámbito hospitalario* (pp. 279-297). Madrid: Pirámide.
- Ludington-Hoe, S.M., Morgan, K. y Abouelfettoh, A. (2008). A clinical guideline for implementation of kangaroo care with premature infants of 30 or more weeks'

postmenstrual age. *Advances in neonatal care: official journal of the National Association of Neonatal Nurses*, 8 (3), 3-23.

- Martell, M., Burgueño, M., Weingerger, M. y Alonso, R. (2007). Crecimiento y desarrollo en niños de riesgo biológico y social en una zona urbana de Montevideo. *Archivos de Pediatría de Uruguay*, 78 (3), 81-93.
- Martínez-Frias, M.L., Martínez-Fernández, M.L. y Bermejo-Sánchez, E. (2012). *Prevención primaria de defectos congénitos: ¿Qué significa planificar un embarazo?* Madrid: ECEMC.
- Mashburn, A.J., Pianta, R.C., Hamre, B.K., Downer, J.T., Barbarin, O.A., Bryant, D., Burchinal, M., Early, D.M. y Howes, C. (2008). Measures of classroom quality in prekindergarten and children's development of academic, language, and social skills. *Child Development*, 79(3), 732-49.
- Maulik, P.K. y Darmstadt, G.L. (2009). Community-based interventions to optimize early childhood development in low resources settings. *Journal of Perinatology*, 29(8), 531-542.
- Meisels, S. J. y Shonkoff, J. P. (2000). Early childhood intervention: A continuing evolution. In J. P. Shonkoff y S. J. Meisels (Eds.), *Handbook of early childhood intervention* (pp 3–31). New York: Cambridge University Press.
- 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(1), 26-36.
- Moen, K.H., Bakke, H.K., Bakke, O. y Fors, E.A. (2007). Preschool children's sickness absenteeism from Norwegian regular and outdoor day care centres: a comparative study. *Scandinavian Journal of Public Health*, 35(5), 490-6.
- Morales, P. (2012). El tamaño del efecto (effect size): análisis complementario al contraste de medias. Disponible en <http://web.upcomillas.es/personal/peter/investigacion/Tama%F1oDeLEfecto.pdf>
- Morse, S.B., Zheng, H., Tang, Y. y Roth, J. (2009). Early school-age outcomes of late preterm infants. *Pediatrics*, 123(4), 622-9.

REFERENCIAS

- Msall, M.E. (2009). Optimizing early development and understanding trajectories of resiliency after extreme prematurity. *Pediatrics*. *124(1)*, 387-90.
- Msall, M.E. (2010). Measuring outcomes after extreme prematurity with the Bayley-III Scales of infant and toddler development: a cautionary tale from Australia. *Archives of pediatric and adolescent medicine*, *164(4)*, 391-3.
- Mulas, F. y Millá, (2002). Atención Temprana: Qué es y para que sirve. *Summa Neurológica*, *1 (3)*, 31-34.
- Myers, R. (2005). La primera infancia como una buena inversión. Comunicación presentada en el I Foro internacional sobre Educación Temprana o Inicial y Políticas públicas para la Infancia. Recuperado de: http://inversionenlainfancia.net/application/views/materiales/UPLOAD/ARCHIVOS_DOCUMENTO/documento_documento_file/33_14-Primera%20infancia%20buena%20inversion-Myers.pdf
- Nicholson, J.M., Berthelsen, D., Williams, K.E. y Abad, V. (2010). National study of an early parenting intervention: implementation differences on parent and child outcomes: parenting program implementation. *Prevention science*. *11(4)*, 360-370.
- Olds, D.L., Sadler, L. y Kitzman, H. (2007). Programs for parents of infants and toddlers: recent evidence from randomized trials. *Journal Children Psychology and Psychiatry*, *48(3-4)*, 355-91.
- ONU (1959). Declaración de los derechos del niño. Descargada de <http://www.oas.org/dil/esp/Declaraci%C3%B3n%20de%20los%20Derechos%20del%20Ni%C3%B1o%20Republica%20Dominicana.pdf>
- Orden por la que se regulan la estructura y funciones de los Equipos de Orientación Educativa y Psicopedagógica (1992, 9 de diciembre). Boletín Oficial del Estado, 303, Diciembre 18, 1992.
- Orden sobre funcionamiento equipos psicopedagógicos (2006, 24 de noviembre). Boletín Oficial Región de Murcia, 295, Diciembre 23, 2006.

