Universidad de Huelva

Departamento de Educación

La atención temprana como recurso para la mejora del proceso de nueva escolarización en el segundo ciclo de la etapa de educación infantil, del alumnado con trastornos en el desarrollo o en riesgo de padecerlos, en Huelva y su provincia

Memoria para optar al grado de doctor
presentada por:

Ezequiel Gómez Gallardo

Fecha de lectura: 24 de julio de 2017

Bajo la dirección de los doctores:

Asunción Moya Maya

Manuel Jesús Gil Álvarez

Huelva, 2017

BY NC ND

TESIS DOCTORAL

PROGRAMA OFICIAL DE DOCTORADO
LA EDUCACIÓN EN LA SOCIEDAD MULTICULTURAL

LA ATENCIÓN TEMPRANA COMO RECURSO PARA LA MEJORA DEL PROCESO DE NUEVA ESCOLARIZACIÓN EN EL SEGUNDO CICLO DE LA ETAPA DE EDUCACIÓN INFANTIL, DEL ALUMNADO CON TRASTORNOS EN EL DESARROLLO O EN RIESGO DE PADECERLOS, EN HUELVA Y SU PROVINCIA

Doctorando

Ezequiel Gómez Gallardo

Directores

Dra. Dña. Asunción Moya Maya
Dr. D. Manuel J. Gil Álvarez

Departamento de Educación
Universidad de Huelva

2017

Universidad de Huelva

Departamento de Educación

LA ATENCIÓN TEMPRANA COMO RECURSO PARA LA MEJORA DEL PROCESO DE NUEVA ESCOLARIZACIÓN EN EL SEGUNDO CICLO DE LA ETAPA DE EDUCACIÓN INFANTIL, DEL ALUMNADO CON TRASTORNOS EN EL DESARROLLO O EN RIESGO DE PADECERLOS, EN HUELVA Y SU PROVINCIA

PROGRAMA OFICIAL DE DOCTORADO
LA EDUCACIÓN EN LA SOCIEDAD MULTICULTURAL

Memoria para optar al grado de doctor
presentada por:

Ezequiel Gómez Gallardo

Bajo la dirección de los doctores:

Dra. Dña. Asunción Moya Maya
Dr. D. Manuel J. Gil Álvarez

Huelva, 2017

TESIS DOCTORAL

LA ATENCIÓN TEMPRANA COMO RECURSO PARA LA MEJORA DEL PROCESO DE NUEVA ESCOLARIZACIÓN EN EL SEGUNDO CICLO DE LA ETAPA DE EDUCACIÓN INFANTIL, DEL ALUMNADO CON TRASTORNOS EN EL DESARROLLO O EN RIESGO DE PADECERLOS, EN HUELVA Y SU PROVINCIA

