

PEDAGOGÍA

Isabel BARBERENA ARREGUI

ATENCIÓN TEMPRANA EN LA
ESCUELA INFANTIL

TFG/*GBL* 2014

upna
Universidad
Pública de Navarra
Nafarroako
Unibertsitate Publikoa

Facultad de Ciencias Humanas y Sociales
Giza eta Gizarte Zientzien Fakultatea

Grado en Maestro de Educación Infantil /
Haur Hezkuntzako Irakasleen Gradua

Grado en Maestro en Educación Infantil
Haur Hezkuntzako Irakasleen Gradua

Trabajo Fin de Grado
Gradu Bukaerako Lana

***ATENCIÓN TEMPRANA EN LA
ESCUELA INFANTIL***

Isabel BARBERENA ARREGUI

FACULTAD DE CIENCIAS HUMANAS Y SOCIALES
GIZA ETA GIZARTE ZIENTZIEN FAKULTATEA

UNIVERSIDAD PÚBLICA DE NAVARRA
NAFARROAKO UNIBERTSITATE PUBLIKOA

Estudiante / Ikaslea

Isabel BARBERENA ARREGUI

Título / Izenburua

Atención Temprana en la Escuela Infantil

Grado / Gradua

Grado en Maestro en Educación Infantil / Haur Hezkuntzako Irakasleen Gradua

Centro / Ikastegia

Facultad de Ciencias Humanas y Sociales / Giza eta Gizarte Zientzien Fakultatea
Universidad Pública de Navarra / Nafarroako Unibertsitate Publikoa

Directora / Zuzendaria

Imelda BULDÁIN ZOZAYA

Departamento / Saila

Psicología y Pedagogía / Psikologia eta Pedagogia

Curso académico / Ikasturte akademikoa

2013/2014

Semestre / Seihilekoa

Primavera / Udaberria

Preámbulo

El Real Decreto 1393/2007, de 29 de octubre, modificado por el Real Decreto 861/2010, establece en el Capítulo III, dedicado a las enseñanzas oficiales de Grado, que “estas enseñanzas concluirán con la elaboración y defensa de un Trabajo Fin de Grado [...] El Trabajo Fin de Grado tendrá entre 6 y 30 créditos, deberá realizarse en la fase final del plan de estudios y estar orientado a la evaluación de competencias asociadas al título”.

El Grado en Maestro en Educación Infantil por la Universidad Pública de Navarra tiene una extensión de 12 ECTS, según la memoria del título verificada por la ANECA. El título está regido por la *Orden ECI/3854/2007, de 27 de diciembre, por la que se establecen los requisitos para la verificación de los títulos universitarios oficiales que habiliten para el ejercicio de la profesión de Maestro en Educación Infantil*; con la aplicación, con carácter subsidiario, del reglamento de Trabajos Fin de Grado, aprobado por el Consejo de Gobierno de la Universidad el 12 de marzo de 2013.

Todos los planes de estudios de Maestro en Educación Infantil se estructuran, según la Orden ECI/3854/2007, en tres grandes módulos: uno, *de formación básica*, donde se desarrollan los contenidos socio-psico-pedagógicos; otro, *didáctico y disciplinar*, que recoge los contenidos de las disciplinas y su didáctica; y, por último, *Practicum*, donde se describen las competencias que tendrán que adquirir los estudiantes del Grado en las prácticas escolares. En este último módulo, se enmarca el Trabajo Fin de Grado, que debe reflejar la formación adquirida a lo largo de todas las enseñanzas. Finalmente, dado que la Orden ECI/3854/2007 no concreta la distribución de los 240 ECTS necesarios para la obtención del Grado, las universidades tienen la facultad de determinar un número de créditos, estableciendo, en general, asignaturas de carácter optativo.

Así, en cumplimiento de la Orden ECI/3854/2007, es requisito necesario que en el Trabajo Fin de Grado el estudiante demuestre competencias relativas a los módulos de formación básica, didáctico-disciplinar y practicum, exigidas para todos los títulos universitarios oficiales que habiliten para el ejercicio de la profesión de Maestro en Educación Infantil.

En este trabajo, el módulo de *formación básica* me ha ayudado a comprender la importancia de programar y planificar todo lo que se quiere trabajar en Educación Infantil, así como utilizar la herramienta de observación para darnos cuenta de qué es realmente lo que los niños/as de 0 a 6 años necesitan. Es muy importante también la colaboración con la familia para poder obtener información de primera mano y establecer una relación con las mismas para realizar un intercambio de información que favorezca la intervención con los niños/as.

En el proyecto, se tienen en cuenta las bases establecidas en Atención Temprana y se analiza su importancia en la Educación Infantil.

El módulo *didáctico y disciplinar* ha permitido entender la importancia del lenguaje verbal y no verbal y poder saber así cuáles son sus expectativas y necesidades y cómo podemos encaminar el trabajo a realizar con ellos/as. De esa manera, podremos atender a las necesidades de los niños/as y asegurarnos de que los mensajes lleguen para que puedan entenderlos. Se debe asegurar la comunicación entre ambos, y teniendo en cuenta que en muchas ocasiones los niños/as con necesidades educativas especiales presentan dificultades de lenguaje, es aún más reseñable el esfuerzo a realizar para que sepan lo que se espera de ellos/as.

Teniendo en cuenta que los créditos establecidos en normativa para el módulo *practicum* me fueron convalidados, quiero destacar que en la actualidad estoy trabajando en la Escuela Infantil Valle de Egüés III de Sarriguren en la que hay varios casos de niños/as con necesidades educativas especiales. Por esa razón, he podido observar el gran abanico de necesidades que presenta cada caso. No existen dos casos iguales y la importancia de la formación en éste ámbito me parece imprescindible para poder realizar la intervención de cada niño/a.

Por último, el módulo *optativo* me ha transmitido la importancia de conocer las bases y características de cada caso ya que las necesidades que presentan son muy distintas. Es importante conocer cómo debe de ser la intervención en cada caso de necesidades educativas especiales ya que, para poder realizar una intervención adecuada, no se puede partir desde un mismo punto y realizar un trabajo común para todos los casos.

Resumen

En el siguiente Trabajo de Fin de Grado voy a realizar un análisis sobre la intervención en Atención Temprana de un niño que acude a la Escuela Infantil Valle de Egüés III de Sarriguren durante los cursos 2011-2012 y 2012-2013.

Consideraremos cuál ha sido la evolución médica del caso desde su nacimiento y valoraremos cuál ha sido la intervención a distintos niveles durante los tres años. Además se realizará una valoración de los recursos de los que ha dispuesto respecto a las necesidades educativas que presentaba.

En primer lugar he intentado realizar una conceptualización sobre la Atención Temprana para poder enfocar de manera teórica el caso y poder ahondar en los trastornos susceptibles de Atención Temprana que presentaba el niño. De la misma manera, he analizado distintos estudios sobre los trastornos que fueron diagnosticándose desde el nacimiento para pasar luego a realizar un análisis empírico sobre la intervención en distintas áreas.

Palabras clave: Atención Temprana, hemiparesia, meningitis, retraso psicomotor, escuela infantil.

Abstract

In the following Final Project Grade I will perform an analysis about the intervention in Early Childhood of a child who attends the Valle Egües III Infant School in Sarriguren during the 2011-2012 and 2012-2013 courses.

I will consider what has been the medical development of the case since this birth and I will evaluate which was the intervention at various levels over the three years. In addition there will be a valuation of the resources he had regarding the educational needs that he presented.

First of all, I tried to make a conceptualization about the Early Childhood in order to focus the case theoretically, and to go deeper in the Early Childhood susceptible disorders presented by the child. In the same way, I have analyzed several studies

about the disorders that diagnose at birth and then move to perform an empirical analysis of the intervention in different areas.

Keywords: Early Assistance, hemiparesis, meningitis, psychomotor retardations, school child.

JUSTIFICACIÓN

La elección del presente trabajo está influenciada por el desarrollo de mi quehacer profesional en el primer ciclo de Educación Infantil donde he tenido la oportunidad de ver diferentes procesos de desarrollo en los niños/as y, en base a ello, descubrir la importancia de la Atención Temprana. Así mismo, he podido comprobar actuaciones ajustadas a las necesidades de apoyo educativo en algunos casos y la realización de un trabajo coordinado entre los profesionales de los diferentes ámbitos en los que los niños/as eran atendidos.

En primer lugar, abordo el marco teórico de la Atención Temprana, el concepto, los diferentes niveles de intervención desde los ámbitos de actuación implicados así como las diferentes metodologías y modelos de intervención. Describo algunos trastornos susceptibles de recibir Atención Temprana relacionados con la propuesta empírica y desarrollo en este primer bloque el concepto de Educación Infantil en el que se enmarca la Escuela Infantil, concretando finalmente el proyecto educativo de la Escuela Infantil donde trabajo.

A continuación, hago referencia a algunos estudios bibliográficos relacionados a la propuesta empírica y el marco normativo de Atención Temprana a nivel autonómico.

Posteriormente, realizo una propuesta empírica en la que expongo el estudio de un caso que tuvimos la oportunidad de trabajar en la escuela. Analizo la historia clínica y las diferentes fases de la intervención en Atención Temprana desde los ámbitos de Salud, Servicios Sociales y Educación para finalmente, elaborar las conclusiones.

OBJETIVOS

Los objetivos que se pretenden conseguir mediante la elaboración de este proyecto son:

- Conocer qué es la Atención Temprana y su importancia.
- Analizar la normativa vigente de Atención Temprana en Educación Infantil.
- Comprobar cómo se trabaja con personas con necesidades educativas especiales en el primer ciclo de Educación Infantil.
- Tener en cuenta la importancia que tiene la coordinación interdepartamental desde los diferentes ámbitos de actuación.
- Relacionar el marco teórico de Atención Temprana con la propuesta empírica sobre un caso de necesidades educativas especiales en la Escuela Infantil.

Índice

Preámbulo

Resumen

Justificación

Objetivos

1. Marco teórico	1
1.1. Conceptualización	1
1.1.1 Atención Temprana	1
1.1.1.1 Definición	1
1.1.1.2 Objetivos	1
1.1.1.3 Niveles de intervención	2
1.1.1.4 Teorías y metodologías del modelo de Atención Temprana	15
1.1.2 Trastornos susceptibles de Atención Temprana	17
1.1.2.1 Prematuridad tardía	17
1.1.2.2 Convulsiones febriles	19
1.1.2.3 Hemiparesia	20
1.1.2.4 Meningitis	22
1.1.2.5 Microcefalia	23
1.1.2.6 Retraso psicomotor	24
1.1.2.7 Escuela Infantil	26
1.2. Estudios bibliográficos	33
1.3. Legislación	41
2. Marco empírico	51
2.1. Historia clínica	51
2.2. Fases de intervención	53
2.2.1 Intervención en rehabilitación	53
2.2.2 Intervención en el Centro de Atención Temprana	54

2.2.3 Intervención en la Escuela Infantil	59
Discusión	71
Conclusiones y cuestiones abiertas	75
Referencias	77
Anexos	80
Anexo 1. Informe individualizado final de curso	81
Anexo 2. Informe inicial Centro de Atención Temprana	82

1. MARCO TEÓRICO

1.1. Conceptualización

1.1.1 Atención Temprana

1.1.1.1 Definición

El Libro Blanco de la Atención Temprana, recoge que:

La Atención Temprana, es el conjunto de intervenciones, dirigidas a la población infantil de 0-6 años, a la familia y al entorno, que tienen por objetivo dar respuesta lo más pronto posible a las necesidades transitorias o permanentes que presentan los niños con trastornos en su desarrollo o que tienen el riesgo de padecerlos. Estas intervenciones, que deben considerar la globalidad del niño, han de ser planificadas por un equipo de profesionales de orientación interdisciplinar o transdisciplinar. (GAT, 2000, 10).

De la misma manera el Libro Blanco de Atención Temprana indica un objetivo principal que consiste en que todos los niños/as que presenten trastornos en su desarrollo o tienen riesgo de padecerlos puedan recibir, siempre y cuando se tengan en cuenta los aspectos biopsicosociales, todas aquellas intervenciones preventivas y asistenciales para poder potenciar su capacidad de desarrollo y bienestar, favorecer su integración en el medio familiar, escolar y social de la misma manera mejorar su autonomía personal.

1.1.1.2. Objetivos.

La Atención Temprana tiene otros objetivos propios:

1. *“Reducir los efectos de una deficiencia o déficit sobre el conjunto global del desarrollo del niño/a.*
2. *Optimizar, en la medida de lo posible, el curso del desarrollo del niño/a.*

3. *Introducir los mecanismos necesarios de compensación, de eliminación de barreras y adaptación a necesidades específicas.*
4. *Evitar y reducir la aparición de efectos o déficits secundarios o asociados producidos por un trastorno o situación de alto riesgo.*
5. *Atender las necesidades y demandas de la familia y el entorno en el que vive el niño.*
6. *Considerar al niño como sujeto activo de la intervención” (GAT, 2000, 17).*

1.1.1.2 Niveles de intervención

Tal y como he mencionado en la definición de Atención Temprana, el modelo bio-psico-social de Atención Temprana conlleva la coordinación de todos los servicios que actúan en el contexto del niño/a y su familia para potenciar la salud, la educación y el bienestar social.

Con el concepto de la Atención Temprana basado en el modelo de atención integral, ésta debe formar parte de un proceso global que tienda al desarrollo armónico del niño/a y a la integración en su entorno. Los principales ámbitos que deben contemplar las actuaciones coordinadas en materia de Atención Temprana son el familiar, educativo, sanitario y social.

Así pues, las actuaciones a desarrollar en un plan integral y coordinado en Atención Temprana se agruparán en torno a los diferentes niveles de intervención y desde los diferentes ámbitos con competencias en esta materia: sanitario, social y educativo; todos ellos deben desarrollar de un modo coordinado y eficaz sus programas y actuaciones.

La colaboración se estructura en tres niveles de intervención:

1. Prevención primaria.
2. Prevención secundaria
3. Prevención terciaria

La prevención primaria es una medida dirigida a la población en general para tratar de evitar la aparición de deficiencias y trastornos en el desarrollo infantil. Desde la

Atención Temprana a este nivel competen actuaciones para *prevenir y sensibilizar* a la población.

La prevención secundaria tiene la función de *detectar y diagnosticar* precozmente los trastornos en grupos considerados de riesgo.

La prevención terciaria se dirige a *eliminar o reducir* las consecuencias las consecuencias derivadas de los trastornos o disfunciones es decir, cómo atender los en los diferentes ámbitos (social, sanitario, educativo, familiar).

1. Prevención primaria en Atención Temprana

El Documento Marco de Atención Temprana elaborado por el Instituto Navarro de Bienestar Social en el año 2004, en relación a la prevención primaria, recoge que el objetivo general es *“evitar las condiciones que pueden llevar a la aparición de deficiencias o trastornos en el desarrollo infantil a través de actuaciones preventivas y de sensibilización dirigidas a la población en general”*. (Documento Marco, 2004, 16) Los servicios con competencias son prioritariamente los de Salud, Servicios Sociales y Educación.

Desde el *ámbito de salud* están establecidos los programas de planificación familiar, atención a la mujer embarazada, salud materno-infantil, detección de metabopatías, calendario de vacunaciones, información de factores de riesgo y su prevención, pediatría de atención primaria así como las actuaciones hospitalarias y sanitarias en general. Estos programas han permitido la erradicación de muchas enfermedades y patologías así como su detección y tratamiento precoz.

Los servicios de Pediatría en Atención Primaria, dirigidos a la población infantil desde su nacimiento hasta los 15 años, son primordiales en la prevención de los trastornos en el desarrollo y situaciones de riesgo, al estar dirigidos a toda la población infantil, a través de los programas de revisiones regulares y control del niño/a sano.

Los programas de seguimiento de niños/as con alto riesgo de presentar trastornos neuropsicosensoriales, realizados desde las Unidades de neonatología, Pediatría y Neurología Infantil van dirigidos específicamente a un grupo especialmente vulnerable de la población infantil.

Los servicios de Salud Mental Infantil contribuyen a la prevención primaria colaborando con los equipos de salud y de planificación familiar en programas materno-infantiles tratando de evitar la aparición de situaciones de riesgo.

En el *ámbito social* y desde los servicios sociales de base, hay que tener en cuenta las intervenciones destinadas a la prevención de situaciones de riesgo social y de maltrato al menor. La actuación de los Servicios Sociales se enmarca generalmente en una actuación de atención a la familia por su reconocida importancia en el bienestar y desarrollo del niño/a y de seguimiento en los casos de alto riesgo.

En el ámbito social, los Centros de Desarrollo Infantil y Atención Temprana contribuyen de forma especial en la prevención de los trastornos de desarrollo. En la Comunidad Foral de Navarra, el centro de Atención Temprana pertenece al Departamento de Políticas Sociales quien tiene competencias en esta materia.

Desde el *ámbito educativo* hay que tener en cuenta las actuaciones de apoyo al niño/a y a la familia desde las Escuelas Infantiles y Centros Educativos a los que accede la población infantil entre 0-6 años. La función de estos centros en la prevención de los trastornos en el desarrollo puede ser fundamental para las poblaciones de alto riesgo, al ofrecer un entorno estable y estimulante a un sector de la población infantil que a menudo sufre de condiciones adversas en el seno de la familia.

Tabla 1. Competencias y actuaciones en cada ámbito

SERVICIOS SOCIALES	SALUD	EDUCACIÓN
Agencia Navarra para la autonomía de personas. Centro Atención Temprana. Instituto Navarro para la familia y la igualdad. Servicios Sociales: Servicios Sociales de Base. Servicios Sociales Especializados. Prestaciones.	Ginecología-Obstetricia. Neonatología. Pediatría Atención Primaria. Genética. Hospitalización.	Escuelas Infantiles. Centros educativos 3-6 años. CREENA.
	ACCIONES	
<ul style="list-style-type: none"> - Apoyo a las familias. - Seguimiento de familias de alto riesgo social y de maltrato. - Colaboración con otros servicios. - Campañas de información y sensibilización. 	<ul style="list-style-type: none"> - Planes preventivos (Ac. Fólico en el embarazo, profilaxis ocular, vitamina K, OEA, Sreening metabólico neonatal). - Revisiones periódicas (embarazo, neonatos). - Exámenes de Salud (PSI). - Consejo Genético. - Derivación a CAT. 	<ul style="list-style-type: none"> - Apoyo a las familias.

2. Prevención secundaria en Atención Temprana.

El objetivo general es *“detectar y diagnosticar precozmente con el fin de evitar o reducir las consecuencias negativas de las condiciones detectadas en grupos de población considerados de riesgo”*. (Documento Marco, 2004, 40).