- Padilla, N., Botet, F., Soria, S., Gratacos, E. y Figueras, J. (2014). Población de riesgo biológico: Prematuridad y bajo peso. En J. Piñero, J. Pérez-López, F. Vargas y A.B. Candela (Eds.), *Atención Temprana en el ámbito hospitalario* (pp. 103-120). Madrid: Pirámide.
- Pallás, C., de la Cruz, J. y Medina, M.C. (2001). *Apoyo al desarrollo de los niños nacidos demasiado pequeños, demasiado pronto*. Madrid: Real Patronato de Prevención y de Atención a Personas con Minusvalía.
- Pallás, C.R. (2004). Seguimiento neurológico del niño prematuro. *Foro Pediátrico*, 15, 4-10.
- Pardo, A. y Ruiz, M.A. (2002). SPSS-11 Guía para el análisis de datos. Madrid: McGraw-Hill.
- Pascual-Castroviejo, I. (1996) La plasticidad Cerebral. *Revista de Neurología*, 24(135), 1361-1366.
- Pedregal, P. (2006). Eficacia y efectividad en la atención de niños entre 0 y 4 años. *En foco*, 79, 1-30.
- Peñafiel, F., Hernández, A. y Chacón, A. (2003). Atención Temprana. *Enseñanza*, 21, 254-274.
- Perapoch, J., Pallás, C.R., Linde, M.A., Moral, M.T., Benito, F., López, M., Caserío, S. y de la Cruz, J. (2005). Cuidados centrados en el desarrollo. Situación de las unidades de neonatología de España. *Anales de Pediatría*, 64(2), 132-139.
- Pérez-López, J. (2006). Prevención, promoción del desarrollo infantil y atención temprana. *Revista de Atención Temprana*. 9 (2), 77-84.
- Pérez-López, J. (2014). Marco teórico en atención temprana y nuevas necesidades de formación para una intervención eficaz. En J. Piñero, J. Pérez-López, F. Vargas y A.B. Candela (Eds.), *Atención Temprana en el ámbito hospitalario* (pp. 27-46). Madrid: Pirámide.
- Pérez-López, J. y Sánchez-Caravaca, J. (2008). Riesgo y tratamiento como factores responsables del progreso en los niños prematuros. En: González-Pienda, J. A.;

REFERENCIAS

- Núñez-Pérez, J. C. (Ed.), *Psicología y Educación: un lugar de encuentro* (pp. 1631-1640), Oviedo: Ediciones de la Universidad de Oviedo.
- Pérez-López, J., Brito, A., Coords (2004). *Manual de Atención Temprana*. Pirámide: Madrid.
- Pérez-López, J., Martínez-Fuentes, M.T., Díaz-Herrero, A. y Brito, A. (2012). Prevención, promoción del desarrollo y atención temprana en la Escuela Infantil. *Educación en Revista*, 43, 17-32.
- Pérez-López, J., Sánchez-Caravaca, J. y Bolsanello, M. A. (2013). Atenção precoce em crianças pré-termo - aspectos educacionais, psicológicos e familiares. En T. Riechi y M.V. Moura-Ribeiro (eds.), *Desenvolvimento de crianças nascidas pré-termo* (291-305). Río de Janeiro: Revinter.
- Peydró, S. Agustí, J. y Company, J. (1997). *La educación de los alumnos con necesidades educativas especiales graves y permanentes*. Valencia: Consellería de cultura, educació i ciència.
- Piñero, J., Pérez-López, J. Vargas, F. y Candela A.B. (Eds.), (2014). *Atención Temprana en el ámbito hospitalario*. Madrid: Pirámide.
- Ponte, J. (2003). Legislación y Atención Temprana. Notas sobre aspectos sociosanitarios. *Boletín del Real Patronato sobre Discapacidad*, 56, 5-19.
- Pritchard, V.E., Clark, C.A., Liberty, K., Champion, P.R., Wilson, K. y Woodward, L.J. (2008). Early school-based learning difficulties in children born very preterm. *Early Human Development*, 85(4), 215-224.
- Real Academia Española de la Lengua (2012, 29 enero). Diccionario. Recuperado de <http://www.rae.es/rae.html>
- Real Decreto de Atención a la Diversidad (2009, 30 de Octubre). Boletín Oficial de la Región de Murcia, 254, Noviembre 3, 2009.
- Real Decreto de Ordenación de la Educación Especial (1985, 6 de Marzo). Boletín Oficial del Estado, 65, Marzo 16, 1985.