Doctorando

Ezequiel Gómez Gallardo

Directores

Dra. Dña. Asunción Moya Maya

Dr. D. Manuel J. Gil Álvarez

Departamento de Educación

Universidad de Huelva

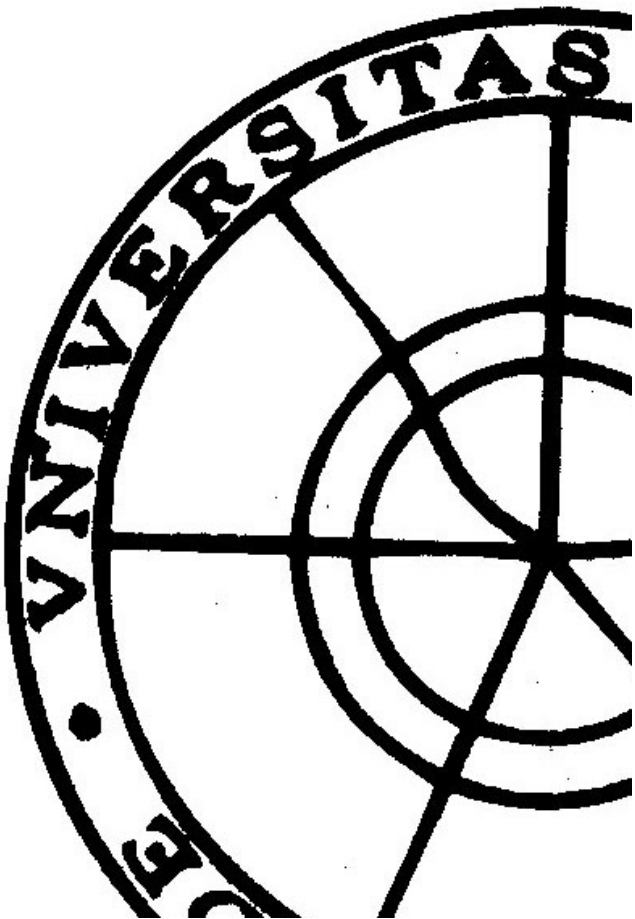
2017

TESIS DOCTORAL

Doctorando
Ezequiel Gómez Gallardo

Directores
Dra. Dña. Asunción Moya Maya
Dr. D. Manuel J. Gil Álvarez

Huelva, 2017



A mi padre, in memóriam, a mi esposa e hijos, a mi madre y hermanos y a mis suegros.

AGRADECIMIENTOS

Esfuerzo, sacrificio personal y familiar, innumerables horas de dedicación exclusiva,…, son algunos de los calificativos con los que podría describir el proceso de realización de esta investigación y sin embargo, a pesar de ello, solo puedo expresar mi más sincera gratitud a todas las personas que de forma directa o indirecta han formado parte de este proyecto y que con sus aportaciones han conseguido hacerlo realidad. Por esta razón, quiero hacer una mención especial a las siguientes personas y equipos.

En primer lugar, a mi familia, por permitir que esta investigación formara parte de nuestras vidas:

A la memoria de mi padre, pilar sobre el que se asientan mis valores, mis primeros conocimientos y referente imprescindible en mi vida. "Licenciado por la universidad de la calle". A mi madre y a mis hermanos, que siempre están ahí, pase lo que pase.

A mi esposa María del Mar, a mi hija Blanca y a nuestro futuro hijo o hija, soporte fundamental en mi vida, por ofrecerme amor y cariño incondicionales y sobre todo, por haberles "robado" tanto tiempo.

En segundo lugar, a mis directores de tesis:

A la Doctora Doña Asunción Moya Maya, por su apoyo constante, por su aliento y ánimo permanente, por brindarme su conocimiento y la oportunidad de compartir tantos momentos. A mi amiga Asun, persona a la que debo el desarrollo y la culminación de esta investigación.

Al Doctor Don Manuel J. Gil Álvarez, profesor, jefe y compañero que siempre creyó en mí y quien me brindó la posibilidad de optar al puesto específico de orientador especialista en atención temprana. A mi amigo Manolo, del que he tenido la oportunidad de aprender y en el que siempre he encontrado palabras de apoyo.

Agradecer también por su inestimable apoyo y ayuda constante:

A Don Manuel Vázquez Uceda, Jefe de Servicio de Orientación Educativa y Atención a la Diversidad de la Consejería de Educación.

A Don Antonio Pons Tubío, Coordinador del Proceso Asistencial de Atención Temprana de la Consejería de Salud.

A Doña Francisca Martínez Mojarro, Coordinadora del Equipo Técnico Provincial para la Orientación Educativa y Profesional de la Delegación Territorial de Huelva.

Gracias por su colaboración a todos los profesionales, compañeros y compañeras, que han participado y colaborado en esta investigación:

A todos los compañeros y compañeras del Servicio de Orientación Educativa y Atención a la Diversidad de la Dirección General de Participación y Equidad de la Consejería de Educación.

A todos los compañeros y compañeras del Equipo Técnico Provincial para la Orientación Educativa y Profesional de la Delegación Territorial de Educación de Huelva.

A los ocho orientadores y orientadoras especialistas en atención temprana.

A las ocho consultoras de atención temprana.

A todos los centros de primer ciclo de Educación Infantil de la provincia de Huelva.

A todos los EOE y a todos los CAIT de la provincia de Huelva.