La *detección y diagnóstico* de las posibles alteraciones en el desarrollo infantil es un aspecto esencial de la Atención Temprana en la medida en que va a posibilitar la puesta en marcha de las actuaciones necesarias. Cuanto antes se realice la detección,

se podrán prevenir patologías añadidas, potenciar mejoras funcionales y posibilitar un ajuste adaptativo entre la población infantil y su entorno.

La detección temprana de los trastornos en el desarrollo constituye el paso imprescindible para el diagnóstico. Es fundamental para poder incidir en una etapa en la que el sistema nervioso está en un momento de maduración y plasticidad y las posibilidades terapéuticas son más eficaces. La detección de signos de alerta, que constituyen posibles indicaciones de trastornos en el desarrollo, debe estar presente en el trabajo cotidiano de todos aquellos que trabajan con niños y niñas de edades tempranas.

La detección debe ir seguida del inicio del proceso diagnóstico para la posterior intervención terapéutica si fuera necesaria.

- **Ámbito sanitario**

La detección de trastornos de desarrollo o situaciones de riesgo debe realizarse en las etapas prenatal, perinatal y postnatal y se llevará a cabo por parte de diferentes profesionales, generalmente del ámbito sanitario: servicios de obstetricia, neonatología, pediatría, genética...

Etapas prenatales

La prevención secundaria de los trastornos en el desarrollo infantil debe iniciarse en los servicios de Obstetricia, en los programas de atención a la embarazada por parte de los profesionales sanitarios (obstetras y matronas) que tienen las funciones de detectar situaciones de riesgo y de informar, apoyar y orientar a las futuras madres. Así mismo y si es conveniente, se derivará a servicios especializados en embarazos de alto riesgo como:

- a) Alteración que con seguridad conducirá a un trastorno en el desarrollo y/o discapacidad posterior: espina bífida, cromosomopatía, focomielia, etc.
- b) Circunstancias presentes en el feto o en la madre, asociadas con frecuencia a alteraciones en el desarrollo: determinadas alteraciones estructurales del sistema nervioso central, infecciones maternas, etc.

- c) Condiciones de elevado riesgo biológico
- d) Condiciones de elevado riesgo psico-afectivo y social:

La detección de trastornos de origen biológico asociados a discapacidad posterior es una función interdisciplinar de los diferentes profesionales sanitarios que colaboran estrechamente para poder ofrecer a la familia una ajustada información sobre la situación, pronóstico, posibilidades de prevención y actuaciones posibles así como posibles consecuencias, recursos terapéuticos, etc.; La familia debe tener esta información temprana, de manera objetiva, completa y comprensible a fin de que pueda decidir libremente su opción.

Si existe un diagnóstico prenatal de deficiencia y prosigue el embarazo, será necesaria una atención psicológica a la familia para proteger el vínculo madre-hijo/a, al comunicarse el diagnóstico.

Si el diagnóstico prenatal de deficiencia va seguido de una interrupción del embarazo, se debe ofrecer apoyo psicológico a la familia

Etapas perinatales

- Servicios de Neonatología

En las unidades de Neonatología reciben atención niños/as con alto riesgo de presentar deficiencias, trastornos o alteraciones en su desarrollo, en función de determinadas condiciones genéticas y de situaciones adversas en el ámbito biológico y orgánico: infecciones intrauterinas, bajo peso, hipoxia, hemorragias cerebrales, infecciones postnatales.

La necesaria permanencia de estos niños/as en la Unidad Neonatal añade otros factores de riesgo, de carácter ambiental y psico-afectivo, sobre todo en situaciones prolongadas. Actualmente han mejorado notablemente las Unidades de Neonatología (como es el caso de la Unidad de Neonatología del Complejo Hospitalario de Navarra) en cuanto permiten a las familias la entrada sin límites horarios lo que beneficia tanto al bebé como a la familia por el apoyo que puede recibir en esos momentos complicados. Se cuida también los estímulos ambientales de estas unidades (ruido,

temperatura, iluminación,...) potenciando en la medida de lo posible un entorno acogedor.

Durante el periodo de permanencia en la unidad neonatal no es siempre posible determinar con seguridad la evolución futura del niño/a, pero sí establecer la condición de riesgo y la necesidad de un seguimiento evolutivo. En estas circunstancias se establecen las medidas terapéuticas oportunas y posibles, adaptadas siempre a la situación vital del niño.

Etapas postnatal

- Servicios de Pediatría de Atención Primaria

La unidad de Pediatría de Atención Primaria (pediatría y enfermería), constituye el primer nivel de detección de los trastornos de desarrollo, así como en la identificación de factores de riesgo bio-psico-social en todos los menores de 0-6 años al igual que en la identificación de los signos de alarma. Estos profesionales de pediatría son los únicos que realizan el control evolutivo del desarrollo de los menores de 0-3 años, que no asisten a escuelas infantiles, hasta el momento de su escolarización.

Las modalidades de atención establecidas son la visita a demanda de la familia, el Programa de Salud Infantil (EPSI) y las visitas programadas por el/la pediatra para seguimiento de bebés con patologías que precisa controles periódicos o casos en los que se detecta alteraciones de desarrollo y/o factores de riesgo.

- Servicios educativos

Cuando el niño/a asiste a la escuela infantil, las educadoras/es y maestros/as son importantes agentes en la detección de problemas en las capacidades y comportamientos básicos para el aprendizaje: habilidades motoras, de socialización, de lenguaje, dificultades de percepción, atención, emocionales o problemas cognitivos.

El contexto de la Escuela Infantil y del centro escolar con las interacciones que en ambos se producen y que son diferentes a las del medio familiar, permiten poner de manifiesto la presencia de alteraciones en el proceso evolutivo, desajustes en el desarrollo psico-afectivo del niño/a y/o alteraciones en su comportamiento. Estas

alteraciones y desajustes, por su propio carácter o por la menor gravedad del trastorno, pueden no ser percibidos por la familia y el personal sanitario de referencia.

Cuando los profesionales de educación detecten posibles trastornos, se iniciará una labor coordinada con la familia y el/la pediatra para, en su caso, realizar la derivación pertinente al centro de Atención Temprana y realizar un diagnóstico.

Así mismo en el contexto educativo se pueden detectar situaciones de riesgo social, inadecuada atención, carencias afectivas y sospecha de maltrato infantil, siendo en estos casos fundamental la coordinación con los profesionales de Servicios Sociales.

- El entorno familiar

La familia es muchas veces quien percibe que hay diferencias entre el comportamiento de su hijo o hija y el de otros niños/as de su edad y generalmente pide asesoramiento al pediatra, su principal referente, por lo que es la propia familia un agente de detección en el medio natural.

- Servicios Sociales

Los Servicios Sociales en la relación con las familias con problemática psico-social y la comunidad en general, disponen de medios para detectar factores de riesgo social para el desarrollo infantil: precariedad de recursos económicos, madres adolescentes, drogodependencias, marginación social, etc.

Así mismo el Centro de Atención temprana tiene entre sus actuaciones la detección de necesidad de ayuda en el proceso de desarrollo.

Tabla 2. Competencias y acciones en cada ámbito

SERVICIOS SOCIALES	SALUD	EDUCACIÓN	ENTORNO FAMILIAR
Agencia Navarra para la autonomía de las personas. Centro Atención Temprana. Profesionales del Centro de AT. Instituto Navarro para la familia e Igualdad Servicios Sociales: Servicios Sociales Especializados. Prestaciones.	Pediatría Atención Primaria. Neonatología. Asistencia especializada. Neuropediatría. Otorrinolaringología. Oftalmología. Rehabilitación. Salud Mental. Hospitalización.	Escuelas Infantiles. Centros educativos 3-6 años. CREENA	Familia próxima.
ACCIONES			
- Detección de niños/as en situación de riesgo por desviaciones en el proceso evolutivo. - Atención en la propia escuela. - Detección de situaciones familiares de riesgo. - Derivación al Centro de AT.	- Detección de signos de riesgo pre y perinatal. - Diagnóstico precoz de las patologías neurológicas y sensoriales. - Derivación al Centro de Atención Temprana.	- Detección de niños/as en situación de riesgo por desviaciones en el proceso evolutivo. - Atención en el propio centro. - Derivación a Servicios de Salud, Servicios Sociales y en su caso al CAT.	- Detección de diferencias en el comportamiento . - Consulta al pediatra. - Derivación al Centro de A.T.

3. Prevención terciaria en Atención Temprana.

El objetivo general es “eliminar o reducir las consecuencias negativas de los trastornos o disfunciones detectadas en el desarrollo del niño/a. Constituyen todas las actividades dirigidas hacia el niño/a, y su entorno” (Documento Marco, 2004,18).

El órgano responsable del servicio de Atención Temprana en Navarra es el *Centro de Atención Temprana (CAT)* que depende de la Agencia Navarra para la Autonomía de las Personas (ANAP) y realiza las funciones de planificación, valoración, evaluación y organización de las actividades del Servicio de Atención Temprana para toda la Comunidad de Navarra.

Corresponde al mismo la recepción de *todas las solicitudes* del programa tanto las realizadas directamente por los padres, tutores o guardadores, como las derivadas por los profesionales de otros servicios.

Entre sus actuaciones en este nivel están el diagnóstico funcional de los trastornos del desarrollo, la intervención habilitadora, rehabilitadora, terapéutica e interdisciplinar del menor, su familia y entorno así como la orientación, apoyo y acompañamiento a la familia en proceso de desarrollo integral del menor.

La intervención consta de diferentes fases: valoración inicial, intervención terapéutica, seguimiento y derivación.

Tras la *valoración inicial* la intervención se planificará de forma global pero adaptada al caso individual; se plantearán pautas específicas ajustadas a las necesidades de cada niño o niña y cada familia en las diferentes áreas del desarrollo y se tendrán en cuenta la situación y posibilidades de la familia y del medio escolar. Tras el periodo de adaptación, comienza la *intervención* propiamente dicha; se realizará el programa que debe incluir la temporalización de objetivos, metodología y la evaluación de los propuestos o del resultado de la aplicación del programa. Éste agrupa todas las actividades dirigidas hacia el niño o niña, familia y entorno (escuela Infantil y/o centro educativo) con el objetivo de mejorar las condiciones de su desarrollo. Los ámbitos de actuación y la modalidad de intervención se establecerán en función de la edad, características y necesidades del niño/a, del tipo y grado de trastorno, de la familia, del propio equipo y de la posible colaboración con otros recursos de la comunidad. Lo deseable es que el programa se realice, con la participación de las familias y tutores, lo cual permitirá a éstos descubrir sus propios recursos y a la vez reforzar la relación con su hijo/a, aspecto muy importante para su evolución madurativa y afectiva.

El número de sesiones y el tiempo de duración de cada una dependerán de las necesidades reales del niño/a.

Se informará a la familia de cualquier cambio en la intervención así como de todos los recursos administrativos (asistencia, ayudas económicas y legales, etc.).

Cuando los niños/as están en el sistema educativo, los profesionales de las escuelas junto con los profesionales de los Centros de Atención Temprana deben coordinarse y reflexionar sobre cuál es la situación del niño/a y de la familia en el momento de integrarse en el centro. Posteriormente y en colaboración con el equipo escolar y los educadores y educadoras, se podrán fijar espacios en los que se discutan los objetivos pedagógicos, las estrategias de aprendizaje y la utilización de suficientes recursos materiales o personales para poder cumplir los objetivos prefijados.

Entendemos por *evaluación y seguimiento* “*el proceso integral a partir del cual se valoran los cambios producidos en el desarrollo del niño o niña y en su entorno, la eficacia de los métodos utilizados. Su finalidad es verificar la adecuación y efectividad de los programas de actuación en relación a los objetivos planificados*”. (GAT, 2000, 25).

Se realizará una evaluación continua que permitirá ir ajustando el programa a las necesidades e introducir modificaciones y evaluación final que determina si se han cumplido los objetivos marcados en el inicio de la intervención y servirá también para concretar si ésta se considera finalizada o si se tiene que realizar una derivación.

El periodo de atención de un niño/a en un servicio de Atención Temprana finaliza cuando se considera que por su positiva evolución ha logrado los objetivos tras la revisión del programa y no precisa de este servicio; también debe considerarse la derivación al sistema educativo por razones de edad.

En ambos casos, la familia debe ser informada y recibir información un informe escrito que sintetice la evolución del niño/a y la situación actual así como las necesidades que se consideren precisas.

En esta fase de derivación se establecerán los mecanismos de coordinación con los centros receptores.

Desde el *ámbito de Salud*, la prevención terciaria se realiza desde los servicios que realizan el seguimiento de las patologías que concurren: neonatología, neuropediatría, Otorrinolaringología, rehabilitación etc., llevando a cabo las actuaciones pertinentes para el tratamiento de las patologías y rehabilitación de secuelas.

La coordinación se establece en primer lugar con el equipo o centro de salud que deriva al niño al programa de seguimiento. Para los niños/as que han estado ingresados en la unidad neonatal la coordinación comenzaría con la planificación del alta hospitalaria. En los casos que provienen de servicios de Pediatría Primaria, servicios sociales, escuelas infantiles, etc., la coordinación será con cada uno de ellos.

Sin duda alguna la coordinación continuada con pediatría de Atención Primaria es fundamental como lo es con los profesionales del Centro de Atención Temprana si fuera el caso.

Tabla 3. Competencias y acciones en cada ámbito

POLÍTICAS SOCIALES	SALUD	EDUCACIÓN
<p>Agencia Navarra para la autonomía de las personas.</p> <p>Centro Atención Temprana:</p> <ul style="list-style-type: none"> -Unidad de Valoración -Unidad de intervención y Atención temprana <p>Instituto Navarro para la familia e igualdad.</p> <p>Servicios Sociales:</p> <p>Servicios Sociales Especializados Prestaciones</p> <p>Entidades de iniciativa Social</p> <ul style="list-style-type: none"> - ASPACE - ANFAS - ONCE - ANA - EUNATE 	<p>Neonatología.</p> <p>Pediatría de atención primaria.</p> <p>Asistencia especializada.</p> <p>Neuropediatría</p> <p>Otorrinolaringología inf.</p> <p>Traumatología infantil</p> <p>Oftalmología infantil</p> <p>Digestivo pediátrico</p> <p>Rehabilitación</p> <p>Neumología infantil</p> <p>Cirugía pediátrica</p>	<p>Escuelas Infantiles</p> <p>Centros educativos 3-6 años</p> <p>CREENA</p>
ACCIONES		
<ul style="list-style-type: none"> - Intervención en el propio centro. - Derivación al Centro de AT. <p>Planificar y diseñar el PDI teniendo en cuenta al niño/a, familia y entorno.</p> <p>Seguimiento de la evolución en el desarrollo de cada niño/a.</p> <ul style="list-style-type: none"> -Prestaciones 	<ul style="list-style-type: none"> - Tratamiento de patologías - Rehabilitación de secuelas - Coordinación con Pediatría de atención primaria -Derivación al CAT. 	<ul style="list-style-type: none"> - Intervención en el propio centro. - En su caso, derivación al CAT

1.1.1.4 Teorías y metodologías del modelo de Atención Temprana

Inicialmente la Atención Temprana se centraba en la población infantil con discapacidad y para acceder al programa era un requisito la valoración de discapacidad; las primeras intervenciones se realizaban a través de los servicios sanitarios a los que después se unieron los servicios sociales y educativos.

Según la tesis realizada por Carmen Andrés en 2011 se recoge que Gútiez señala como modelo inicial de la actividad en Atención Temprana, el *Modelo Conductista*. Este modelo, busca una razón de la conducta en los factores internos de la persona. También se recogen en la tesis los trabajos de Watson (1920) y Skinner (1953) que tuvieron gran relevancia hasta los años sesenta en este tema.

Este planteamiento reconoce que la conducta puede modificarse con la aplicación de los principios de psicología del aprendizaje.

La evaluación se basa en datos exactos y objetivos representados de forma cuantitativa y ponen de manifiesto el carácter medible, evaluable de la conducta.

Posteriormente puede referirse a un nuevo modelo basado en la patología y la actuación terapéutica llamado *Clínico-Rehabilitador* basándose en lo recogido en la tesis según Gútiez.

Según el autor el modelo *Clínico-Rehabilitado* es un modelo condicionado por su ubicación hospitalaria. Eso permite una buena conexión entre los servicios de detección como el de Neonatología, Pediatría y Rehabilitación así como otros servicios del hospital. También recoge que existen dificultades en la detección, diagnóstico y tratamiento de los problemas de origen social. Además se menciona que los niños/as atendidos por este modelo son los denominados de alto riesgo orgánico.

En este modelo la Atención Temprana se dirige a establecer, potenciar o evitar el deterioro del tono así como el equilibrio postural, motricidad gruesa y fina o, en menor medida, el lenguaje. Este modelo emplea básicamente técnicas de fisioterapia por lo que no se trata de una rehabilitación global pero estaba centrado en el niño/a.

Según la tesis, existe un tercer modelo, el *Psicopedagógico* definido por Gútiez, elaborado por equipos multidisciplinares cuando comienzan los equipos de Atención Temprana. Este modelo tiene como objetivo ofrecer una atención global para atender de manera simultánea al niño o niña, a la familia y a la comunidad.

Los equipos de Atención Temprana ofrecen distintos servicios en sesiones ambulatorias y en ocasiones domiciliarias. Los servicios son la información, detección, diagnóstico, orientación, tratamientos psicopedagógicos y rehabilitadores, apoyo y asesoramiento a familias, apoyo y asistencia técnica en escuelas infantiles.

En este modelo se considera al sujeto en su totalidad, trabajando la motricidad, desarrollo cognitivo, lenguaje y desarrollo afectivo y social para lograr una atención global y continua de la población infantil en un ambiente familiar adecuado.

En la Atención Temprana la atención a las familias es primordial ya que son las personas que más conocen al niño/a y es en su entorno donde se dará el desarrollo del niño o niña.

En estos programas se ofrece formación y supervisión sobre el cuidado del niño/a, desarrollo psicológico para poder lograr un refuerzo en la autoestima y seguridad.

Existen otros modelos como el *Ecológico*, el *Interactivo* y el *Transaccional* proponen otras visiones sobre el tema pero ninguno de ellos es lo suficientemente completo para poder atender todas las variaciones y casuísticas de los casos.

Estos modelos de actuación se van incluyendo elementos para poder identificar factores socio-ambientales que influyen el niño/a y en la familia así como guiar a los profesionales en su actuación con los niños/as y las familias.

Cada vez se ofrece mayor peso a la parte educativa y no tanto a la asistencial.