- Real Decreto de Ordenación de Prestaciones Sanitarias del Sistema Nacional de Salud (1995, 20 de Enero). Boletín Oficial del Estado, 35, Febrero 10, 1995.
- Real Decreto de Procedimiento para el reconocimiento, declaración y calificación del grado de discapacidad (1999, 23 de diciembre). Boletín Oficial del Estado, 22, Enero 26, 2000.
- Real Decreto del Currículum en Educación Infantil (1991, 6 de Septiembre). Boletín Oficial del Estado, 216, Septiembre 9, 1991.
- Real Decreto Legislativo por el que se aprueba el Texto Refundido de la Ley General de derechos de las personas con discapacidad y su inclusión social (2013, 29 de Noviembre). Boletín Oficial del Estado, 289, Diciembre 3, 2013.
- Resolución por la que se dictan instrucciones para la realización de la evaluación psicopedagógica (2013, 27 de Febrero). Boletín Oficial de la Región de Murcia, 66, Marzo 21, 2013.
- Resolución sobre el dictamen de escolarización (2012, 6 de Febrero). Boletín Oficial de la Región de Murcia, 51, Marzo 1, 2012.
- Retortillo, F. y Puerta, E. (2004). Marco normativo de las necesidades educativas especiales en las edades tempranas. *Boletín del Real Patronato sobre Discapacidad*, 57, 5-17.
- Reynolds, A.J. y Temple, J.A. (2008). Cost-effective early childhood development programs from preschool to third grade. *Annual Review of Clinical Psychology*, 4, 109-39.
- Richman, D.M. (2008). Early intervention and prevention of self-injurious behavior exhibited by young children with developmental disabilities. *Journal of Intellectual Disability Research*, 52(1), 3-17.
- Riethmuller, A.M., Jones, R. y Okely, A.D. (2009). Efficacy of interventions to improve motor development in young children: a systematic review. *Pediatrics*. 124(4), 782-92.
- Roberts, G., Howard, K., Spittle, A.J., Brown, N.C., Anderson, P.J. y Doyle, L.W. (2008). Rates of early intervention services in very preterm children with