ÍNDICE

BLOQUE I. LOS PROPÓSITOS DEL ESTUDIO

CAPÍTULO I. CONTEXTUALIZACIÓN Y OBJETO DE LA INVESTIGACIÓN

I.1. Contextualización de la investigación.....3
I.2. Necesidad de la investigación.....8
I.3. Objetivos de la investigación.....11
I.3.1. Objetivos generales.....12
I.3.2. Objetivos específicos.....12
I.4. Referencias bibliográficas.....14

BLOQUE II. MARCO TEÓRICO: ANÁLISIS DE LOS ASPECTOS BÁSICOS DEL PROCESO DE NUEVA ESCOLARIZACIÓN, DENTRO DEL PROCESO DE ATENCIÓN INFANTIL TEMPRANA

CAPÍTULO II. LA ETAPA DE EDUCACIÓN INFANTIL: MARCO NORMATIVO, CARACTERÍSTICAS GENERALES DEL DESARROLLO EVOLUTIVO Y PAPEL DE LA FAMILIA

II.1. Las enseñanzas de Educación Infantil.....19
II.2. Finalidad y objetivos de la etapa.....21
II.3. Organización y funcionamiento.....24
II.4. Características generales del desarrollo psicoevolutivo en la Educación Infantil.....30
II.4.1. Desarrollo socio- afectivo en la infancia.....33
II.4.2. Crecimiento físico y desarrollo psicomotor.....38
II.4.3. Lenguaje y comunicación.....40
II.4.4. Desarrollo cognitivo: pensamiento percepto-motor.....44
II.5. Modelo de participación de la familia durante la etapa.....48
II.5.1. La familia: institución social.....49
II.5.2. Dimensión educativa de la familia como institución social.....51
II.5.3. Relaciones entre familia y escuela.....54
II.5.4. Familia y atención infantil temprana.....59
II.6. Referencias bibliográficas.....64

CAPÍTULO III. LA INCLUSIÓN EDUCATIVA Y EL PROCESO DE NUEVA ESCOLARIZACIÓN EN EL SEGUNDO CICLO DE EDUCACIÓN INFANTIL DEL ALUMNADO CON NECESIDADES EDUCATIVAS ESPECIALES

III.1. Educación inclusiva: realidad y retos por afrontar 70
III.1.1. Concepto y principios de una educación inclusiva 71
III.1.2. Alumnado con necesidades específicas de apoyo educativo 81
III.1.3. Determinación de alumnado con necesidades específicas de apoyo educativo 89
III.2. La atención infantil temprana en la etapa de Educación Infantil 96
III.2.1. Relación de dependencia entre Educación Infantil y atención infantil temprana 98
III.2.2 Estructuras de orientación en la etapa de Educación Infantil 99
III.2.2.1. Equipos de orientación educativa 100
III.2.2.2. Equipo de orientación educativa especializado 101
III.2.2.3. EOE especializado: profesionales especialistas en atención infantil temprana 105
III.3. La respuesta educativa en la etapa de Educación Infantil 109
III.3.1. Organización de la respuesta educativa al alumnado con necesidad específica de apoyo educativo 111
III.3.2. Organización de la respuesta educativa al alumnado con necesidad específica de apoyo educativo 121
III.4. El proceso de nueva escolarización del alumnado con NEE que se incorpora al segundo ciclo de la etapa de Educación Infantil 129
III.4.1. La escolarización en la etapa de Educación Infantil y sus implicaciones con el alumnado con necesidades educativas especiales 129
III.4.2. El procedimiento de escolarización del alumnado con NEE en Andalucía 132
III.4.2.1. El procedimiento de escolarización en el primer ciclo (0-3) 134
III.4.2.2. El procedimiento de escolarización en el segundo ciclo (3-6) 138
III.4.2.3. Permanencia extraordinaria en la etapa de Educación Infantil 144
III.5. Referencias bibliográficas 148

CAPÍTULO IV. LA ATENCIÓN INFANTIL TEMPRANA: RELEVANCIA Y REPERCUSIÓN ACTUAL

IV.1. La atención infantil temprana: progresos y desarrollo 154
IV.1.1. Concepto y objetivos de la atención infantil temprana 156
IV.1.2. Principios básicos de la atención infantil temprana 161
IV.1.3. Niveles y modalidades de intervención en atención infantil temprana 165
IV.1.4. La organización diagnóstica de la atención temprana (ODAT) 172
IV.2. El proceso de atención infantil temprana en Andalucía 182
IV.2.1. Proceso asistencial integrado de atención temprana: origen del modelo andaluz 182
IV.2.2. Recursos de atención infantil temprana 185
IV.2.2.1. Unidades de atención infantil temprana 186

IV.2.2.2. Centros de atención infantil temprana 187
IV.2.2.3. Equipos provinciales de atención infantil temprana 190
IV.2.3. Sistema de información Alborada 194
IV.3. Coordinación interadministrativa en atención infantil temprana 200
IV.4. Referencias bibliográficas 206