Para finalizar debemos entender que la actuación de la Atención Temprana ha de realizarse en ambientes naturales del niño/a, actividades cotidianas, relaciones interpersonales y la misión del servicio será poder trabajar con la familia en la necesidad y problemáticas del caso así como ofrecer asesoramiento.

1.1.2 Trastornos susceptibles de Atención Temprana

Existen diversos trastornos en el niño/a que son susceptibles de intervención en Atención Temprana. En este estudio se realiza una conceptualización de aquellos trastornos presentes en el seguimiento del caso que se presenta.

1.1.2.1 Prematuridad tardía

Según la definición de la biblioteca médica “Medlineplus” debemos partir de la base de que los embarazos en humanos duran alrededor de 40 semanas. Cuando un nacimiento se da entre la semana 37 y la 41 de gestación se dice que el bebé ha nacido a término y si ha nacido antes de las 37 semanas el bebé se considera prematuro.

Los nacimientos producidos entre las 34 y 36 semanas son considerados nacimientos casi a término y la mayoría de los nacimientos prematuros pertenecen a ésta categoría.

Normalmente los partos prematuros suelen producirse de manera espontánea, sin uso de fármacos u otros métodos, por una rotura de membranas o del saco amniótico.

Podría ser que los partos prematuros estén producidos por infecciones del útero o bien por problemas genéticos, antecedentes de salud o consumo de drogas durante el embarazo.

Existen distintas causas que pueden producir un parto prematuro como pueden ser el haber tenido un parto prematuro anterior, partos múltiples o problemas de útero.

Estos bebés que no han alcanzado el nivel de maduración suelen tener distintos problemas de salud como problemas respiratorios, problemas cardíacos incluso un riesgo mayor de muerte. La mayoría de bebés prematuros suelen necesitar cuidados especiales en las unidades de neonatología (NICU).

Según el nivel de maduración alcanzado antes del parto podemos encontrar distintos problemas de salud que pueden alargarse durante toda la vida como pueden ser distintas discapacidades intelectuales, parálisis cerebral, problemas respiratorios, dificultades de visión y audición, autismo, trastornos del lenguaje, etc.

Entre los problemas de salud que se asocian a los partos prematuros pueden ser de distintos tipos:

- Problemas respiratorios: normalmente se dan en casos de menos de 34 semanas de gestación.
- Hemorragias intraventriculares: pueden darse hemorragias en el cerebro en los ventrículos y suelen darse en los primeros tres días de vida.
- Problemas cardíacos como el conducto arterial patente en el que se da una conexión entre dos vasos sanguíneos importantes cerca del corazón.
- Problemas intestinales como la enterocolitis necrotizante por lo que los bebés pueden tener hinchazón abdominal y diarrea.
- Problemas visuales como la retinopatía de la premadurez en la que se da un crecimiento anormal de los vasos sanguíneos del ojo que pueden producir una pérdida de visión.
- Ictericia: acumulación de bilis en sangre. Se produce por una falta de madurez en el hígado.
- Anemia: un recuento bajo de glóbulos rojos en sangre que pueden producir retrasos en el crecimiento por problemas de alimentación.
- Displasia broncopulmonar en la que se acumula líquido en los pulmones, lesiones y daño pulmonar.
- Infecciones debido a que el sistema inmunológico no está totalmente desarrollado.

[Disponible en (18/05/2014):
<http://nacersano.marchofdimes.com/complicaciones/que-es-el-nacimiento-prematuro.aspx>]

1.1.2.2 Convulsiones febriles

Las convulsiones febriles suelen ser más frecuentes en niños/as sin problemas anteriores de salud entre 9 meses a 5 años. Las convulsiones febriles a menudo son hereditarias.

Gran parte de las convulsiones febriles pueden ser anteriores a una enfermedad, unas 24 horas anteriores. Pueden producirse debido a infecciones en el oído o cualquier resfriado o enfermedad viral.

Una convulsión febril puede manifestarse de distinta forma (a la niña/o se le voltean los ojos o se le ponen rígidas las extremidades) y suele detenerse en un máximo de diez minutos, seguidos de un tiempo de somnolencia o confusión.

El inicio de estas convulsiones suele producirse con una contracción repentina de los músculos del niño o niña y además pueden transcurrir con llantos o gemidos, desvanecimiento, vómitos, falta de respiración, etc.

Normalmente el diagnóstico de convulsión febril se realiza siempre y cuando no haya epilepsia y exista presencia de una convulsión tónico-clónica generalizada.

También es importante descartar otras causas de convulsión que puedan producir estos episodios tales como la meningitis.

Es importante realizar todo tipo de pruebas (EEG, tomografía computarizada de cráneo y punción lumbar).

En niños y niñas menores de 9 meses se recomiendan exámenes y seguimientos adicionales si existen trastornos cerebrales, neurológicos o del desarrollo, así como si la convulsión ocurre en una sola parte del cuerpo o dura más de quince minutos.

[Disponible en (21/05/2014): <http://www.nlm.nih.gov/medlineplus/spanish/ency/article/000980.htm>]

1.1.2.3 Hemiparesia

Esta afección ha sido estudiada desde 1860 y fue recurrente en casos de partos prematuros y complicados en los que había habido falta de oxígeno en el nacimiento y se había producido daños en los tejidos cerebrales sensibles que controlan el movimiento.

Sigmund Freud defendió que el daño se había producido dentro del útero en el proceso de maduración del cerebro ya que presentaban problemas neurológicos como retraso mental, trastornos visuales y convulsiones.

En distintos estudios realizados por el Instituto Nacional de Trastornos Neurológicos y Accidentes Cerebrovasculares (NINDS) se descubrió que las complicaciones en el nacimiento producían alrededor de un diez por ciento de los casos de hemiparesia.

El término parálisis cerebral se utiliza para aquellos trastornos neurológicos que aparecen en la infancia que afectan al movimiento del cuerpo y coordinación de músculos pero a su vez no empeoran con el tiempo. Se considera un deterioro de la función motora del cerebro.

La hemiparesia incluye varios síntomas con los que los niños/as que la padecen pueden sufrir: dificultad de coordinación muscular para realizar movimientos voluntarios, músculos tensos y rígidos, arrastrar una pierna, variación del tono muscular están o muy rígido o muy hipotónico, dificultades en la deglución o lenguaje, movimientos involuntarios y problemas de psicomotricidad fina.

Existen casos de hemiparesia en los que hay más problemas asociados como pueden ser retraso mental, convulsiones, visión y audición deteriorada, etc.

Los casos son muy personales. Algunas afecciones leves pueden producir leves retrasos en movimientos y en otros casos producir graves dificultades y complicaciones.

En muchas ocasiones los signos aparecen antes de los tres años. La familia normalmente es la que sospecha que hay un retraso en las habilidades motoras: darse la vuelta, sentarse, gatear, sonreír, caminar, girar la cabeza cuando oyen sonidos, etc.

El tono muscular también se ve afectado y suele haber hipotonía (baja tonicidad de los músculos).

Existen varias causas que podrían aumentar el riesgo de que el niño o niña nazca con parálisis cerebral:

- Nacimiento prematuro de menos de 37 semanas.
- Infecciones durante el embarazo como la toxoplasmosis, rubéola, herpes, etc.
- Incompatibilidad sanguínea.
- Exposición a sustancias tóxicas.
- Problemas tiroideos de la madre, retraso mental o convulsiones.

Existen distintas formas de parálisis y se definen según el tipo de trastorno del movimiento involucrado:

- Espástico cuando hay rigidez muscular.
- Atetoide si hay trastornos en los movimientos de torsión.
- Oatáxico cuando hay mala coordinación y equilibrio.
- Por otro lado en medicina se describen las parálisis basándose en los miembros afectados. De esa manera se habla de hemiplejia o hemiparesia si la afección es en el brazo y la mano de un lado del cuerpo y puede acompañarse de convulsiones. El lenguaje también suele verse afectado.

Al ser una afección del cerebro suele haber enfermedades adicionales como pueden ser el retraso mental (ocurre en dos tercios de los casos), trastornos convulsivos tónico clónicas o focales (aproximadamente en la mitad de los casos), trastorno del crecimiento y desarrollo, deformidades de la columna (escoliosis, áfasis,...) así como trastornos en la visión, audición y lenguaje.

La parálisis cerebral no puede curarse pero un buen tratamiento mejorará las capacidades del niño o niña. Para ello, se debe definir bien la terapia una vez que se realice el diagnóstico y se establezca un plan. Dicho plan incluirá una combinación de profesionales multidisciplinar para poder realizar un buen tratamiento:

- Fisioterapia para poder mejorar la marcha y estirar los músculos espásticos.
- Terapia ocupacional para desarrollar actividades cotidianas (vestirse, ir a la escuela, etc)
- Logopedia para poder trabajar la deglución, dificultades del lenguaje y comunicación
- Terapia de conducta y asesoramiento para cubrir las necesidades emocionales y psicológicas.
- Medicación para controlar las convulsiones (“Diazepam”, “Badofén”, “Dantrolene sódico”, “Tizanidina”)
- Cirugía en los casos que sea necesario.
- Ayudas mecánicas como sillas de ruedas y andadores.
- Apoyo de recursos de nuevas tecnologías.

[Disponible en (21/05/2014):
<http://espanol.ninds.nih.gov/trastornos/paraliscerebral.htm/>]

1.1.2.4 Meningitis

Según el libro de Medicina Interna de Meller, la meningitis y encefalitis virales se definen como una inflamación de las meninges y del encéfalo respectivamente. La meningitis puede ser bacteriana o viral y en esta segunda existen normalmente signos y síntomas de inflamación meníngea como por ejemplo fiebre, cefalea, rigidez en la nuca asociados con pleidocitosis de líquido cefaloraquídeo.

Hay casos de meningitis y encefalitis que no tienen diagnóstico específico pero se estima que la mayoría se deben a enterovirus (virus intestinales) ya que estos agentes constituyen la causa identificada con mayor frecuencia de meningitis viral.

Las causas de meningitis y encefalitis asépticas son muchas y las características clínicas no permiten establecer el diagnóstico etiológico.

Existen tanto causas infecciosas como no infecciosas. Entre las primeras puede que sean infecciones bacterianas causadas por defectos anatómicos, foco parameníngeo o

inmunodeficiencia; o bien producidas por virus, brucelosis, leptospirosis, etc. Entre las causas no infecciosas existen tumores, síndrome de Belçet, etc.

Cuando se sospecha que pueda tratarse de un caso de meningitis debe efectuarse una historia clínica completa y un examen físico minucioso. De la misma manera hay que valorar la opción de extraer líquido cefaloraquídeo. Si el paciente tiene una extracción normal y está lúcido o ligeramente somnoliento con fiebre, cefaleas y rigidez de la nuca y sin hallazgos neurológicos focales debe realizarse inmediatamente una punción lumbar.

Además deben realizarse varias pruebas si se detectan leucocitos. Si la valoración inicial del líquido cefaloraquídeo puede mostrar meningitis viral debe realizarse una observación estrecha y tratamiento.

El tratamiento se realiza con “Aciclovir” ya que es el fármaco de elección en base a ensayos en los Estados Unidos y en Suecia y no existen otros tratamientos antivirales aprobados para su tratamiento. Es importante instituir rápidamente el tratamiento, con 10 mg/Kg administrados cada 8 horas durante 10 días. El nivel de conciencia en el momento de iniciar el tratamiento es un importante factor pronóstico.

La meningitis aséptica se presenta con mayor frecuencia en lactantes, niños y niñas y adultos jóvenes; puede ser el resultado de la infección por cualquiera de los grupos principales de enterovirus. Por lo general suele acompañarse de malestar, fiebre y cefalea durante unos pocos días antes del comienzo de la misma y de una rigidez dolorosa de la nuca. El líquido cefaloraquídeo muestra un leve alto número de linfocitos.

1.1.2.5 Microcefalia

Según varios autores la microcefalia es una afección en la cual la cabeza de una persona es considerablemente más pequeña de lo normal para su edad y sexo. El tamaño de la cabeza se mide como la distancia alrededor de la parte superior de la cabeza.

El crecimiento del cráneo está determinado por el del cerebro, el cual tiene lugar en el útero y durante la lactancia.

Las enfermedades que afectan el crecimiento cerebral pueden ocasionar microcefalia como pueden ser infecciones, trastornos genéticos y desnutrición grave.

Existen trastornos genéticos que causan microcefalia como el síndrome de Cornelia de Lange, síndrome de maullido de gato, síndrome de Down, síndrome de Shekel, etc.

Por otro lado, hay otras afecciones que pueden causar microcefalia de manera indirecta como por ejemplo la fenilcetonuria no controlada en las madres, intoxicación con metilmercurio, rubéola congénita, toxoplasmosis, etc.

En muchas ocasiones la microcefalia se diagnostica en el nacimiento o bien en los controles rutinarios.

1.1.2.6 Retraso psicomotor

Para poder hablar de retraso en el desarrollo debemos definir primero cuál debería de ser el desarrollo infantil en los primeros años de vida. Este desarrollo se caracteriza por la progresiva adquisición de funciones tan importantes como el control postural, la autonomía de desplazamiento, la comunicación, el lenguaje verbal, y la interacción social. Esta evolución está estrechamente ligada al proceso de maduración del sistema nervioso, ya iniciado en la vida intrauterina y a la organización emocional y mental. Requiere una estructura genética adecuada y la satisfacción de los requerimientos básicos para el ser humano a nivel biológico y a nivel psicoafectivo.

El desarrollo infantil es fruto de la interacción entre factores genéticos y factores ambientales:

- La *base genética*, específica de cada persona, establece unas capacidades propias de desarrollo y hasta el momento no nos es posible modificarla.
- Los *factores ambientales* van a modular o incluso a determinar la posibilidad de expresión o de latencia de algunas de las características genéticas. Estos factores son de orden biológico y de orden psicológico y social.

Son factores ambientales de orden biológico el mantenimiento de la homeostasis, estado de salud, ausencia de factores de agresión al Sistema Nervioso...., condiciones necesarias para una adecuada maduración.

Son factores ambientales de orden psicológico y social la interacción del niño o niña con su entorno, los vínculos afectivos que establece a partir del afecto y estabilidad en los cuidados que recibe, la percepción de cuanto le rodea (personas, imágenes, sonidos, movimiento...). Estas condiciones, que son necesidades básicas del ser humano, son determinantes en el desarrollo emocional, funciones comunicativas, conductas adaptativas y en la actitud ante el aprendizaje.

El sistema nervioso se encuentra en la primera infancia en una etapa de maduración y de importante plasticidad. La situación de maduración condiciona una mayor vulnerabilidad frente a las condiciones adversas del medio y las agresiones. Por esa razón cualquier causa que provoque una alteración en la normal adquisición de los hitos que son propios de los primeros estadios evolutivos puede poner en peligro del desarrollo armónico posterior. Aun así, la plasticidad también dota al Sistema Nervioso de una mayor capacidad de recuperación y reorganización orgánica y funcional, que decrece de forma muy importante en los años posteriores.

La evolución de los niños/as con alteraciones en su desarrollo dependerá en gran medida de la fecha de detección y del momento de inicio de la Atención Temprana. Cuanto menor sea el tiempo de privación de los estímulos mejor aprovechamiento habrá de la plasticidad cerebral y potencialmente menor será el retraso. En este proceso resulta crucial la implicación familiar, elemento indispensable para favorecer la interacción afectiva y emocional así como para la eficacia de los tratamientos.

El desarrollo es un proceso dinámico de interacción entre el organismo y el medio que da como resultado la maduración orgánica y funcional del sistema nervioso, el desarrollo de funciones psíquicas y la estructuración de la personalidad.

El trastorno del desarrollo debe considerarse como la desviación significativa del "curso" del desarrollo, como consecuencia de acontecimientos de salud o de relación que comprometen la evolución biológica, psicológica y social. Algunos retrasos en el

desarrollo pueden compensarse o neutralizarse de forma espontánea, siendo a menudo la intervención la que determina la transitoriedad del trastorno.

Existe un riesgo denominado biológico-social dentro del cual consideran aquellos niños/as que durante el periodo pre, pero o postnatal, 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.

Los niños/as de riesgo psico-social son aquellos que viven en unas condiciones poco favorecedoras, como son la falta de cuidados o de interacciones adecuadas con sus padres y familia, maltrato, negligencias, abusos, que pueden alterar su proceso madurativo.

Puede existir un trastorno en el desarrollo motriz cuando se considera que se presenta una patología a nivel de vías, centros o circuitos nerviosos implicados en la motricidad. Se incluyen las diferentes formas y grados de parálisis cerebral, espina bífida, miopatías etc, y también diferentes disfunciones motrices menores (retardo motriz, hipotonía, dificultades en la motricidad gruesa o fina...).

Dentro de los trastornos en el desarrollo cognitivo se incluye los referidos a diferentes grados de discapacidad mental, funcionamiento intelectual límite y disfunciones específicas en el procesamiento cognitivo.

Podría existir un trastorno en el desarrollo del lenguaje en las que se enmarcan las dificultades en el desarrollo de las capacidades comunicativas y verbales tanto a nivel de comprensión del lenguaje como de sus capacidades expresivas y de articulación.

1.1.2.7 Escuela Infantil

- Definición

La Escuela Infantil, es una organización estructurada y capacitada mediante legislación que colabora en la educación de los niños y niñas desde que tienen 16 semanas hasta que cumplen los tres años y acuden a centros educativos de 3 a 6 años.

Son espacios donde se da comienzo a la socialización con otros niños/as fuera del entorno familiar y el objetivo es aunar esfuerzos para poder acompañar en una educación unificada entre familia y escuela.

En las escuelas infantiles se establece un principio de igualdad de oportunidades y en el que podemos favorecer la no discriminación por razones de raza, sexo, religión, lengua, capacidad económica, nivel social o cultural, o diferencias individuales.

Es un ámbito donde pueden detectarse necesidades y déficits de desarrollo y poder así derivar a los servicios para realizar la intervención pertinente.

En el caso de niños/as con necesidades educativas especiales se prioriza su escolarización realizando programaciones específicas.

El objetivo de esta etapa es conseguir un desarrollo integral y armónico de la personalidad del menor desde el punto de vista social, afectivo, intelectual y cultural.

La escuela infantil debe trabajar conjuntamente con Atención Temprana para poder permitir atender a todos los alumnos/as con dificultades en su desarrollo.

La Educación Infantil surge para contribuir al desarrollo integral del niño/a y para evitar ambientes de privación socio-cultural y económica y de esta manera evitar cualquier desigualdad.

Cada vez el interés por esta etapa es mayor ya que la importancia es vital para su desarrollo posterior en la escuela.