REFERENCIAS

- developmental disabilities at age 2 years. *The Journal of Paediatrics and Child Health*, 44(5), 276-80.
- Robles, M.C., Poo, M.P. y Poch, M.L. (2008). Atención Temprana: recursos y pautas de intervención en niños de riesgo o con retrasos en el desarrollo. Protocolos de neurología de la AEP. Recuperado de <http://www.aeped.es/sites/default/files/documentos/37-atenciontemprana.pdf>
- Robles-Bello, M.A. y Sánchez-Teruel, D. (2013). Atención Infantil Temprana en España. *Papeles del Psicólogo*, 34(2), 132-143.
- Sánchez-Caravaca, J. (2006). *Eficacia de los programas de atención temprana en niños de riesgo biológico*. Tesis doctoral. Universidad de Murcia. Recuperado de <http://digitum.um.es/xmlui/bitstream/10201/99/1/SanchezCaravaca.pdf>
- Sanchez-Caravaca, J. y Candel, I. (2012). Aplicación de programas de Atención Temprana siguiendo un modelo educativo. *Educación en Revista*, 43, 33-48.
- Sastre, S y Bonachía, F (2007). Coordinación interinstitucional de los servicios de atención a la pequeña infancia en la Rioja. *Contextos educativos*. 10, 101-116.
- Schapira, I., Aspres, N., Benítez, A., Vivas, S., Rodríguez, G., Gerometta, G., Galindoa, A., Cangelosi, M., Cúneo-Libarona, M.L. y Fiorentino, A. (2008). Desarrollo alejado de niños nacidos prematuros. *Revista del Hospital Materno Infantil Ramón Sardá*, 27 (4), 155-158.
- Sellán, S., García, C. y Aragón, M.P., (2008). El recién nacido prematuro. Protocolos Diagnóstico Terapéuticos de la AEP: Neonatología. Recuperado de http://www.aeped.es/sites/default/files/documentos/8_1.pdf
- Simeonsson, R.J., Cooper, D.H. y Scheiner, A.P. (1982). A review and analysis of the effectiveness of early intervention programs. *Pediatrics*, 69, 635-641.
- Soriano, F.J. (2011). Promoción del buen trato y prevención del maltrato en la infancia en el ámbito de la atención primaria de la salud. Recuperado de http://www.aepap.org/previnfad/pdfs/previnfad_maltrato.pdf
- Stahlmann, N., Rapp, M., Herting, E. y Thyen, U. (2009). Outcome of extremely premature infants at early school age: health-related quality of life and

- neurosensory, cognitive, and behavioral outcomes in a population-based sample in northern Germany. *Neuropediatrics*, 40(3), 112-9.
- StPierre, R.G. y Rossi, P.H. (2006). Randomize groups, not individuals: a strategy for improving early childhood programs. *Evaluation Review*, 30(5), 656-85.
- Thompson, R.A. (1999). Early attachment and later development. En Cassidy, J. y Saver, P.R. (Eds.) *Handbook of attachment: Theory, research and clinical applications*. New York: The Guilford Press.
- Torres-Valdivieso, M.J., Gómez, E., Medina, M.C. y Pallás, C. (2008). Programas de seguimiento para neonatos de alto riesgo. *Protocolos Diagnóstico Terapéuticos de la AEP: Neonatología*. 278-284.
- Ulrich, B.D. (2010). Opportunities for early intervention based on theory, basic neuroscience, and clinical science. *Physical Therapy*, 90(12), 1868-80.
- UNICEF (2006). *Convención sobre los derechos del niño*. Madrid: Nuevo Siglo.
- Valadez, I, Alfaro, N y Celis, A. (2005). Predictores de utilización de la atención prenatal. *Revista de atención primaria*. 35 (4), 185-191.
- Valcarce, A. (2008). Políticas Públicas para la Atención Temprana de la Infancia (0-6 años). *Revista de Educación*. 397, 141-153.
- Valera, A. y Sánchez-Meca, J. (1997). Pruebas de significación y magnitud del efecto: reflexiones y propuestas. *Anales de Psicología*, 13 (1), 85-90.
- Valle, M. (1992). *Intervención precoz en niños de alto riesgo biológico*. Tesis doctoral. Universidad Autónoma de Madrid.
- Van de Weijer-Bergsma E, Wijnroks L, Jongmans MJ. (2008). Attention development in infants and preschool children born preterm: a review. *Infant Behavior Development*, 31(3), 333-51.
- Vanderveen, J.A., Bassler, D., Robertson, C.M. y Kirpalani, H. (2009). Early interventions involving parents to improve neurodevelopmental outcomes of premature infants: a meta-analysis. *Journal Perinatology*, 29(5), 343-51.