- Proyecto Educativo de las Escuelas Infantiles del Valle de Egüés

Las Escuelas Infantiles del Valle de Egüés son espacios donde se trabaja la seguridad afectiva y emocional de los niños/as y donde se prioriza establecer vínculos seguros entre educadoras, educadores y niños/as para poder así acompañar en el proceso de apertura al mundo desde una seguridad emocional que favorezca un crecimiento personal sano.

En el proyecto educativo de las Escuelas Infantiles del Valle de Egüés se recoge una cita de Bárcena y Mélich donde se considera que el recién nacido es la expresión de la más

radical novedad. De la misma manera, se considera todo nacimiento como un acontecimiento, que trastorna la tranquilidad de un mundo más o menos construido. Al ser un acontecimiento, exige pensar y capacidad de comprensión.

En las Escuelas Infantiles del Valle de Egüés la educación se entiende como aquel encuentro entre dos o más personas que produce una transformación del sujeto.

Se considera que la función de la educación es permitir al sujeto construirse a sí mismo como sujeto en el mundo, heredero de una historia, capaz de comprender el presente e inventar el futuro.

Se tiene presente que la identidad no se adquiere ni se tiene, se entreteje en un diálogo permanente entre nuestros enunciados, certezas, saberes con la realidad.

En nuestros centros se acompaña en el proceso facilitando el clima y las condiciones adecuadas para favorecer la resolución de conflictos, impulsar el despliegue personal y estimular la toma de decisiones.

El educador o educadora es quien acompaña, desde procesos como acoger y observar, contener, hacerse cargo del otro, de la relación, de los hechos acontecidos y por acontecer. Acompañar es también tolerar la frustración del no saber, suspendiendo la intervención en rigurosos procesos de observación que nos permita afectarnos por el movimiento emocional de lo que acontece, en busca de los hechos clave que nos adentren en la dimensión que integra cuerpo, emoción y pensamiento y que genera las experiencias de sentido que posibilitan el cambio.

En las Escuelas Infantiles del Valle de Egüés la familia es la principal fuente educativa para las personas que la componen y esto es así porque es el sistema natural en el que las personas nacemos, crecemos y donde somos vistos en lo que somos.

Se aprende a ver de manera natural, con el sentido de la vista pero aprender a mirar a la persona que crece a mi lado y bajo mis cuidados es una tarea que dura toda la vida.

La mirada es muy importante e implica conciencia, presencia y responsabilidad de lo que es mirado.

Aprender a mirar, educar la mirada cada día y a cada persona en su peculiaridad es una tarea apasionante y delicada que requiere reposo y atención. Cada hijo o hija necesita de una mirada propia.

Entre los ejes metodológicos contemplados en las Escuelas Infantiles del Valle de Egüés están:

- La integración de las diferentes dimensiones de lo humano.
- El pensamiento complejo.
- La transformación emocional.
- El trabajo con introyectos.
- La educación del carácter.
- Nuevas dimensiones de pensamiento.

El proyecto educativo de las Escuelas se basa en los principios educativos de referencia utilizados la experiencia del Instituto Lóczy.

Emmi Pikler fue una pediatra húngara que nació en Viena en 1902 y murió en Budapest en 1984. Tuvo una formación muy intensa y al final de la segunda guerra mundial fue la encargada de crear y dirigir un instituto, un hogar infantil para niños y niñas cuyos padres habían muerto en la guerra, o que no podían encargarse de ellos por encontrarse enfermos o por estar en la cárcel.

Lo esencial del trabajo de Emmi Pikler es que apuntó a que los niños y niñas que se criaban en el Instituto fueran como los niños y niñas que crecían con sus familias, de manera que tuvieran lo fundamental para convertirse en personas responsables. De hecho, una investigación de la Organización Mundial de la Salud mostró que de los niños y niñas que habían pasado por el Instituto –aproximadamente 4.000–, ninguno tuvo fracaso escolar, problemas con la justicia o abandono de sus hijos cuando fueron padres; es decir, que ninguno de los niños tuvo secuelas asociadas a las instituciones de protección infantil.

Se ve, entonces, que el Instituto Lóczy tiene mucho que enseñarnos sobre las formas como los niños y niñas crecen en este entorno, así como sobre la manera en que son

tratados diariamente por sus educadores, por todo el equipo de profesionales que allí trabajaba.

Emmi Pikler concretó en cuatro los principios educativos fundamentales de su modelo de intervención:

- Actividad autónoma

Hablar de actividad autónoma es reconocer que el bebé es un sujeto de acción y no sólo de reacción desde la más temprana edad. Acción que implica operación sobre el medio externo y transformación recíproca entre sujeto y medio.

Se trata de ofrecer cuidados afectuosos, de asegurar una atención lo más personalizada posible al niño/a, que le ofrezcan la seguridad y la confianza necesarias para sus actividades libres e independientes: la comida, la higiene y cambio de pañal y la siesta.

- Relación estable

La comunicación verbal es una prioridad en la relación con los niños/as. Todo lo que el adulto hace directamente al bebé tiene una traducción verbal. Al gesto del niño o del adulto, el adulto añade la palabra, la narración del proceso de lo que están haciendo conjuntamente, de la acción que el niño inicia, de lo que el adulto le pide al niño, o de lo que interpreta o responde.

- Toma de conciencia de sí mismo y de su entorno

El momento de los cuidados básicos es primordial para ayudar a la población infantil a comprender lo más rápidamente posible y, más tarde, a saber bien quién es él o ella, lo que le sucede, lo que se le hace y lo que hace él, quién se ocupa de él y cuál es su entorno, cuál es su situación y lo que va a ocurrir.

También se le ayuda a percibirse a sí mismo, a conocerse y a expresarse y, por lo tanto, a afirmarse como persona, solicitando su participación.

Para ello es necesario comunicarse verbalmente con palabras justas y pertinentes, trabajar la mirada, utilizar una escucha activa y dar tiempo para que cada proceso se dé de manera pausada.

- Bienestar físico

El equilibrio y el desarrollo integral de los niños/as es lo que asegura el mantenimiento de un buen estado sanitario.

- La globalidad

Se trata de un concepto que parte de que en la actividad de psicomotricidad, el niño o niña es el eje central de su propio proceso de aprendizaje y el psicomotricista es el mediador en este proceso de aprender.

Por otro lado, en las Escuelas Infantiles del Valle de Egüés comunidad, escuela y familia no son entendidas como entidades separadas. La escuela es parte de la comunidad y la familia pertenece a ella. Es posible y preciso encontrar puntos en común y establecer alianzas entre la familia y la escuela, entre padres y madres, educadores y educadoras.

Hay muchos espacios donde se aprende: el hogar, la escuela, la naturaleza, la calle, la comunidad, el grupo de compañeros/compañeras. Y hay muchas fuentes de aprendizaje: el juego, la lectura, la observación, la conversación. Todos ellos son relevantes y complementarios en la tarea de asegurar aprendizajes esenciales de los niños y niñas.

Para conseguir una mayor unidad entre familia y escuela es necesario el diálogo, confianza y concertación de actores diversos en torno a un proyecto educativo asistencial y cultural común.

La educación no se realiza sólo en el sistema escolar. La familia y los medios de comunicación son, también, sistemas educativos pero no escolares. La principal misión del sistema escolar es la enseñanza y el aprendizaje sistemáticos.

En las Escuelas Infantiles del Valle de Egüés se realizan distintas actividades para trabajar con las familias.

La familia es el eje central que mueve la escuela infantil, por lo que dentro del proyecto educativo se le ofrecen distintas oportunidades para poder participar en la comunidad educativa.

Dentro de las dinámicas propuestas se plantea la formación para familias, los grupos de apego y la participación directa en las dinámicas de la misma.

Respecto al programa de familias, que denominamos “Escuela Abierta” tenemos distintas propuestas llevadas a cabo:

- Orientación Educativa Individual: se trata de poder mirar y entender dinámicas concretas que puedan darse en la escuela o en casa. Se ofrece la posibilidad de poder reunirse con profesionales de la pedagogía para poder entender situaciones concretas junto con las familias.
- Formación para las familias:
 - Acercar el proyecto educativo: sesiones de formación sobre distintos temas que puedan tener mayor peso en las distintas edades.
 - Curso de sensibilización: se dan orientaciones y pautas sobre cómo se desarrolla el proyecto educativo en las escuelas y poder así seguir una misma línea fuera de ella.
 - Grupos de apego: son grupos de padres y madres que se juntan a lo largo del curso con el equipo educativo entorno a alguna actividad de la escuela (talleres, decoración,...) y debaten distintos temas y preocupaciones pudiendo poner en común vivencias, situaciones complejas, lecturas,...
 - Grupos de familias con niños y niñas con necesidades educativas especiales: son espacios donde el equipo educativo tiene la oportunidad de compartir momentos con familias con niños y niñas con necesidades educativas especiales.

El pasado curso tuvimos la oportunidad de realizar distintas reuniones con las familias de los niños/as con necesidades educativas especiales donde pudimos recoger el sentir de las mismas, sus miedos, vivencias y avances realizados. El poder establecer estos espacios favorece que las familias no se sientan solas ni diferentes al resto, y puedan dialogar abiertamente sobre lo que les preocupa.

En estos encuentros tuvimos la oportunidad de contar con responsables del Ayuntamiento del Valle de Egüés que recogieron el sentir de las familias y posibles mejoras a realizar en el Valle para poder atender a las necesidades específicas de los niños/as.

La participación fue alta y pudimos compartir momentos de confianza, relax y conversaciones fluidas y productivas.

1.2. Estudios bibliográficos

1. Según la tesis elaborada en 2011 por Carmen Andrés Vilorio en la Universidad de Autónoma de Madrid se remarca que la Educación Infantil considera la etapa entre los 0 y los 6 años y es considerado como el primer eslabón del Sistema Educativo.

Carmen Andrés, menciona a la UNESCO que en 2007 también aportó que la Atención y Educación en la primera infancia tiene como objetivo dar apoyo, crecimiento, desarrollo y aprendizaje al niño/a a la vez que se asegure su salud, nutrición e higiene, desarrollo cognitivo, social, físico y afectivo en esta etapa hasta que se acude a Educación Primaria.

Según esta tesis, hoy en día nos encontramos ante desventajas tanto físicas y sociales que pueden darse en esta etapa y la educación infantil es la etapa clave para poder compensar esas diferencias y desigualdades a nivel social y a nivel madurativo y evolutivo para evitar problemas de desarrollo. Además, se podrá responder a las necesidades de los niños y niñas, potenciar sus capacidades y utilizar los recursos disponibles para poder ofrecer una atención de calidad.

Tal y como se expone en dicha tesis, la Atención Temprana es importante porque es una etapa donde pueden detectarse desigualdades, dificultades en el desarrollo de los niños/as y es la Escuela Infantil un lugar de referencia para poder detectar estas dificultades. En las Escuelas Infantiles se cuenta con distinto personal cualificado de distintas disciplinas y se acompaña a los niños/as en su desarrollo, además de tener la oportunidad de relacionarse con la familia.

La visión sobre la Educación Infantil ha ido modificándose y adquiriendo peso con los años ya que siempre había sido considerada una preparación para la Educación Primaria. Además, el no ser una etapa obligatoria, ha favorecido poco a la hora de adquirir la importancia correspondiente.

Con los cambios sociales y familiares de las últimas décadas del siglo XX se pasó de considerar la Educación Infantil como algo más que ofrecer cuidados asistenciales dando paso a la necesidad de ofrecer una educación con profesionales con formación específica para poder favorecer el desarrollo integral de los niños y niñas.

El papel de la familia es imprescindible en el proceso evolutivo de los niños y niñas. Por esa razón el trabajo conjunto es crucial para poder acercar la familia a la escuela.

A nivel legislativo, es la Ley Orgánica de Educación la que implica a las familias en el proceso educativos de sus hijos/as. *“A fin de hacer efectiva la corresponsabilidad entre el profesorado y las familias en la educación de sus hijos las Administraciones educativas adoptarán medidas que promuevan e incentiven la colaboración efectiva entre la familia y la escuela”* (Ley Orgánica de Educación. Art.118.).

Existen diversos estudios sobre el papel de las familias y ellas reconocen el valor de los centros educativos en el desarrollo integral de su hijo/a.

Una vez que se han definido los objetivos generales en la Educación Infantil también debemos centrarnos en el alumnado con dificultades en el desarrollo.

2. Analizando la tesis de Juan Sánchez Caravaca realizada en Murcia en el año 2006 se estudian los problemas asociados con la prematuridad.

Este trabajo revisa diversos estudios sobre las diferencias a nivel de desarrollo en niños/as nacidos a término y los nacidos/as antes de término.

Tal y como se menciona en el estudio existen causas tanto sociales, biológicas y ambientales.

Existen distintas clasificaciones sobre la prematuridad pero en este estudio se considera según el peso y la edad al nacimiento.

Los niños/as que pesan al nacer menos de 2.500 gramos y hasta 1.500 gramos son considerados niños y niñas de bajo peso al nacimiento (RNBPN), los/as que pesan entre 1.500 gramos y 900 gramos son nacidos con muy bajo peso al nacimiento (RNMBPN) los de menor a los 900 gramos son de bajo peso extremo al nacimiento (RNBPEN).

Si se considera el tiempo de gestación nos encontramos con prematuros (los/as nacidas entre la semana 34 y 37), grandes prematuros (entre las semanas 30 y 34) y prematuros/as extremas (con menos de 30 semanas).

Diversos estudios han analizado las correlaciones entre la prematuridad y el riesgo de padecer hemorragia intraventricular (HIV) como los citados en la tesis realizados por Smith y Boyce en 1993. Ellos observaron que había mayor correlación entre el nivel de desarrollo y el número de días que estuvieron de ingreso en la Unidad de Cuidados Intensivos en Neonatología.

Otros estudios como los recogidos en la tesis realizados por Molteni, Grosz, Wallace y Jones en 1995, certifican también mayores problemas de neurodesarrollo con trastornos neuromotores entre los niños/as supervivientes.

Según menciona dicho trabajo, un estudio de Schapira y colaboradores en 1998, demuestra que a nivel intelectual, de memoria, lenguaje y comunicación, inestabilidad emocional, trastornos psicomotores, problemas de aprendizaje y conducta también existen secuelas y problemas pero de manera más tardía y van haciéndose más obvios a medida que la edad de los niños/as aumenta.

Otros autores recogidos en la tesis como son Blair y Ramey, en el año 2000 analizaron los datos en Estados Unidos sobre los niños/as de bajo peso al nacimiento y observaron que existían diversos factores fisiológicos, ambientales y psicológicos pre y postnatales que pueden explicar los problemas de aprendizaje, atención y desarrollo neuromotor.

Según la tesis, en otros estudios realizados por Nardell, Pinheiro y Gimenes en 2003 se analizaron los efectos en el lenguaje y comunicación en niños/as prematuros comparando con niños/as nacidas a término y observaron que al noveno mes había retraso en emisiones vocálicas de tipo balbuceo. Al año se constataba un retraso significativo, aunque podía llegar a normalizarse en varios casos. De todas formas, el estudio permitió hacer hincapié en la necesidad de una intervención temprana ante estos posibles problemas para evitar que las alteraciones transitorias se convirtieran en permanentes.

De la misma manera, se citan estudios como el del año 2002 realizado por Landry, Miller-Loncar y Schmidt en el que evaluaron la competencia de comunicación social durante los primeros tres años de vida y el papel de la familia en el momento de determinar diferencias individuales en éste área. Los resultados indicaban la importancia de evaluar diferentes aspectos del desarrollo socio-comunicativo en niños/as prematuros y también los cambios de conducta de la familia y las propias habilidades cognitivas del niño/a. Además el tipo de conducta social que se trate y las propias demandas del contexto social del niño/a son aspectos a tener en cuenta.

3. Otro de los estudios recogidos en este trabajo, cita a Spitzer en 1998 y Stoelhorst en 2005, como responsables de investigar la disminución de la mortalidad entre niños/as nacidos con menos de 1000 gramos pero ha aumentado la preocupación respecto al desarrollo y calidad de vida en los últimos 30 años.

Se citan también investigadores como Anderson en 2003, Emsley en 1998, Vohr en 2000 y Wilson-Costello en 2005 que analizaron el número de discapacidades asociadas a la prematuridad.

Estos estudios sugieren la existencia de:

- Secuelas motoras: la secuela más común en la parálisis cerebral infantil (entre un 2 y 15 %) incluso pudiendo alcanzarse un 20 o un 25 % en niños y niñas de muy baja edad gestacional.
- Secuelas sensoriales: problemas auditivos y visuales.
- Secuelas cognitivas: los resultados son variables y una de las secuelas más comunes es el retraso mental.
 - o Déficit cognitivo: se observa retraso cognitivo a nivel global según los estudios recogidos en la tesis como los de Hack en 1994 y Saigal en 1991. Disminuyen también los coeficientes intelectuales y problemas de aprendizaje tales como cálculo mental, habilidades motoras finas y coordinación óculo-manual. Se mencionan también otros autores como Scherman y Sedin en 2004, Roth y colaboradores en 1994, Wolke y Meyer en 1999 y Marlow y colaboradores en 2005, que destacaron que los

prematurados mostraban peores resultados a nivel global y no solo en las áreas mencionadas anteriormente.

Según estos autores el hemisferio derecho del cerebro podría necesitar una mayor intervención del izquierdo produciendo una alteración de la comunicación interhemisférica relacionada con la prematuridad (Roth, 1993).

- Alteraciones del comportamiento: las secuelas conductuales y dificultades psicológicas y psiquiátricas afectan a entre un 20 y un 50% de los grandes prematuros según lo recogido en la tesis por Valleur en 2004. Entre las alteraciones destacan el trastorno por déficit de atención e hiperactividad. Los niños/as prematuros necesitan más tiempo para procesar la información según un estudio de Rose en 1983.

Durante décadas se ha debatido sobre el concepto de desarrollo y actualmente se aceptan dos modelos, el *interaccional* que considera que el desarrollo se debe a la acción entre factores genéticos y ambientales y el *transaccional*, en el que los factores mencionados anteriormente se modifican mutuamente.

El desarrollo psicomotor se considera normal según Werniche cuando la adquisición de habilidades se desarrolle en un determinado tiempo sin que exista una clara limitación temporal. Puede que exista un enlentecimiento en el desarrollo motor que no signifique que sea patológico pero de acuerdo a lo estudiado en ésta tesis es importante el seguimiento en los Centros de Atención Temprana para poder valorar la evolución en cada caso.

4. Según este estudio clínico y microbiológico de la meningitis hasta un 50% de los casos de supervivencia de la meningitis podría sufrir secuelas aunque sea de manera sutil teniendo en cuenta las investigaciones de Feugub y Pearlman en 2004.

Teniendo en cuenta una investigación de Prober en 2004, el estudio certifica que en un 10-20% de casos que superan una meningitis bacteriana pueden observarse graves secuelas del desarrollo neurológico. Las secuelas son de mayor incidencia en los casos de meningitis bacteriana que en la vírica.

Las secuelas más considerables de la meningitis son las que afectan al Sistema Nervioso Central.

Entre estas secuelas encontramos la sordera, una de las más frecuentes de la meningitis que afecta a entre un 5 y un 30% de los casos.

Otra de las secuelas sería la hidrocefalia que se produce en bebés a partir de la primera semana de vida.

Además de las mencionadas, la tesis comenta otras secuelas como pueden ser la parálisis cerebral infantil, la ceguera, la adquisición tardía del lenguaje o alteraciones, trastornos de conducta,... estudiados por Prober en 2004.

Muchas de las secuelas no tienen por qué ser permanente. Según Feigin y Perlman, en un estudio realizado en 2004 se constataba que un 32% de los casos de meningitis tenía secuelas pero solo un 11% las presentaba 5 años después. Según la tesis de Inés Costa entre las complicaciones de la meningitis también pueden encontrarse convulsiones durante los primeros días de ingreso en un tercio de los casos de meningitis. Estas convulsiones parecen presagiar una evolución neurológica adversa.

En estos casos la recomendación es el tratamiento con medicación para el control de las convulsiones y una evolución de las casusas incluyéndose una tomografía axial computarizada según Klein y colaboradores en 1986.

5. Según los neuropediatras López Prisón y Monge Galindo, existen indicios de que una macrocefalia (con un perímetro cefálico mayor a 3 desviaciones estándar), una microcefalia (con perímetros menos a dos desviaciones estándar), un estancamiento del perímetro craneal u otros movimientos anómalos podrían ser indicadores de trastornos generalizados del desarrollo.

Estos autores proponen indicadores a distintas edades para poder valorar estas opciones:

- A los dos meses se deben valorar los casos de irritabilidad permanente o sobresalto exagerado ante cualquier sonido inesperado.
- A los tres proponen observar la asimetría de actividad en las manos.

- A los cuatro meses una pasividad excesiva y una hipertonia de aductores serían indicadores de que algo puede no estar en orden.
- A los seis debemos atender a la persistencia del reflejo de Moro (reflejo del bebé colocado boca arriba en una superficie acolchada que se observa cuando se levanta la cabeza suavemente y se va quitando la superficie acolchada. Cuando soltamos la cabeza se deja caer momentáneamente sin dejar que se golpee. La respuesta normal es que el bebé tenga una mirada de sobresalto, los brazos se mueven a los lados con las palmas hacia arriba y los pulgares flexionados. [Disponible en (21/05/2014): <http://www.nlm.nih.gov/medlineplus/spanish/ency/article/003293.htm>) y persiste la mirada de la mano.
- A los ocho meses debemos observar si utiliza conductas repetitivas más de la mitad del tiempo que está despierto.
- Con nueve meses debería haber un desplazamiento autónomo de más de dos metros.
- Al año deben ir reduciendo la fase oral donde todo se lleva a la boca y reduciendo el babeo.
- Con 16 meses deben poder mantener la atención o prestar interés por algo.
- A los 24 meses es importante observar las estereotipias verbales o manuales y la incapacidad para hacer juego simbólico.

El retraso en el desarrollo podría suponer un retraso madurativo global o bien en áreas específicas del desarrollo, hipoestimulación, enfermedades sistémicas crónicas, hipoacusia, déficit visual, patologías del Sistema Nervioso Central y deficiencia mental o autismo.

Según estos autores, casos con hemiparesia, distonía o retraso mental moderado podrían alcanzar ítems del desarrollo dentro de la normalidad por lo que las patologías neurológicas no excluyen la capacidad de alcanzar patrones normales.

A los niños/as que se sospeche que puedan padecer un retraso generalizado del desarrollo en la exploración física se analizan los siguientes aspectos:

- Fenotipo morfológico: el aspecto externo del niño o niña. El síndrome de Down, como ejemplo más fácilmente comprensible, se diagnostica desde el nacimiento por su fenotipo morfológico.
- Fenotipo conductual: contacto social y comportamiento. El autismo se define por las alteraciones conductuales. Diversos trastornos, como la enfermedad de Prader Willi, el síndrome X-frágil o el síndrome de Rett, tienen un fenotipo conductual característico. El fenotipo conductual puede valorarse desde el primer día de vida, cuando empiezan la fijación de la mirada, el seguimiento visual, y las respuestas a las voces o ruidos.
- Perímetro craneal: tanto la microcefalia como la macrocefalia, el estancamiento o la rápida aceleración del crecimiento cefálico podrían indicar diversos problemas neurológicos.
- Exploración neurológica: la exploración neurológica nos permite localizar topográficamente el problema a distintos niveles del sistema nervioso.
- Exploración sistémica: la existencia de baja talla o gigantismo o la presencia de hepatomegalia o alteraciones oculares aportan signos guía muy útiles en el diagnóstico.

El estudio propone realizar exámenes complementarios para identificar patologías que puedan necesitar tratamiento como pueden ser la hidrocefalia, epilepsia, enfermedades metabólicas hereditarias, etc.

Como herramienta preventiva proponen un trabajo con la familia y profesionales y además poder valorar si ha existido diagnóstico prenatal y preimplantacional.

López Prisón y Monge Galindo insisten en que se debe tener una actitud positiva antes los casos retraso generalizado del desarrollo para poder facilitar y mejorar la calidad de vida del niño o niña y su familia. De la misma manera, defienden que de esta manera se podrían desarrollar al máximo sus capacidades potenciales y se debe evitar alarmar y preocupar innecesariamente. Hay que contrastar la información y en los casos en los que haya problemas proponen la derivación a Atención Temprana.

El pediatra y neuropediatra debe asesorar a la familia y resto de profesionales de Atención Temprana para poder realizar una intervención adecuada.

Estos autores proponen también que los diagnósticos cerrados deben ser periódicamente replanteados, incluyendo la valoración de repetición de exámenes complementarios o de realización de estudios no disponibles en valoraciones preventivas.

1.3 Legislación

En el año 2000 el Real Patronato de Prevención y de Atención a Personas con Minusvalía editó el Libro Blanco de la Atención Temprana.

Este documento recoge las reflexiones realizadas por representantes de especialistas de las diversas comunidades autónomas y cuenta con el apoyo de la Confederación Española de Organizaciones a Favor de las Personas con Retraso Mental (FEAPS) y de la Fundación ONCE, entre otras entidades. Pretende establecer un referente normativo que aborde la problemática del sector y establezca una adecuada planificación en todo el territorio estatal. (Documento Marco, 2004, 9).

Los principios recogidos en el Libro Blanco han supuesto el marco de referencia conceptual para la elaboración de otros documentos y normativas. Citamos así el *Documento Marco de Atención Temprana en Navarra* (2004). Dicho documento pretendía realizar una adaptación del Libro Blanco a la realidad en Navarra.

En el Documento Marco se aludía a ir consolidando el programa de Atención Temprana y se definía un plan de actuación en el que para 2004 se pretendía elaborar la Orden Foral de Atención Temprana. Si bien el programa fue consolidándose, fue en noviembre de 2009 cuando se publicó la Orden Foral de Atención Temprana, logro importante por disponer de normativa en la Comunidad de Navarra como iba sucediendo en otras Comunidades Autónomas.

En España, la realidad sobre la gestión de la Atención Temprana es diversa por lo que me ha parecido interesante tomar conciencia sobre cómo es la realidad actual.

Entre 2008 y 2010 se realizó un estudio en las 17 comunidades españolas y las ciudades autónomas de Ceuta y Melilla para valorar la situación actual y real de la Atención Temprana en todo el país, que nos hiciera reflexionar y valorar los aspectos cualitativos y cuantitativos de ésta, establecer comparaciones entre realidades, y obtener unas conclusiones que nos lleven a mejorar la atención a todos los niños/as del territorio nacional y a sus familias para que éstas puedan contar con una Atención Temprana de calidad y acorde a sus necesidades reales. La Federación Estatal de Asociaciones de Profesionales de Atención Temprana (GAT) firmó un convenio de colaboración con el Real Patronato sobre Discapacidad para realizar este proyecto, pero para llevarlo a cabo se necesitó la colaboración de las diferentes comunidades autónomas a través de los representantes institucionales y de los recursos de Atención Temprana.

Los objetivos que se plantearon en este estudio fueron los siguientes:

- Conocer la legislación concreta en materia de Atención Temprana de cada comunidad autónoma.
- Determinar el número de servicios implicados en actividades de Atención Temprana y su dependencia, dentro de los tres ámbitos, social, educativo y sanitario.
- Conocer el circuito asistencial.
- Concretar los objetivos específicos en Atención Temprana de cada uno de estos servicios y la forma de organización:
 - Edad y perfil de la población atendida.
- Determinar los medios y recursos disponibles para alcanzar los objetivos:
 - Recursos humanos, perfiles y funciones de los profesionales.
- Determinar la relación existente entre el servicio de Atención Temprana y los diferentes servicios implicados en la atención al niño/a y a la familia: coordinación con el ámbito sanitario, educativo, social y/u otros.
- Conocer la repercusión de la Atención Temprana (número de niños/as atendidos/as, tipo de trastornos, procedencia, etc.) de la Atención Temprana

en el conjunto de la población infantil.

En Navarra la edad contemplada en Navarra para recibir Atención Temprana es de 0 – 3 años y los recursos tienen autonomía propia para la recepción de casos a diferencia de otras comunidades.

Los recursos de Atención Temprana en Navarra no están sectorizados, ni es necesario el dictamen de minusvalía para acceder a ellos.

En la Comunidad Foral de Navarra, los recursos implicados en la Atención Temprana son dependientes de Servicios Sociales, así como en otros casos dependen de Salud.

En los recursos de Atención Temprana se contempla:

- Atención al niño/a: sesiones individuales y sesiones grupales.
- Atención a la familia: a nivel individual.
- Atención al entorno: Servicios educativos, Servicios sanitarios y Servicios Sociales.

Se contemplan también los tiempos de elaboración de informes, coordinaciones internas y externas, formación, investigación,...; se regula una ratio de atención directa/indirecta de los profesionales (15 casos); existen vías de coordinación interdepartamentales establecidas.; existen programas preventivos; existe un Plan de Formación.

A fin de mejorar, el estudio propone contar con legislación específica en Atención Temprana contando con una red de recursos acreditados. De esa manera, se podrán desarrollar las intervenciones tal y como se recoge en el Libro Blanco.

De la misma manera, se proponen varias buenas prácticas a elaborar en todas las comunidades españolas y que la Atención Temprana debería ser gratuita y universal. Por esa razón debería garantizarse el derecho a la Atención Temprana a todo niño que lo necesite.

Cediendo autonomía a los Centros de Desarrollo Infantil y Atención Temprana (CDIAT) para la recepción de casos, se permitiría dar mayor agilidad a los procesos de entrada en los Programas de Atención Temprana.

Otra de las propuestas consistiría en aumentar los recursos de atención intensiva y domiciliaria para favorecer la intervención con niños/as que presentan trastornos graves.

Así mismo, se considera básico y primordial el contemplar la atención a la familia y al entorno como indicación del tratamiento. Por lo tanto los CDIAT deben contemplar tiempos y estrategias apropiadas para dar respuesta no solo al niño/a, sino también al contexto del niño.

Sería necesario también Promover la Atención Temprana en el medio rural mediante la creación de recursos estables que aseguren una atención interdisciplinar respondiendo a las necesidades de los niños y sus familias en condiciones de proximidad.

Sería deseable que en los recursos se contemplara un tiempo dentro del horario laboral, para la Formación de todos los profesionales. En dicha formación se debería dar un peso importante a las prácticas en CDIAT y contar con las Asociaciones de Profesionales de Atención Temprana de cada comunidad autónoma, que pueden aportar una perspectiva práctica de la Atención Temprana.

Otra de las propuestas sería la unificación de unos criterios mínimos valorativos, que permitan servir para la inclusión o no de los niños en los Programas de Atención Temprana.

Por último, los CDIAT deberían contar al menos con los perfiles profesionales que garanticen una valoración completa, médica, psicológica, social, cognitiva y del lenguaje, asegurando esa intervención global, bio-psico-social a la que hace alusión el Libro Blanco de la Atención Temprana.

Por todo ello y teniendo en cuenta cuál es la realidad en Navarra, debemos centrarnos en cuál es la legislación que rige la Atención Temprana en nuestra comunidad.

En primer lugar, debemos tener en cuenta la Ley Orgánica 2/2006, de 3 de mayo, de Educación, basada en los valores establecidos en la Constitución Española, respetando los derechos y libertades que en ella aparecen explícitos.

Esta Ley ha establecido un nuevo marco en el que la Educación Infantil se constituye como una etapa educativa con identidad propia que atiende a niñas/os desde el nacimiento hasta los seis años de edad y se ordena en dos ciclos: el primero comprende hasta los tres años y el segundo, desde los tres hasta los seis años de edad.

La LOE reconoce el carácter educativo de uno y otro ciclo que será recogido por los centros en una propuesta pedagógica y deja en manos de las Administraciones educativas determinar los contenidos educativos así como los requisitos que han de cumplir los centros que impartan el primer ciclo de la etapa. Por ello, el Departamento de Educación elaboró el Decreto Foral 28/2007, de 26 de marzo, por el que se regulan las enseñanzas del primer ciclo de Educación Infantil y establece el procedimiento para la creación y autorización de centros en la Comunidad Foral de Navarra.

Este Decreto pretende que los centros de primer ciclo de Educación Infantil de Navarra sean entornos educativos de calidad, compensadores de las desigualdades personales, culturales y sociales y sean intencionalmente organizados para proporcionar a los niños, en colaboración con las familias, un proceso óptimo de desarrollo de su personalidad y de todas sus capacidades, en un marco de bienestar y seguridad. [Disponible en (21/05/2014): <http://www.lexnavarra.navarra.es/detalle.asp?r=29403>]

La propuesta pedagógica se desarrollará y concretará en el marco del Proyecto Educativo del Centro y de los objetivos, principios pedagógicos, contenidos y criterios de evaluación establecidos en el Decreto Foral.

Según el decreto 0-3 de Navarra el primer ciclo de la educación infantil se inspirará en los siguientes *principios*:

a) *“La calidad de entornos educativos haciendo referencia a todos los elementos que influyen directa e indirectamente en la educación de los niños/as.*

b) *La equidad entendida como elemento compensador de las necesidades personales, culturales, económicas y sociales, y como elemento que garantice la adaptación de la educación a la diversidad, intereses, expectativas y necesidades.*

c) *La formación integral y personalizada, capaz de propiciar a los niños, en colaboración con las familias, el desarrollo de su personalidad y de todas sus capacidades, en un marco de bienestar y seguridad.*

d) *La confianza del niño en sus propias capacidades, la iniciativa personal y el esfuerzo.*

e) *La colaboración y el esfuerzo compartido por familias, profesionales, centros, Administraciones, instituciones y el conjunto de la sociedad para alcanzar una educación de calidad.*

f) *La cooperación y colaboración entre las Administraciones Públicas en la planificación e implementación del primer ciclo de educación infantil.*

g) *La flexibilidad en la organización de los servicios para responder a las necesidades de las familias derivadas, tanto de la educación y crianza de sus hijos, como la conciliación de la vida laboral y familiar.*

h) *La participación de la comunidad educativa en el gobierno y funcionamiento de los centros.*

i) *El reconocimiento de la importancia de la labor de los profesionales como factor esencial de la calidad de la educación.*

j) *La evaluación como elemento clave de la calidad educativa.*

k) *El fomento de la investigación, la experimentación la innovación educativa”.*

[Disponible en (31/05/2014): <http://www.lexnavarra.navarra.es/detalle.asp?r=29403>]

Por otro lado, es importante mencionar la Ley Orgánica de Reintegración y Amejoramiento del Régimen Foral en Navarra atribuye la competencia exclusiva con carácter general en materia de Servicios Sociales.

La Orden Foral 317/2009 de 16 de octubre, de la Consejera de Asuntos Sociales, Familia, Juventud y Deporte, regula el servicio de Atención Temprana en Navarra. En su artículo 1, define la Atención Temprana como “*el conjunto de intervenciones dirigidas a la población infantil entre 0-3 años, a la familia, al entorno, que tiene por objetivo dar respuesta, lo más pronto posible, a las necesidades transitorias o permanentes que presenta la población infantil con trastornos en su desarrollo o que*

tienen riesgo de padecerlo.” [Disponible en (21/05/2014): <http://www.lexnavarra.navarra.es/detalle.asp?r=29900>].

Art. 1

La Atención Temprana implica la intervención individualizada y/o grupal de carácter preventivo, terapéutico, habilitador y rehabilitador, global e interdisciplinar, orientada tanto al niño o a la niña como a su entorno familiar y social, integrando y coordinando actuaciones de los sectores implicados (Salud, Educación, Servicios Sociales) y la creación de recursos específicos para el desarrollo de la atención integral. [Disponible en (21/05/2014): <http://www.lexnavarra.navarra.es/detalle.asp?r=29900>]

Retoma del Libro Blanco los objetivos que le son propios y estaban reflejados también en el Documento Marco.

Art. 3

En el ámbito de aplicación se recoge que las actuaciones se dirigirán a los niños y niñas de 0 a 3 años, con residencia habitual en Navarra, con trastornos en su desarrollo o riesgo de padecerlos y a sus familias. [Disponible en (21/05/2014): <http://www.lexnavarra.navarra.es/detalle.asp?r=29900>]

Esta normativa entiende que la duración del servicio de Atención Temprana se extenderá hasta que las necesidades de atención sean cubiertas por los servicios educativos por lo que da una especial importancia a la coordinación interdepartamental a fin de aunar esfuerzos a favor de la atención de los menores y sus familias.

Así pues, la Atención Temprana de los niños y niñas de 0 a 3 años se gestiona desde el departamento de Políticas Sociales y los dirigidos a la población de 3 a 6 años se gestionan en esta Comunidad desde el Departamento de Educación.

Detalla los procedimientos de acceso, intervención y extinción así como que la Historia Única recoge toda aquella documentación que genera el niño/a.

La Orden Foral establece que el órgano responsable del servicio es el Centro de Atención temprana (CAT) que realiza las funciones de planificación, valoración, evaluación y organización de las actividades del Servicio de Atención Temprana para toda la Comunidad. A este centro corresponde la recepción de todas las solicitudes tanto las realizadas por la familia como las derivadas por profesionales de los servicios de salud, educación y políticas sociales.