REFERENCIAS

- Vohr BR. (2007). How should we report early childhood outcomes of very low birth weight infants? *Seminars in Fetal and Neonatal Medicine*, 12(5), 355-62.
- VVAA (2001). Real Academia Española de la Lengua (RAE). Recuperado de <http://www.rae.es/rae.html>
- Wallander, J.L., McClure, E., Biasini, F., Goudar, S.S., Pasha, O., Chomba, E., Shearer, D., Wright, L., Thorsten, V., Chakraborty, H., Dhaded, S.M., Mahantshetti, N.S., Bellad, R.M., Abbasi, Z., y Carlo, W. (2010). BRAIN-HIT Investigators. Brain research to ameliorate impaired neurodevelopment--home-based intervention trial (BRAIN-HIT). *BMC Pediatrics*, 30, 10-27.
- Wang C.J., Elliott, M.N., Rogowski, J., Lim, N., Ratner, J.A. y Schuster, MA. (2009). Factors influencing the enrollment of eligible extremely-low-birth-weight children in the part C early intervention program. *Academic Pediatrics*, 9(4), 283-7.
- Watson, A. (2010). Understanding neurodevelopmental outcomes of prematurity: education priorities for NICU parents. *Advances in Neonatal Care*, 10(4), 188-193.
- Williams, N., Mughal, S. y Blair, M. (2008). 'Is my child developing normally?': a critical review of web-based resources for parents. *Developmental Medicine and Child Neurology*, 50(12), 893-897.
- Zupan-Simunek, V. (2010). Neurodevelopmental follow-up of very preterm infants. *Archives Pediatrics*, 17(6), 667-8.

Índice de Gráficos

<i>Gráfica 5.1</i>	<i>Distribución frecuencias y porcentajes en función del sexo</i>	<i>114</i>
<i>Gráfica 5.2</i>	<i>Distribución frecuencias y porcentajes localidad de procedencia</i>	<i>115</i>
<i>Gráfica 5.3</i>	<i>Distribución frecuencias y porcentajes profesión del padre</i>	<i>117</i>
<i>Gráfica 5.4</i>	<i>Distribución frecuencias y porcentajes profesión de la madre</i>	<i>118</i>
<i>Gráfica 5.5</i>	<i>Distribución frecuencias y porcentajes número de hermanos</i>	<i>119</i>
<i>Gráfica 5.7</i>	<i>Distribución frecuencias y porcentajes lugar que ocupa</i>	<i>120</i>
<i>Gráfica 6.1</i>	<i>Distribución frecuencias y porcentajes Programa al que se adscribe</i>	<i>127</i>
<i>Gráfico 6.2</i>	<i>Distribución frecuencias y porcentajes Procedencia</i>	<i>128</i>
<i>Gráfica 6.3</i>	<i>Distribución frecuencias y porcentajes Motivo principal de Intervención</i>	<i>130</i>
<i>Gráfica 6.4</i>	<i>Distribución frecuencias y porcentajes Problemas asociados</i>	<i>131</i>
<i>Gráfica 6.5</i>	<i>Distribución frecuencias y porcentajes Tipo de riesgo</i>	<i>132</i>
<i>Gráfica 6.6</i>	<i>Distribución frecuencias y porcentajes Diagnóstico nivel Psicoevolutivo</i>	<i>133</i>
<i>Gráfica 6.7</i>	<i>Distribución frecuencias y porcentajes Diagnóstico</i>	<i>134</i>
<i>Gráfica 6.8</i>	<i>Distribución frecuencias y porcentajes Derivación</i>	<i>135</i>
<i>Gráfica 6.9a</i>	<i>Distribución frecuencias y porcentajes escolarización inicial</i>	<i>136</i>
<i>Gráfica 6.9b</i>	<i>Distribución frecuencias y porcentajes escolarización inicial</i>	<i>137</i>
<i>Gráfica 6.10</i>	<i>Distribución frecuencias y porcentajes Escolarización posterior</i>	<i>138</i>
<i>Gráfica 6.11</i>	<i>Distribución frecuencias y porcentajes Número de seguimientos</i>	<i>139</i>
<i>Gráfica 6.12</i>	<i>Distribución frecuencias y porcentajes Pautas</i>	<i>140</i>
<i>Gráfica 6.13</i>	<i>Distribución frecuencias y porcentajes Tratamiento principal</i>	<i>141</i>
<i>Gráfica 6.14a</i>	<i>Diferencias entre el progreso mental inicial y final en función de la adscripción a un programa determinado</i>	<i>149</i>
<i>Gráfica 6.14b</i>	<i>Diferencias entre el progreso motor inicial y final en función de la adscripción a un programa determinado</i>	<i>149</i>
<i>Gráfica 6.15</i>	<i>Distribución frecuencias y porcentajes procedencia niños</i>	<i>151</i>
<i>Gráfica 6.16</i>	<i>Distribución frecuencias y porcentajes en función del Servicio Sanitario que remite al EAT</i>	<i>156</i>
<i>Gráfica 6.17</i>	<i>Progreso Mental en función de la edad de escolarización inicial</i>	<i>159</i>
<i>Gráfica 6.18</i>	<i>Progreso Motor en función de la edad de escolarización inicial</i>	<i>160</i>