El centro de Atención Temprana se estructura en dos unidades:

- Unidad de valoración, única para toda la Comunidad. Esta unidad lleva a cabo el estudio y valoración del/la menor, familia y entorno, y como consecuencia determina la inclusión o no en el programa de intervención que se desarrolla en la Unidad de Desarrollo Infantil y Atención Temprana (UDIAT).
- Unidades de desarrollo Infantil y Atención Temprana (UDIAT) que realizan la función de atención directa a niños/as, familia y entorno, llevando a cabo el plan de intervención individual.

Las UDIAT están ubicadas en las zonas de Pamplona, Tudela, Santesteban, Sangüesa, Tafalla y Estella. La UDIAT de Pamplona se gestiona desde el Centro de Atención Temprana y las del resto de zonas, se conciertan con entidades privadas siendo en este momento ANFAS quien gestiona las UDIAT de zonas.

La Atención Temprana en Navarra es un recurso de responsabilidad pública garantizado y de carácter universal basándose en otros principios fundamentales como son la descentralización y la coordinación entre instituciones.

El Centro de Atención Temprana impulsa y promueve la coordinación de las actuaciones de los/las profesionales que desde los Servicios de Salud, Educación y Políticas Sociales intervienen con los/las menores de entre 0 a 3 años. Estas coordinaciones se concretan en:

1. Coordinación entre los/las profesionales del Centro de Atención Temprana y los/las profesionales del Equipo de Atención Temprana del Departamento de Educación con objetivos determinados en relación a las escuelas Infantiles y el paso el sistema educativo.

2. Coordinación entre los servicios de Salud, Educación y Políticas Sociales.
3. Coordinación entre el Centro de Atención Temprana y el Servicio de Rehabilitación del Complejo Hospitalario de Navarra.
4. Protocolo para la Detección e Intervención Precoz de Hipoacusias Infantiles (DIPHI) que se regulariza por Orden Foral 170/1998 de 16 de noviembre.

Con la voluntad de coordinación entre las distintas administraciones, en 2013 se impulsó la creación de un grupo de trabajo interdepartamental para elaborar una Guía de Recursos Técnico Profesionales de Atención Temprana 0-6 años para clarificar la información de los recursos existentes, agilizar la derivación entre los profesionales y potenciar una rápida atención a los menores, sus familias y las demandas del entorno. Esta guía ha sido presentada en Marzo de 2014.

Por último es importante destacar que en el Decreto Foral 28/2007, de 26 de marzo, por el que se regula el primer ciclo de Educación Infantil en la Comunidad Foral de Navarra, establece en el apartado 1, artículo 12, *“que el Departamento de Educación regulará la admisión del alumnado en centros sostenidos con fondos públicos, de forma que se garantice el acceso en condiciones de igualdad”*.

Art.5

“Se define el alumnado que presenta necesidades específicas de apoyo educativo. Tendrán acceso directo a los centros de primer ciclo de Educación Infantil los niños y niñas que presenten necesidades específicas de apoyo educativo. El Departamento de Educación organizará geográficamente la distribución y ubicación de estos niños/as. La asignación del acceso directo requerirá también un informe favorable del Departamento de Educación (CREENA), con independencia de los informes que se presenten junto con la solicitud.

Art. 11

Se entiende por alumnado con necesidad específica de apoyo educativo, aquel que requiera determinados apoyos y atenciones específicas derivadas de discapacidad, trastornos graves de conducta o altas capacidades intelectuales.

[Disponible en (31/05/2014):

<http://www.lexnavarra.navarra.es/detalle.asp?r=29403>]

De la misma manera se define que *“el Departamento de Educación dispondrá, en los centros sostenidos con fondos públicos, los medios necesarios para promover el máximo desarrollo personal, intelectual, social y emocional del alumnado que tenga necesidad específica de apoyo educativo”*.

Además se cita también que *“El Departamento de Educación establecerá, en los centros sostenidos con fondos públicos, los procedimientos y recursos precisos para identificar tempranamente las necesidades específicas de apoyo educativo. La atención al alumnado con necesidad específica de apoyo educativo se iniciará desde el mismo momento en que dicha necesidad sea identificada y se regirá por los principios de normalización e inclusión”*.

[Disponible en (24/05/2014):

[file:///C:/Documents%20and%20Settings/Cristina/My%20Documents/Downloads/Cuadernillo%20Recurso %20Febrero%202014.pdf](file:///C:/Documents%20and%20Settings/Cristina/My%20Documents/Downloads/Cuadernillo%20Recurso%20Febrero%202014.pdf)]

Antes de comenzar con la parte empírica del caso se debe mencionar Ley Orgánica 13/1982, de 10 de agosto, de Reintegración y Amejoramiento del Régimen Foral de Navarra, que dictó la Ley Foral 15/2006, de 14 de diciembre, de Servicios Sociales, con *“el objeto fundamental de conseguir el bienestar social de la población en el ámbito de la Comunidad Foral de Navarra garantizando el derecho universal de acceso a los servicios sociales”*.

Se define también que *“en desarrollo de dicha Ley Foral se dictó el Decreto Foral 69/2008, de 17 de junio, por el que se aprueba la Cartera de Servicios Sociales, de ámbito general en la que se recoge las prestaciones del sistema, entre las que figuran las ayudas económicas para la permanencia en el domicilio de las personas*

dependientes y apoyo a las personas cuidadoras de éstas como prestación garantizada al igual que la compatibilidad entre las diversas prestaciones en el área de atención a la dependencia". [Disponible en (24/05/2014): http://www.navarra.es/home_es/Actualidad/BON/Boletines/2013/21/Anuncio-3/]

Esta orden foral se elabora con el fin de que las personas en situación de dependencia reciban una correcta atención, regula el régimen de compatibilidad entre diversas prestaciones y servicios en materia de dependencia y poder garantizar la estabilidad presupuestaria y de fomento de la competitividad.

2. MARCO EMPÍRICO

2.1. Historia clínica

El niño A.G.L. nació el 18 de febrero de 2010 con 35 semanas, 46 cm y 1800 gramos. Fue el segundo hijo y entre los dos la familia sufrió un aborto.

El embarazo cursó con normalidad exceptuando que en la semana 22 la madre contrajo el virus de la "gripe A" por lo que recibió tratamiento antiviral.

A partir de la semana 30 se detectó un retraso en el crecimiento intrauterino.

El parto fue inducido por dicho retraso, por vía vaginal, en presentación cefálica y con anestesia epidural. El líquido amniótico fue sanguinolento.

Estuvo ingresado en neonatología durante 3 semanas y todo parecía indicar normalidad.

A las tres semanas fue dado de alto con 2200 gramos y 47,5 centímetros de talla. Se sospechó la posibilidad de que tuviera el "Síndrome de Russel", trastorno congénito que implica un crecimiento deficiente, y se valoró el control por el pediatra de su Centro de Salud.

A los 4 días tuvo que ser ingresado porque presentaba un llanto de más de 6 horas y se ponía rojo.

A partir de ahí comenzó a presentar fiebres altas con periodos de llanto y se le diagnosticó meningitis por enterovirus y es derivado a la consulta de neonatología. Allí detectaron una edad de desarrollo inferior a sus 4 meses y medio (presentaba una edad de desarrollo de 3 meses) por lo que fue derivado a medicina rehabilitadora y a genética.

Se descartó que genéticamente presente el “Síndrome de Russel”.

La médico rehabilitadora lo derivó al Centro de Atención Temprana para valoración por retraso psicomotor en todas las áreas aunque más considerable en el área motriz. A partir de entonces acudió semanalmente a una sesión al Centro Hospitalario de Navarra.

En junio de 2011 presentó el primer episodio de convulsiones y fue ingresado en el Complejo Hospitalario. Fue valorado por neuropediatría y le administran “Stesolid” rectal. Se le realizaron distintas pruebas y presentó una hemiparesia que cesó a las 3 horas. El resto del estudio indicó normalidad.

Fue valorado en el Centro de Atención Temprana y se le diagnosticó un retraso en el desarrollo motor con una leve hipotonía generalizada. Se inició el programa en el área de psicomotricidad con 2 sesiones semanales.

La familia solicitó el acceso en la Escuela Infantil y comenzó el curso en agosto de 2011.

El niño presentó desde junio de 2011 hasta octubre de 2013 7 episodios de convulsiones por lo que tuvo que ser ingresado y valorado por neuropediatría. En los episodios el niño presentó hipotonía, hemiparesia, desvanecimiento, convulsiones tónico-clónicas y posterior adormilamiento.

Se le prescribió tratamiento con “Depakine” cada 12 horas y realiza seguimiento en neuropediatría.

Durante todo el proceso el pediatra de Atención Primaria realizó seguimientos periódicos y recogió toda la información sobre el recorrido del niño por los/ las distintas especialistas.

2.2. Fases de intervención

2.2.1. Intervención en rehabilitación

La intervención en Rehabilitación del niño se realizó desde el cuarto mes y medio de nacimiento en el Complejo Hospitalario de Navarra ya que se detectó un retraso en la edad de desarrollo que era de aproximadamente de tres meses.

El desarrollo motriz es fundamental para conseguir que el cerebro se desarrolle por completo y tiene gran incidencia en momentos posteriores de la vida del niño.

Los objetivos del tratamiento fueron la estimulación global ya que presentaba un deficiente contacto con el adulto y estimulación de los niveles de evolución motriz. También se insistió en la manipulación y la coordinación manual.

El tratamiento que se intentó realizar en el servicio de rehabilitación fue global, teniendo en cuenta el nivel de desarrollo del niño pero se realizó especialmente desde el área de fisioterapia. Por eso cuando cumplió los objetivos alcanzados que fue poder iniciar la marcha, se remitió al Centro de Atención Temprana para continuar con un tratamiento más acorde con su patología de base.

La estimulación motriz se desarrolló para mejorar su capacidad de concentración y su capacidad intelectual a la vez que permitiera desarrollar la visión próxima. De la misma manera, la intervención se realizó para aumentar su destreza manual, así como el sentido del tacto.

El equilibrio y orientación espacio-temporal también fueron objetivos a conseguir ya que una mayor capacidad motora permitiría una mayor seguridad en sus actos y de esa manera permitiría disminuir posibles accidentes.

La intervención se basó en programar una serie de actividades integrada en la vida diaria del niño.

Al inicio de la intervención en rehabilitación los objetivos fueron de funcionamiento orgánico de forma que se trató de potenciar, mediante movimientos pasivos, funciones que el niño no era capaz de conseguir desarrollar por limitación natural. Dentro de las actividades realizadas en las primeras intervenciones estaban la

extensión de piernas y brazos, juntar las manos y separarlas, colocarlo boca abajo y hablarle desde los distintos laterales, acercarle objetos que le atraían a un lado y a otro, así como ponerle música clásica.

Más adelante, se trató de mejorar la orientación y equilibrio y la coordinación dinámica general mediante movimientos asistidos sobre las extremidades del niño, aumentando la intensidad y ritmo. Una cuestión importante fue poner al niño en el suelo para por sí mismo fuera capaz de reptar poniéndose a su lado para acompañarle y hablarle.

Conforme el niño fue adquiriendo mayor destreza la intervención se realizó para poder ayudar a que adquiriera una buena tonificación de los músculos de nuca, cuello y espalda mediante balanceos, pequeñas subidas de altura cogiéndolo de los brazos y gateando junto a él.

Posteriormente, la intervención se orientó a la mejora de sus movimientos globales mediante movimientos asistidos y provocando reptación y gateo favoreciendo la coordinación dinámica general.

Para ello, se tuvo en cuenta que:

- No había que crear situaciones desfavorables.
- Se tuvo disposición propia y conforme iba siendo más consciente se intentó convencer al niño de que el trabajo a realizar era divertido y que todos/as iban a jugar.
- Se acompañó al niño para realizar la intervención como si fuera un juego.
- Se adaptaron las actividades para conseguir que adquiriera autoestima y confianza.

2.2.2. Intervención en el Centro de Atención Temprana

En mayo de 2011 fue derivado por la médico rehabilitadora a Centro de Atención Temprana por retraso motor e indicios de déficit de atención. El niño fue valorado por primera vez en julio de 2011 en el Servicio de Atención Temprana.

La médica del centro y el psicólogo realizaron la valoración y evaluaron las distintas áreas: motora, cognitiva, lenguaje y relaciones sociales.

La valoración describió un retraso en desarrollo motor y una leve hipotonía generalizada, así como un retraso en el área cognitiva. A nivel de lenguaje tenía una escasa producción de emisiones vocálicas y la comprensión era mayor.

Desde principio de agosto del 2011 acudió a sesiones desde el Área de estimulación global/psicomotricidad con frecuencia de dos sesiones por semana. Así pues, la intervención consistía en un principio en tres sesiones semanales (una de fisioterapia en el Complejo Hospitalario de Navarra y dos de estimulación global en el CAT. Como consta en el Plan de Actuación del Centro de Atención Temprana, los profesionales de este centro y del Servicio de Rehabilitación del Complejo Hospitalario de Navarra se coordinaban para el seguimiento de casos en ambos ámbitos.

En marzo de 2013, tras una de las revisiones del programa se valoró la necesidad de incrementar la intervención con dos sesiones de logopedia.

Fue valorado también por el psicólogo que realizó distintas pruebas (Test de Brunet-Lezine) y certificó retraso psicomotor y falta de equilibrio. Consideró que tenía torpeza manipulativa y debía mejorar la coordinación óculo-manual.

El niño acudió a sesiones semanales, así como a valoraciones periódicas de la médico y el psicólogo del centro.

Este último valoró una mejora en los prerrequisitos de comunicación a partir de la incorporación de claves visuales, con una mayor presencia del otro en la interacción que se manifestó en un mayor contacto visual y mejora en la atención compartida. El niño presentó dificultades en la comprensión de consignas verbales sin apoyo visual. En julio de 2013 finalizó la intervención en el Centro de Atención Temprana por la incorporación al sistema educativo al inicio de curso en septiembre. Se mantuvo una entrevista con la familia y se le entregó un informe con la recomendación de que entregara una copia al pediatra de Atención Primaria y otra al orientador del centro educativo.

La valoración es ese momento fue la siguiente:

- Área motora: presentaba competencia en actividades motoras globales que correspondían a los hitos básicos de su edad, como subir y bajar escaleras y rampa, salto, carrea. Destacaba su impulsividad y dificultades en el control corporal sobre todo en lo que se refiere al equilibrio estático y dinámico, que mejoraban significativamente cuando la acción tenía una finalidad y el niño tenía referentes claros. La evolución fue desde el miedo a la actividad corporal a adquirir una mayor seguridad en sus capacidades motoras, viviendo con placer la actividad en espacios que le son familiares. Conocía sus límites pero no se aventuraba a ampliar sus capacidades motoras. Sus dificultades se reflejaban también en la esfera de la motricidad fina.
- Área perceptivo-cognitiva: la exploración de objetos se hizo hecho paulatinamente más rica. Le interesaban el entorno y los objetos aunque su interés principal seguía estando en el juego con su propio cuerpo. Su atención era algo dispersa y le costaba centrarse en los estímulos relevantes. A la vez, su atención era un tanto irregular pero mejoraba significativamente si al niño le gustaba la tarea o tenía dominio de la misma. Los elementos externos (actividades de mesa, actividades de su gusto, cuentos,...) ayudaban a regularse.

Otro elemento importante es que comprendiera qué esperamos de él y necesitaba claves visuales para hacerlo.

En cuanto a la memoria reconocía rostros, voces, personas y objetos habituales.

Imitaba algunas acciones como palmadas, gestos, canciones, acciones en ausencia de modelo (saludo, despedida,...). Le costaba sin embargo la imitación de gestos faciales y sobre todo gestos que tuvieran que ver con la zona oro-facial.

En cuanto al proceso de simbolización reconocía objetos en miniatura así como imágenes habituales en fotografías, dibujos...Podía reproducir alguna escena cotidiana a través del juego. Realizaba agrupamientos atendiendo a características bien diferenciadas y sencillas.

Estaba en proceso inicial la asimilación de los conceptos espaciales básicos (arriba-abajo, dentro-fuera). Discriminaba los colores y asociaba elementos atendiendo a estas características.

Tenía integradas las formas geométricas básicas. Reconocía los elementos fundamentales del esquema corporal en sí mismo y en el otro así como en gráfico.

En lo referente a la grafomotricidad era capaz de imitar líneas horizontales y verticales. Esa actividad era otra de las actividades que regulaban su inquietud motora.

Por lo que respecta al estilo de aprendizaje, las situaciones en las que respondía de forma más adecuada eran situaciones individuales, quedando un tanto “perdido” en situaciones en grupo grande. Así mismo, el niño necesitaba un ambiente de aprendizaje con pocos estímulos o ruidos y muy estructurado. Prefería juegos de tipo motor aunque le ayudaban a regularse aquellas actividades fundamentales en el proceso de aprendizaje.

En las tareas conocidas mostraba interés y motivación y ante las actividades nuevas no mostraba rechazo y aceptaba la guía del adulto si bien el niño era muy rutinario y tendía a repetir una y otra vez aquello que conocía ya que le proporcionaba seguridad. Respondía muy bien ante los refuerzos sociales (abrazos, aplausos,...).

En el área de lenguaje y comunicación tenía interés y deseo de comunicarse teniendo iniciativas en la interacción. Era capaz de pedir o de rechazar objetos, o de pedir ayuda pero mediante claves corporales (se agitaba, extendía las manos, golpeaba el suelo con los pies,...). Era capaz de compartir información con el adulto a través de mostrarle objetos o señalar o gritar. También podía expresarse mediante gestos de contacto tales como tocar, empujar... Era capaz así mismo de utilizar gestos distales.

De la misma manera era capaz de comprender situaciones muy familiares y rutinarias que se desenvolvían en las mismas claves.

El lenguaje expresivo que utilizaba era de tipo gestual y a través de la mirada, aunque todavía era muy precario. Tenía serias dificultades en la emisión y reproducción de fonemas, siendo importante continuar el trabajo en ese aspecto.

En sus habilidades socio-comunicativas, le costaba tomar iniciativas (cada vez en menor medida) en sus relaciones con el “otro”, pero participaba activamente de la relación si se provocaba la situación.

En lo referente al desarrollo emocional, el niño era muy expresivo y en muchas ocasiones se veía desbordado por sus emociones. Respondía muy bien a caricias y atenciones verbales. Tenía actitudes de seguridad y confianza en sus relaciones en el entorno más cercano, pero un exceso de estimulación en el entorno donde se desenvolvía podía desencadenarle reacciones de ansiedad especialmente si no comprendía las situaciones o si no se las habían anticipado.

No tenía control activo de esfínteres. Era capaz de quitarse y ponerse alguna prenda sencilla y colaboraba en el vestido y desvestido.

En razón de su escolarización fue dado de alta en este servicio de Atención Temprana.

2.2.3 Intervención en la Escuela Infantil

El niño estuvo en la Escuela Infantil para beneficiarse al máximo de todo aquello de la escuela ofrece a todos los niños/as. Sus características personales hicieron que debiéramos determinar muy claramente qué se quería conseguir y en qué ámbitos se quería incidir, pero sin olvidar que era en las rutinas del aula donde se tendrían en cuenta las orientaciones posteriores (patio, aula, juego libre, comida, siesta, aseo...).

2.2.3.1 Antecedentes

El niño comenzó el curso de 2011-2012 en la Escuela Infantil Valle de Egüés en agosto de 2011 ya que solicitó el acceso en el Centro de Atención Temprana.

Tenía una educadora de apoyo que daba cobertura a dos niños y niñas con necesidades educativas especiales. La educadora de apoyo tenía estudios de magisterio y psicopedagogía, aunque legalmente en el ciclo 0-3 no se exige ninguna titulación a parte del grado superior en Educación Infantil.

La otra niña que atendía estaba en el aula de lactantes por lo que la educadora repartía su jornada en las dos aulas. En el aula de caminantes había 36 niños y niñas y el niño con necesidades educativas especiales con dos educadoras y la educadora de necesidades que repartía su jornada en las aulas de lactantes y caminantes.

El niño llegaba a la escuela hacia las 8:30 horas y la educadora de referencia salía a realizar la acogida. Recibía al niño y a la familia realizando un intercambio de información y acogiendo al niño antes de comenzar la jornada en la escuela.

La otra niña con necesidades educativas especiales llegaba algo antes por lo que el niño y la educadora iban al aula de lactantes para estar los tres. En este rato trabajaban delante del espejo la identidad, se saludan y cantan canciones.

Pasados unos minutos la educadora de referencia y el niño acudían a su clase donde los niños y niñas estaban en el juego libre. Las educadoras avisaban unos minutos antes de que se fuera a comenzar a recoger el material de juego para hacer el corro.

En el corro se cantaban canciones del tema que estaban trabajando, se analizaba el tiempo que hacía, que niños/as estaban en la escuela y quién se había quedado en casa,...

Antes de pasar a la siguiente rutina la educadora de referencia y el niño iban al baño a realizar el cambio de pañal. Allí trabajaban la identidad en el espejo y tenían un espacio y tiempo de intimidad.

Después la educadora de referencia y el niño realizaban una actividad o bien acudían al taller o psicomotricidad, según lo que hubiera valorado la educadora con la propuesta del CREENA.

Una vez realizada la actividad correspondiente llegaba la hora del patio. Iban a la taquilla donde el niño debe reconocer su foto, la abren y coge el abrigo.

Cuando terminaba el periodo del patio entraban al baño para realizar el lavado de manos antes de ir a comer. Se dirigían al comedor donde tenía su silla con su foto.

Después de comer volvían al baño antes de ir a la siesta para descansar. Al despertarse volvían al baño para realizar el aseo e irse a casa cuando venía a buscarlo su familia.

Los profesionales del CREENA acudían mensualmente al centro para valorar la evolución del niño.

A principio de curso realizaron una valoración inicial de las necesidades y elaboraron un plan de intervención a trabajar en la escuela.

Ese plan fue modificado conforme fue avanzando el curso y se modificaban las necesidades del niño.

Dichos profesionales elaboraron el plan conforme a distintas áreas.

Durante el curso 2011-2012 el plan de intervención se centró en distintas áreas. Respecto al área motora el objetivo marcado para el niño fue consolidar la marcha autónoma y el equilibrio y coordinación.

2.2.3.2 Propuesta curso 2011-2012

Para poder trabajar estos aspectos el primer curso en el que el niño estuvo en la Escuela Infantil se plantearon distintas actividades.

- Área motora:
 - Apoyarlo en la pared y ofrecerle un objeto de su interés, aumentando paulatinamente la distancia.
 - Mantenerlo de pie con las férulas y trabajar con él en bipedestación.

-
- Hacer pequeños recorridos de la mano...al comedor...al patio...etc.
 - Proponerle para que gatee y/o trepe por obstáculos grandes (módulos de la sala de psicomotricidad)
 - Continuar con la actividad de subir las escaleras del cambiador, apoyando ambas manos en los laterales.
 - Desplazarse por espacios con diferentes desniveles, por ejemplo algún bordillo (en el patio, a la entrada de la escuela....)
 - Procurar que se trasladara entre dos apoyos aumentando la distancia entre ellos.
 - Proponerle cambios en la dirección de la marcha mediante juegos en los que se detuviera, iniciara y cambiara la trayectoria...
 - Proponerle que hiciera pequeños trayectos transportando un objeto grande (pelota) en sus manos.
 - Proponerle actividades en las que necesitara andar “hacia atrás”, por ejemplo, arrastrar un coche con una cuerda, abrir una puerta...hacia atrás.
 - Estando de pie lanzara una pelota grande en dirección a la educadora.
 - Probar a saltar una escalera, cogiéndolo por las dos manos (la educadora de frente).
 - Ofrecerle un corre-pasillos, sentarlo en intentar que lo moviera hacia atrás, de momento.

Otro de los objetivos era desarrollar la percepción cognitivo óculo-manual. Para ello se planteaban las siguientes rutinas:

- Lanzar la pelota grande con las dos manos.
- Meter y sacar de forma sistemática objetos (hasta el final) en frascos de diferentes tamaños en sus bocas.
- Tapar y destapar cajas y botes de diferentes tamaños.
- Hacer puzles simples en los que tuviera que encajar figuras geométricas.
- Pasar las páginas del libro de familia y responder señalando a:
 - Imágenes que se le indicara.
 - Imágenes que respondieran a cuestiones tipo¿dónde está...?

- Trabajar en el espejo (poniéndole gomets), pintándole media cara y otras partes como la nariz.
- Comunicación y lenguaje

Una de las áreas que más afectadas se veían en el niño era la del lenguaje. El objetivo consistía en desarrollar y aumentar el tono en la zona oro-facial ya que estaba poco desarrollada.

Para ello la propuesta era la siguiente:

- Soplar, hacer pompas de jabón, soplar con una pajita y hacer burbujas.
- Soplar montoncitos de gomets (volaban y servía para relacionar causa-efecto, medios-fines)

A nivel de lenguaje el objetivo era:

- Fomentar emisión de sonidos.
- Onomatopeyas.
- Fomentar y potenciar las vocalizaciones actuales.
- Autonomía personal:

A nivel de autonomía el trabajo consistía en:

- Trabajar la utilización de la cuchara para mejorar coordinación.
- Utilizar el tenedor (ayudarle a pinchar y que se lo llevara a la boca)
- Mejorar el acto de beber en vaso.

A finales de curso las educadoras realizan un informe de evolución del niño durante el curso que era archivado en el expediente y transmitido a la familia en la reunión de final de curso.

2.2.3.3 Valoración curso 2011-2012

Durante el curso 2011-2012 la valoración la valoración de la educadora de referencia fue el siguiente en las distintas áreas:

- Identidad

Respecto a la identidad el niño se reconocía ante el espejo y fotografías actuales, atendía a su nombre y reconocía distintas partes de su cuerpo: manos, pies, cabeza, lengua....

Cuando realizaba alguna actividad le gustaba que le aplaudieran y él también se aplaudía, se ponía contento y se reía emitiendo sonidos.

Se solía precipitar en la marcha y había que recordarle que fuera más despacio.

- Afectividad

A nivel afectivo mostraba su afecto echándose a los brazos, acercando la cara para que le dieran besos, pero no realizaba aún el ejercicio entero con los labios ni emitía sonido característico "mua".

Normalmente venía contento al aula y no tenía problemas para separarse de la familia.

El resto de sus compañeros/as lo respetaba pero si tenía alguien que le hubiera molestado reaccionaba mirando a su educadora de referencia y emitiendo sonidos de disconformidad.

Admitía bien caricias y muestras de afecto pero no las exageradas.

- Autonomía

A nivel de autonomía colaboraba activamente en el momento de la comida: cogía el babero y se lo intentaba colocar, utilizaba la cuchara y tenedor con ayuda, bebía del vaso,...

Hasta abril estuvo comiendo en el aula junto con los compañeros/as menores y a partir de entonces ya pasó al comedor. En el aula comían los niños/as de poco más de un año que aún no caminaban y no podían ir al comedor andando. Por eso, comían en el aula en una mesa y el niño comía con ellos antes de cambiar al espacio más abierto.

Inicialmente comía puré y después el segundo plato troceado para ayudar a ejercitar los músculos relacionados con la fonación y deglución.

Para la siesta utilizaba chupete y era capaz de reconocer el suyo entre los demás. No le gusta que le hicieran caricias para dormir pero le ayudaba sentir cerca a las educadoras y tener contacto visual con ellas.

Antes de realizar el cambio de pañal su educadora le avisaba previamente y es él cogía su pañal. Una vez que estaba tumbado jugaban con el espejo y trabajaban la identidad. Durante el tiempo del baño se mostraba tranquilo durante el cambio y era capaz de reconocer y recoger los objetos que tocan en ese momento (vaso, taquilla, pañal,...)

Desde que el niño inició el curso fue obteniendo un estrecho vínculo con su educadora de referencia. Le gustaban los mimos y quedarse mirando hasta que se le haga caso pero luego se muestra tímido.

Podía llegar a mostrarse celoso cuando las educadoras del aula tenían muestras de cariño con otros niños/as.

Era un niño independiente que no solía buscar generalmente a sus compañeros y compañeras.

- Comunicación y lenguaje

Tal y como hemos comentado anteriormente el área de lenguaje era una de los más afectados. El niño no era capaz de reproducir vocablos. Empezó a emitir a final de curso “ma” relacionado con la ejecución de besos y en contextos aislados. Emitía también “ayyy” para expresar dolor o malestar.

Tenía mayor comprensión que expresión oral. Comprendía órdenes sencillas y rutinarias y mostraba interés a la hora de expresarse oralmente con bits, marionetas,...

Era un niño participativo que entraba a todas las actividades que se le ofrecían. Tenía buena motricidad a la hora de coger los utensilios, poner gomets,...

El lenguaje musical le atraía mucho desde el principio. Intentaba imitar movimientos y aplaudía a la vez que se desplaza o termina la canción.

- Área motora

Respecto a la motricidad gruesa comenzó con la marcha autónoma hacia los 24 meses y hasta entonces utilizó el gateo. Al principio comenzó a andar apoyado en la pared la espalda y el culo para ir buscando el equilibrio.

Era capaz de subir las escaleras alternando los pies, subir y bajar escaleras con ayuda.

En cuanto a motricidad fina realizaba movimientos de mayor precisión: meter, sacar, hacer pinza índice-pulgar,...

Era un niño que estaba acostumbrado a andar por todas las dependencias de la escuela y mostraba preferencia por espacios más tranquilos donde menos movimiento había.

Disfrutaba más en grupo pequeño ya que su atención se dispersaba menos.

A final de curso se hizo una valoración de la evolución por parte del CREENA. Los niños/as estuvieron de vacaciones durante el mes de julio y el curso 2012-2013 comenzó en agosto de 2012.

2.2.3.4 Propuesta curso 2012-2013

Al inicio del curso 2012-2013 se plantearon los siguientes objetivos y necesidades educativas:

1. Trabajar el desplazamiento autónomo en diferentes superficies (Área Motora)
2. Fomentar la atención en los objetos, situaciones, etc....y la acción compartida con las personas (establecimiento de turnos). (Área cognitiva)
3. Incidir en las habilidades de comunicación (llamada de atención, petición, rechazo, rutinas sociales, expresión de sentimientos, denominación, comentarios...) mediante palabras, frases y gestos. Comunicación y lenguaje.
4. Mejorar la autonomía personal y social.

Durante el curso se realizaron distintas valoraciones por el equipo de profesionales del CREENA y las necesidades e intervención iba modificándose conforme a la evolución del niño.

- Área motora

A nivel motor la propuesta era trabajar el paso de sentado a bipedestación. Como le gustaba mucho el cambio, se le animaría a que se levantara con apoyo anterior, primero una pierna y luego otra (paso de caballero), posteriormente se intentaría que se apoyara en una superficie lisa (pared o cristal). Se observaría la posición de “oso”, ya que podía ser una postura intermedia para conseguir ponerse de pie sin apoyo.

A la vez se intentaría fomentar el gateo disociado en diferentes superficies y salvando pequeños desniveles (colchoneta, pequeños escalones...) y el desplazamiento con una o dos manos en distintas situaciones naturales (patio, comedor, psicomotricidad,...). Otra de las propuestas consistía en trabajar el subir y bajar escaleras en el cambiador, ofreciéndole una mano y con la otra que se agarrara a la baranda o pared. Una vez lograda esta fase se trabajaría la subida y bajada de rampas, cambios de dirección, realizar recorridos transportando objetos grandes tipo pelota, andar deprisa y de puntillas, etc.

- Área cognitiva

En el área cognitiva se trabajaría el centraje. Para ello, todo lo que se le propondría al tenía que tener un principio y un final marcado y anticipado, sin pasar a otra actividad hasta que no se hubiera acabado la anterior. Dentro de éste área el trabajo consistiría también en la exploración de los objetos y habilidad manual utilizando la pinza ofreciéndole todo tipo de objetos pequeños y/o alargados procurando que los cogiera con la participación del pulgar, juegos de espera, realizar puzles simples, tapar y destapar cajas y botes, encajables, ensartes, utilización de instrumentos, etc.

Según las orientaciones habría que observar y fomentar la coordinación bimanual, es decir, que usara una mano para sostener un objeto y la otra para manipularlo y explorarlo usando el dedo índice, el uso de instrumentos, encajables, ensartar, construir torres, pasar páginas, sacar y meter pinchitos, imitación en el espejo.

- Área de comunicación y lenguaje

Respecto al área de comunicación y lenguaje, una de las más afectadas como he comentado anteriormente, siempre habría que asegurarse de la atención del niño antes de dirigirnos a él. La comunicación con él sería despacio, sin romper la entonación y prosodia natural.

Se utilizarían gestos naturales para numerosas expresiones: “toma, dame, hola, adiós, comer, beber, basta, etc.” y se trabajaría para localizar a personas y objetos familiares. De la misma manera habría que observar cómo reacciona el niño cuando se le digieran palabras que significaran cosas agradables: “viene mamá, a comer, vamos al patio,...”

A nivel de expresión se realizaría una repetición de sílabas y palabras estimulando sus vocalizaciones imitándolas y dejándole un tiempo para repetir la expresión, nombrando los objetos que hubiera identificado, utilizando onomatopeyas sencillas,...

- Autonomía y relación social

Respecto a la autonomía y relación social había que centrarse en la colaboración en las comidas iniciando el manejo autónomo de los cubiertos, quitarse el babero, pedir más o decir que es suficiente, colaborar en limpiarse las manos (frotar las manos), vestido y desvestido, coger y dejar el vaso, lavarse y secarse las manos,...

De la misma manera el trabajo a nivel social consistiría en observar cómo reaccionaba si le molestaban los demás niños/as. Habría que fomentar primero que mirara a las educadoras, y después, que los aparte con la mano, posteriormente, observar si nos pedía ayuda.

Además uno de los trabajos más importantes sería el reconocimiento de familiares con el cuento de familia preguntando: “¿Dónde está mamá/papá?”, volviéndole la cabeza hacia el lugar correspondiente hasta que sea capaz de responder correctamente sin ayuda.

2.2.3.5 Valoración curso 2012-2013

El niño evolucionó positivamente a lo largo del curso en todas las áreas.

- Área motora

A nivel motor caminaba de manera más estable, no perdía el equilibrio y podía desplazarse sin ningún problema. Era capaz de subir y bajar escaleras de manera autónoma, siempre y cuando pueda apoyarse con las manos en las barras laterales.

- Área cognitiva

En cuanto al área cognitiva la educadora anticipaba siempre la actividad que iban a realizar posteriormente mediante tres fotos. Cuando terminaban hacían el gesto de “se acabó”, cruzando las manos por delante de la cara.

Utilizaron los mismos instrumentos y materiales que el resto de niños/as del aula durante el curso. La educadora valoraba positivamente el uso de la arcilla, sobre todo el primer día, que cogía de su mano, como si acariciara la arcilla, repitiendo lo que él hacía.

La evolución respecto al juego simbólico fue notable. Le gustaba mucho el teléfono, el teclado del ordenador, hacer choques con los coches de juguete y un muñeco concreto.

Ante el espejo imitaba juegos con la boca, como sacar la lengua, abrirla boca, y vibrar los labios con lo que trabaja la zona oro-facial.

- Comunicación y lenguaje

A lo largo del curso recibió sesiones de logopedia en el Centro de atención Temprana dos veces por semana. El trabajo partía por la necesidad de trabajar la zona oro-facial ya que la tenía olvidada.

Su registro de palabras y emisiones era muy limitado, en el cual se podían encontrar: papá, mamá, sí, no y emisiones que repetía en mismas situaciones.

A finales de mayo empezó a sacar la lengua.

El nivel comprensivo era mayor que el expresivo. Comprendía órdenes sencillas y rutinarias siempre con apoyo visual, con gestos.

Mostraba interés comunicativo, sobre todo cuando tenía algún conflicto con alguien o quería llamar la atención.

- Autonomía personal

La evolución a nivel de autonomía también fue notable. El niño llevaba pañal al finalizar el curso pero cuando se hacía caca se tocaba el pañal repetidamente con la mano y decía "caca".

A la hora de lavarse las manos y la cara tenía autonomía y era capaz de reconocer su cepillo de dientes y le quitaba el tapón.

El niño era muy alegre y era capaz de mostrar sin ningún pudor sus emociones, si se enfadaba, estaba cansado, contento,...

Le costaba aceptar los límites y le gustaba que le hicieran caso.

En junio ingresaron a su padre y estaba mucho más mimoso, cariñoso,... Con la educadora de referencia mantuvo un apego seguro y un vínculo muy cercano.

Tal y como he comentado en el aula había dos educadoras para dos unidades y la educadora de apoyo del niño.

Para llamar la atención le gustaba coger de la mano y llevar al lugar donde quería comunicar lo que le ocurría.