Gráfica 6.19 *Distribución frecuencias y porcentajes programa al que se adscriben y modalidad de escolarización.....162*

Gráfica 6.20 *Porcentaje niños según nivel psicoevolutivo y programa al que se adscriben.....165*

Índice de tablas

<i>Tabla 2.1</i>	<i>Clasificaciones de la prematuridad.....</i>	<i>54</i>
<i>Tabla 5.1</i>	<i>Distribución de frecuencias y porcentajes por sexos.....</i>	<i>114</i>
<i>Tabla 5.2</i>	<i>Distribución de frecuencias y porcentajes por Localidad de procedencia.....</i>	<i>115</i>
<i>Tabla 5.3</i>	<i>Distribución de Medias de Edad padres, madres y niños.....</i>	<i>116</i>
<i>Tabla 5.4</i>	<i>Distribución de frecuencias y porcentajes de la profesión del padre.....</i>	<i>117</i>
<i>Tabla 5.5</i>	<i>Distribución frecuencias y porcentajes de la profesión de la madre.....</i>	<i>118</i>
<i>Tabla 5.6</i>	<i>Distribución frecuencias y porcentajes N° hermanos.....</i>	<i>119</i>
<i>Tabla 5.7</i>	<i>Distribución frecuencias y porcentajes del lugar ocupa.....</i>	<i>120</i>
<i>Tabla 6.1</i>	<i>Frecuencias y porcentajes para el Programa al que se adscribe el niño.....</i>	<i>126</i>
<i>Tabla 6.2</i>	<i>Frecuencias y porcentajes para Procedencia.....</i>	<i>128</i>
<i>Tabla 6.3</i>	<i>Frecuencias y porcentajes para el Motivo principal intervención.....</i>	<i>129</i>
<i>Tabla 6.4</i>	<i>Frecuencias y porcentajes para Problemas asociados.....</i>	<i>130</i>
<i>Tabla 6.5</i>	<i>Frecuencias y porcentajes para Tipo riesgo.....</i>	<i>131</i>
<i>Tabla 6.6</i>	<i>Frecuencias y porcentajes para Diagnóstico Nivel psicoevolutivo.....</i>	<i>133</i>
<i>Tabla 6.7</i>	<i>Frecuencias y porcentajes para el Diagnóstico.....</i>	<i>134</i>
<i>Tabla 6.8</i>	<i>Frecuencia y porcentaje para Derivación.....</i>	<i>135</i>
<i>Tabla 6.9a</i>	<i>Frecuencias y porcentajes para Tipo de escolarización inicial.....</i>	<i>136</i>
<i>Tabla 6.9b</i>	<i>Frecuencias y porcentajes para Tipo de escolarización inicial.....</i>	<i>137</i>
<i>Tabla 6.10</i>	<i>Frecuencias y porcentajes para Escolarización posterior.....</i>	<i>138</i>
<i>Tabla 6.11</i>	<i>Frecuencia y porcentaje para el Número de seguimientos.....</i>	<i>139</i>
<i>Tabla 6.12</i>	<i>Frecuencia y porcentaje para Pautas.....</i>	<i>140</i>
<i>Tabla 6.13</i>	<i>Distribución de frecuencias y porcentajes Tratamiento principal.....</i>	<i>141</i>
<i>Tabla 6.14</i>	<i>Estadísticos de muestras relacionadas.....</i>	<i>143</i>
<i>Tabla 6.15</i>	<i>Prueba de muestras relacionadas.....</i>	<i>143</i>
<i>Tabla 6.16</i>	<i>Estadísticos de muestras relacionadas depuradas.....</i>	<i>145</i>
<i>Tabla 6.17</i>	<i>Prueba de muestras relacionadas depurada.....</i>	<i>145</i>
<i>Tabla 6.18</i>	<i>Descriptivos Progreso Mental, Motor y Programa al que se Adscribe.....</i>	<i>147</i>
<i>Tabla 6.19</i>	<i>Anova Progreso Mental, Motor y Programa al que se adscribe.....</i>	<i>147</i>
<i>Tabla 6.20</i>	<i>Comparaciones post hoc método de Bonferroni.....</i>	<i>148</i>

<i>Tabla 6.21</i>	<i>Procedencia Sanitarios-resto</i>	150
<i>Tabla 6.22</i>	<i>Procedencia Sanitarios-Escuela Infantil</i>	152
<i>Tabla 6.23</i>	<i>Procedencia Sanitarios-Servicios Sociales</i>	152
<i>Tabla 6.24</i>	<i>Procedencia Sanitarios-Asociaciones</i>	152
<i>Tabla 6.25</i>	<i>Procedencia Sanitarios-Padres</i>	152
<i>Tabla 6.26</i>	<i>Procedencia Escuela Infantil-Servicios Sociales</i>	153
<i>Tabla 6.27</i>	<i>Procedencia Escuela Infantil-Asociaciones</i>	153
<i>Tabla 6.28</i>	<i>Procedencia Escuela Infantil-Padres</i>	153
<i>Tabla 6.29</i>	<i>Procedencia Servicios Sociales-Asociaciones</i>	153
<i>Tabla 6.30</i>	<i>Procedencia Servicios Sociales-Padres</i>	154
<i>Tabla 6.31</i>	<i>Procedencia Asociaciones-Padres</i>	154
<i>Tabla 6.32</i>	<i>Resultados prueba χ^2 remisión niños al EAT Procedencia</i>	154
<i>Tabla 6.33</i>	<i>Procedencia</i>	155
<i>Tabla 6.34</i>	<i>Procedencia Neonatología y Centro de Salud</i>	157
<i>Tabla 6.35</i>	<i>Procedencia Neonatología y Otros Servicios Sanitarios</i>	157
<i>Tabla 6.36</i>	<i>Procedencia Centros de Salud y Otros Servicios Sanitarios</i>	157
<i>Tabla 6.37</i>	<i>Descriptivos Progreso mental y edad escolarización</i>	158
<i>Tabla 6.38</i>	<i>Anova Progreso mental y edad escolarización</i>	159
<i>Tabla 6.39</i>	<i>Descriptivos Progreso motor y edad escolarización</i>	160
<i>Tabla 6.40</i>	<i>Anova Progreso motor y edad escolarización</i>	160
<i>Tabla 6.41</i>	<i>Frecuencia y porcentaje para Programa al que se adscriben y Tipo de Escolarización posterior</i>	162
<i>Tabla 6.42</i>	<i>Pruebas de Mann-Whitney (Servicio Abierto-Plan Prevención)</i>	162
<i>Tabla 6.43</i>	<i>Pruebas de Mann-Whitney (Plan Prevención-Escolarización)</i>	164
<i>Tabla 6.44</i>	<i>Pruebas de Mann-Whitney (Servicio Abierto-Escolarización)</i>	164
<i>Tabla 6.45</i>	<i>Contingencia Nivel psicoevolutivo y Programa al que se adscribe</i>	165
<i>Tabla 6.46</i>	<i>Pruebas de Mann-Whitney (Servicio Abierto-Plan de Prevención)</i>	166
<i>Tabla 6.47</i>	<i>Pruebas de Mann-Whitney (Servicio Abierto-Escolarización)</i>	166
<i>Tabla 6.48</i>	<i>Pruebas de Mann-Whitney (Plan de Prevención-Escolarización)</i>	166