- Relaciones sociales

En la relación con los demás cabe destacar que el primer curso los demás niños/as no lo molestaban ni actuaban con él. Pero el segundo año eso cambió: era molestado, tenía conflictos, intentaba defenderse, si le pasaba algo intentaba comunicárselo a su educadora cogiéndola de la mano y acercándola a donde había surgido el problema.

Tenía varios niños/as con los que le gustaba más jugar y con cada uno utilizaba un juego diferente. Estaba muy integrado en la escuela y cuando faltaba porque estaba enfermo, tenía médico o sesiones sus compañeros y compañeras preguntaban por él.

Las acogidas y despedidas se realizaban en la zona de taquillas donde la educadora de referencia acogía al niño, lo saludaba y hablaba con la familia.

Venía contento a la escuela, entraba voluntariamente en el aula, se despedía de la familia y si la puerta estaba abierta entraba y si estaba cerrada la golpeaba para que se abriera.

El hecho más relevante que marcó el curso fue que el padre fue ingresado y le diagnosticaron una enfermedad importante.

DISCUSIÓN

Tal y como se recoge en Libro Blanco de Atención Temprana, el conjunto de intervenciones para la población infantil de 0 a 6 años debe de ser dirigida al niño/a, familia y entorno. Podemos observar que la intervención se dio en los distintos ámbitos ya que ha sido dirigida al niño y a la familia (en los distintos ámbitos como Escuela Infantil, Centro de Atención Temprana, Rehabilitación y Atención Primaria).

De la misma manera, entre los objetivos marcados en Atención Temprana están la atención a las distintas las necesidades y demandas de la familia y el entorno en el que vive el niño. En la Escuela Infantil se realizaron diversas reuniones. Al inicio del curso 2011-2012 se realizó una reunión inicial con la educadora de referencia y durante los dos cursos se realizaron reuniones periódicas entre la familia y la educadora. Además, la responsable del CREENA realizó durante los dos cursos una reunión inicial y otra final con la familia y la educadora de referencia.

Dentro de los niveles de intervención, cabe destacar que en prevención primaria el objetivo es prevenir y sensibilizar a la población. En el ámbito de salud existen programas de información de factores de riesgo y su prevención tal y como hemos podido observar en el caso. Los servicios de pediatría en atención primaria se dirigen a la población infantil desde el nacimiento hasta los 15 años, por lo que es un ámbito a donde todos los niños/as acuden y la detección de posibles trastornos en el desarrollo y situaciones de riesgo se ve favorecida.

Desde el en el ámbito educativo también se realizan actuaciones de apoyo al niño y a la familia desde la Escuela Infantil.

En prevención secundaria el objetivo es la detección y diagnóstico de las posibles alteraciones en el desarrollo infantil. En este caso, el pediatra de Atención Primaria ha sido el encargado de realizar los seguimientos y recopilar la información de las distintas especialidades donde acudió el niño pero no se detectaron posibles alteraciones.

La mayor intervención se realizó en la etapa postnatal en la que el pediatra realizó el seguimiento del niño según el Programa de Salud Infantil y las visitas programadas para realizar controles periódicos.

Desde los Servicios educativos, la educadora de apoyo realizó un seguimiento en habilidades motoras, de socialización, de lenguaje, atención, desarrollo emocional y problemas cognitivos.

A nivel de prevención terciaria el Centro de Atención Temprana, una vez recibida la derivación del caso desde rehabilitación, realizó el diagnóstico funcional del trastorno de desarrollo, la intervención habilitadora, rehabilitadora, terapéutica e interdisciplinar del menor, su familia y entorno tal y como se recoge en el Libro Blanco. Además se realizó una evaluación continua que permitió ir ajustando el programa a las necesidades e introducir modificaciones como la intervención en logopedia.

Mediante el modelo psicopedagógico con el que se trabaja en Atención Temprana se realizó una atención global para atender de manera simultánea al niño/a, a la familia y a la comunidad. Ese modelo permitió considerar al niño en su totalidad, trabajando la motricidad, el desarrollo cognitivo, lenguaje y desarrollo afectivo y social como recogen las últimas orientaciones.

Contrastando el caso con los estudios bibliográficos podemos referenciar que los bebés prematuros suelen tener distintos problemas de salud que pueden alargarse durante toda la vida. Varias de esas complicaciones las encontramos en el caso como discapacidades intelectuales, parálisis cerebral, trastornos de lenguaje.

Tal y como he recogido anteriormente, los signos de la hemiparesia aparecieron antes de los tres años. Además existía retraso del desarrollo, trastornos convulsivos tónico clónicos y trastorno del lenguaje.

Analizando las distintas tesis he observado que la prematuridad tiene efectos a nivel intelectual, de memoria, lenguaje y comunicación, inestabilidad emocional, trastornos psicomotores, problemas de aprendizaje y conducta que se presentan de manera más tardía. En el caso del niño varias de las dificultades fueron detectadas durante su evolución. Además, entre las secuelas de la prematuridad se encuentran secuelas

motoras como parálisis cerebral (la hemiparesia entre sus variantes) y secuelas cognitivas.

Entre las secuelas que pueden encontrarse en los casos de meningitis también se encuentran varias de las que presenta el caso: parálisis cerebral, adquisición tardía del lenguaje, problemas a nivel del Sistema Nervioso Central, incluso convulsiones.

Entre los casos de microcefalia también se encuentran indicios de trastornos generalizados del desarrollo. El retraso de desarrollo podría suponer un retraso madurativo global tal y como presenta el niño.

Según la legislación Navarra en Atención Temprana, la edad para recibir la misma es entre los 0 y los 3 años mediante sesiones individuales, atención a la familia y atención al entorno. En el caso se puede observar cómo la intervención en Atención Temprana ha coincidido con lo que marca la legislación. Los Centros de Atención Temprana deben contar además con perfiles profesionales que garanticen una valoración completa, médica, psicológica, social, cognitiva y del lenguaje. En el Centro de Atención Temprana de Navarra el niño fue atendido por varios de los profesionales mencionados anteriormente.

La Ley Orgánica de Educación recoge que se adoptarán medidas que promuevan e incentiven la colaboración entre familia y escuela tal y como se realizó en la escuela mediante las sesiones realizadas con las familias. De la misma manera, la propuesta pedagógica en la Escuela Infantil se desarrollará y concretará en el marco del Proyecto Educativo de Centro con objetivos, principios pedagógicos, contenidos y criterios de evaluación establecidos en el Decreto Foral 28/2007 tal y como se realizó en el caso.

Para realizar la intervención a con carácter preventivo, terapéutico, habilitador y rehabilitador, global e interdisciplinar, se deben coordinar las actuaciones de los sectores implicados (Salud, Educación, Servicios Sociales). En este caso, los sectores implicados han realizado derivaciones y seguimientos del caso pero no están sistematizados.

El Decreto Foral 28/2007 establece que el Departamento de Educación dispondrá, en los centros sostenidos con fondos públicos, los medios necesarios para promover el

máximo desarrollo personal, intelectual, social y emocional del alumnado que tenga necesidad específica de apoyo educativo. La educadora de apoyo fue subvencionada por el Gobierno de Navarra.

CONCLUSIONES Y CUESTIONES ABIERTAS

1. En la etapa perinatal y postnatal se realizaron actuaciones preventivas derivadas de las necesidades de atención del niño.
2. Las actuaciones se complementaron en el ámbito de Servicios Sociales y Educativos con la derivación al Centro de Atención Temprana y solicitud desde la Escuela Infantil al CREENA de apoyo. Se consideró que el niño se encontraba situación de riesgo siempre contando con la familia, muy consciente y colaboradora en todas las decisiones a tomar.
3. Las condiciones de salud del niño derivadas de la prematuridad, meningitis y crisis convulsivas han constituido un proceso complejo en los primeros años que indiscutiblemente han influido en el desarrollo del niño y condicionado la vida de su familia y entorno.
4. La coordinación interdepartamental se ha dado desde el principio.
5. El papel del pediatra de Atención Primaria ha sido imprescindible como referente principal de la familia.
6. El pediatra de Atención Primaria ha coordinado toda la información procedente de los Servicios de Urgencias de Pediatría, Neonatología, Rehabilitación, Neuropediatría, Genética y Neumología.
7. Se ha dado coordinación entre el servicio de Rehabilitación y el Centro de Atención Temprana relacionada con la intervención y seguimiento de fisioterapia al estar establecida entre ambos ámbitos.
8. Se han coordinado las actuaciones y seguimiento desde el ámbito educativo (Escuela Infantil y CREENA) y el Centro de Atención Temprana, tanto en el proceso de atención como en el paso al sistema educativo.

9. La familia trasmite su satisfacción por la atención recibida desde los Servicios Sanitarios, especialmente por parte de su pediatra de Atención Primaria, los profesionales de las Unidades de Neonatología (en una etapa postnatal compleja), profesionales del servicio de rehabilitación (donde la asistía semanalmente a fisioterapia).
10. El seguimiento de la médico rehabilitadora de referencia ha sido sistemático con la atención recibida en Urgencias de Pediatría y otras consultas esporádicas.
11. La familia trasmite que ha sido excelente la atención recibida; se ha sentido acompañada, apoyada y orientada. Como constancia de esa satisfacción sigue manteniendo visitas a la Escuela Infantil cercana a su domicilio y donde pone en común con los profesionales los avances del niño y cuestiones relacionadas con su desarrollo, programa de intervención individual y apoyos establecidos.
12. Los trastornos añadidos del caso han desencadenado un peregrinaje por distintos profesionales médicos y ha provocado que el diagnóstico se realizara de manera más tardía.
13. Como plan de mejora hubiera sido deseable una mejor coordinación desde el ámbito educativo, el Centro de Atención Temprana, Pediatría de Atención Primaria y el servicio de neuropediatría que realiza el seguimiento del niño con coordinaciones mensuales o bimensuales.
14. El plan de intervención se ha complementado desde los tres ámbitos de intervención, una puesta en común sistemática entre todos los profesionales hubiera sido conveniente.
15. El seguimiento y análisis de las complicaciones presentadas por el caso debía haber sido más exhaustivo ya que presentaba indicios que podían predecir las secuelas: nacimiento prematuro, meningitis, microcefalia, etc.
16. La intervención con el niño ha favorecido una evolución en el área de conocimiento de sí mismo y autonomía personal (identificarse, autonomía en

las rutinas propias de su edad,...)

17. A nivel de lenguaje la intervención no ha sido suficiente para conseguir los objetivos planteados. Haber comenzado anteriormente la intervención en logopedia hubiera podido favorecer un mejor desarrollo de la comunicación y lenguaje.
18. La intervención con el niño en todos los ámbitos, así como la participación activa de su familia como agente de desarrollo, han favorecido un mejor conocimiento del entorno.

REFERENCIAS

- Aguirre Zabaleta, J. (2001). *La actividad física del niño. De cero a tres años*. Primera Edición. Pamplona, España. Instituto Navarro de Deporte y Juventud.
- Alcover Bloch, E. (2010). *Seguimiento del desarrollo psicomotor de prematuros extremos mediante escala de desarrollo infantil de Kent (EDIK) cumplimentada por los padres y situación neuroevolutiva a los 2 y 5 años*. Universitat de València. Valencia, España. [Disponible en (21/05/2014): http://www.tdx.cat/bitstream/handle/10803/2505/EAB_TESIS.pdf?sequence=1]
- Andrés Vilorio, C., (2011). *La Atención a la familia en Atención Temprana. Un estudio desde la perspectiva de los profesionales de los servicios y centros de Atención Temprana*. Universidad Autónoma de Madrid. Madrid, España.
- Costa Alcácer, I. (2005). *Estudio clínico y microbiológico de las meningitis en la edad pediátrica en el hospital clínico universitario de Valencia*. [Disponible en (21/05/2014): <http://roderic.uv.es/handle/10550/15510>]
- Decreto Foral 28/2007, de 26 de marzo. Gobierno de Navarra. [Disponible en (31/05/2014): <http://www.lexnavarra.navarra.es/detalle.asp?r=29403>]
- EducaContinuum-Agintzari S.L.L. *Proyecto Educativo Escuelas Infantiles Valle de Egüés*. (2011).
- Gobierno de Navarra. (2004). *La Atención Temprana en Navarra*. Documento marco. Pamplona. [Disponible en (21/05/2014): <http://www.navarra.es/NR/rdonlyres/7DBD0FDB-DEDB-4B46-A657-FEA9135FC8C5/142540/DocumentomarcocodeAtencionTemprana1.pdf>]
- Grupo de Atención Temprana. (2000). *Libro blanco de la Atención Temprana*. Madrid: Real Patronato de Prevención y de Atención a Personas con Minusvalía. [Disponible en (21/05/2014): http://iier.isciii.es/autismo/pdf/aut_lbap.pdf]

- Grupo de Atención Temprana. (2013). La realidad actual de la Atención Temprana en España. [Disponible en (24/05/2014): [https://dl-web.dropbox.com/get/ATENCION%20TEMPRANA%20Y%20ESCUELA%20INFANTIL/DOCUMENTOS/la%20realidad%20actual%20de%20la%20atenci%C3%B3n%20temprana%20en%20Espa%C3%B1a.pdf?subject uid=278113188&w=AAD_NDSKvFuebFbBkt6TMW_J4wal7d2w4YPLguEqJ3Xxjg](https://dl-web.dropbox.com/get/ATENCION%20TEMPRANA%20Y%20ESCUELA%20INFANTIL/DOCUMENTOS/la%20realidad%20actual%20de%20la%20atenci%C3%B3n%20temprana%20en%20Espa%C3%B1a.pdf?subject%20uid=278113188&w=AAD_NDSKvFuebFbBkt6TMW_J4wal7d2w4YPLguEqJ3Xxjg)]
- Gobierno de Navarra (2014). *Guía de Recursos Técnicos Profesionales. Atención Temprana 0-6 años*.
- Kinsman SL, Johnston MV. *Congenital anomalies of the central nervous system*. In: Kliegman RM, Stanton BF, St. Geme JW III, Schor NF, Behrman RE, eds. *Nelson Textbook of Pediatrics*. 19th ed. Philadelphia, Pa: Saunders Elsevier; 2011:chap 585.10.) [Disponible en (25/05/2014): <http://reidhosp.adam.com/content.aspx?productId=39&pid=5&gid=003272&print=1>]
- Ley Orgánica 2/2006, de 3 de mayo, de Educación. [Disponible en (21/05/2014): <http://www.boe.es/boe/dias/2006/05/04/pdfs/A17158-17207.pdf>]
- Ley Orgánica 13/1982, de 10 de agosto, de Reintegración y Amejoramiento del Régimen Foral de Navarra. [Disponible en (24/05/2014): [http://www.navarra.es/home es/Actualidad/BON/Boletines/2013/21/Anuncio-3/](http://www.navarra.es/home_es/Actualidad/BON/Boletines/2013/21/Anuncio-3/)]
- Kelley. (1992). *Textbook of Internal Medicine*, 2nd Ed. [Disponible en (25/05/2014): http://books.google.es/books?id=oulAE-zahQ4C&pg=PA1661&dq=medicina+interna.+meningitis+por+enterovirus&hl=es&sa=X&ei=hrWBU_vQDKmc0AW31YHwAg&ved=0CDQQ6AEwAA#v=onepage&q=medicina%20interna.%20meningitis%20por%20enterovirus&f=false]
- Orden Foral 317/2009, de 16 de octubre, de la consejera de asuntos sociales, familia, juventud y deporte, por la que se regula el servicio de Atención Temprana. [Disponible en (21/05/2014): <http://www.lexnavarra.navarra.es/detalle.asp?r=29900>]

- Sánchez Caravaca, J. (2006). Eficacia de los programas de Atención Temprana en niños y niñas con riesgo biológico. Tesis. Universidad de Murcia. [Disponible en (21/05/2014):
<http://digitum.um.es/jspui/bitstream/10201/99/1/SanchezCaravaca.pdf?sequence=1>]

ANEXOS

Anexo 1. Informe individualizado final de curso.

INFORME INDIVIDUALIZADO FINAL DE CURSO

CURSO ACADÉMICO 2012/2013

NOMBRE DEL NIÑO/NIÑA	
ESCUELA	Valle de Egüés III
AULA	
EDUCADORA	

EVOLUCIÓN Y ESTADO ACTUAL DEL NIÑO/NIÑA

ESTADO GENERAL

- Área motora
- Área cognitiva
- Área del lenguaje
- Autonomía personal y actitud ante los cuidados básicos

EN RELACIÓN A LAS RUTINAS Y PROPUESTAS DE CLASE

MUNDO EMOCIONAL

DESCRIPCIÓN GENERAL (tono emocional del niño/niña, aceptación de los límites y la estructura, tolerancia a la frustración, necesidades...)

RELACIÓN CON LAS EDUCADORAS (tipo de apego y vínculo, manera de contactar...)

RELACIÓN CON LOS IGUALES

ACOGIDAS Y DESPEDIDAS

Anexo 2. Informe inicial Centro de Atención Temprana.

PROGRAMA DE ATENCION TEMPRANA

Nombre:

Fecha exploración:

Fecha Nac.:

Nº Expediente:

DATOS PERSONALES

• **Familia:**

<u>Relación</u>	<u>Nombre</u>	<u>F. Nac.</u>	<u>Trabajo</u>	<u>Conducción</u>
-----------------	---------------	----------------	----------------	-------------------

• **Apoyos Familiares:**

• **Domicilio:**

• **Teléf.1**

Teléf. 2.-

• **Escuela infantil:.**

• **Desplazamiento:**

• **Disponibilidad horaria:**

• **Derivado por:**

Observaciones:

HISTORIA CLÍNICA

- Embarazo
- Parto
- Otoemisiones
- Otras problemáticas e ingresos
- Medicación
- Consultas otras Especialidades Médicas
- Desarrollo Evolutivo
- Antecedentes Familiares
- Alimentación
- Sueño
- Actitud de la Familia

EXPLORACION:

ÁREA MOTORA:

- Área visual:
- Área auditiva:
- Área buco-facial:
- Área manipulativa:
- Área motriz:
 - *Actitud en decúbito prono:*

- *Actitud en decúbito supino:*
- *Actitud en sedestación:*
- *Tono muscular:*
- *Contracciones patológicas de base:*
- *Calidad de la motricidad :*
- *Control postural y cambios posturales:*
- *Desplazamientos:*
- *Desarrollo cinesiológico:*

Orientación diagnóstica:

ÁREA COGNITIVA:

ÁREA LENGUAJE:

RELACIONES SOCIALES:

Brunet Lezine

Fecha ***P*** ***C*** ***L*** ***S*** ***E.D.*** ***C.D.***

Impresión Diagnóstica

Orientaciones

Pamplona, a de de 201

Fdo.: EL EQUIPO DE ATENCION TEMPRANA