BLOQUE III. INVESTIGACIÓN REALIZADA

CAPÍTULO V. DISEÑO Y PROCESO DE LA INVESTIGACIÓN

V.1. Origen de la investigación 216
V.2. Objetivos de la investigación 218
V.3. Planificación de la investigación 220
V.3.1. Naturaleza de la investigación 221
V.3.2. Enfoques en investigación educativa 223
V.3.3. Implementación del diseño de la investigación: nuestro enfoque de investigación 227
V.4. Fases del proceso de investigación 231
V.4.1. Fase preparatoria 232
V.4.2. Trabajo de campo 234
V.4.3. Fase analítica 235
V.4.4. Fase informativa 235
V.5. Fases del estudio realizado 237
V.6. Descripción de la población 240
V.6.1. Sujetos sobre los que se realizó el análisis de documentos 241
V.6.2. Sujetos a los que se les realizó la entrevista 242
V.6.3. Sujetos a los que se les proporcionó el cuestionario 244
V.7. Técnicas e instrumentos de recogida de información en esta investigación 250
V.7.1. Análisis de Documentos 251
V.7.2. Entrevista 253
V.7.2.1. Consideraciones de carácter teórico 253
V.7.2.2. Fases de la entrevista 257
V.7.2.2.1. Fase I: Preparación de la entrevista 257
V.7.2.2.2. Fase II: Desarrollo 259
V.7.2.2.3. Fase III: Preparación de los datos 262
V.7.2.3. El análisis de contenido de las entrevistas 262
V.7.2.3.1. El proceso general de análisis 262
V.7.2.3.2. Reducción de datos 264
V.7.2.3.3. Análisis e interpretación 272
V.7.3. Cuestionario 275
V.7.3.1. Consideraciones de carácter teórico 275
V.7.3.2. Proceso de construcción, validación y fiabilidad 280
V.7.3.2.1. Proceso de construcción 285
V.7.3.2.2. Proceso de validación 287
V.7.3.2.3. Análisis de fiabilidad 292
V.7.3.3. Nuestro cuestionario 296
V.7.3.3.1. Análisis de las dimensiones 296
V.7.3.3.2. Difusión y recogida de la información 299
V.8. Referencias bibliográficas 302

CAPÍTULO VI. ANÁLISIS DE LOS RESULTADOS DE LA INVESTIGACIÓN

VI.1. Descripción y discusión de los resultados del análisis de los documentos 310
VI.1.1. Análisis de datos referidos a la atención infantil temprana en Andalucía 310
VI.1.1.1. Análisis global de los cursos académicos 2014/2015, 2015/2016 y 2016/2017 311
VI.1.1.2. Análisis específico del curso 2016/2017 314
VI.1.1.3. Análisis específico del curso 2016/2017 en la provincia de Huelva 321
VI.1.2. Análisis de datos referidos a la escolarización en el segundo ciclo de Educación Infantil en Andalucía 323
VI.1.2.1. Análisis global de los cursos académicos 2014/2015, 2015/2016 y 2016/2017 324
VI.1.2.2. Análisis específico del curso 2016/2017 327
VI.1.2.3. Análisis específico del curso 2016/2017 en la provincia de Huelva 333
VI.1.3. Correlaciones entre los datos de ambas Consejerías 335
VI.2. Descripción y discusión de los resultados de las entrevistas 340
VI.3. Descripción y discusión de los resultados del cuestionario 383
VI.4. Referencias bibliográficas 430

BLOQUE IV. CONCLUSIONES

CAPÍTULO VII. CONCLUSIONES DE LA INVESTIGACIÓN

VII.1. Un breve recorrido retrospectivo 436
VII.2. Conclusiones 441
VII.3. Limitaciones de la investigación 459
VII.4. Implicaciones prácticas y líneas futuras de investigación 461
VII.5. Referencias bibliográficas 465

ANEXOS

(Se aportan en formato electrónico, CD)

ÍNDICE DE FIGURAS

Figura 1. Áreas que componen el currículo de Educación infantil 25
Figura 2. Factores que condicionan los proceso de cambio psicológico 31
Figura 3. Áreas de desarrollo 33
Figura 4. Elementos básicos del desarrollo socio-afectivo 33
Figura 5. Funciones básicas del lenguaje 41
Figura 6. Condicionantes de los procesos cognitivos en la infancia 45
Figura 7. Funciones/ responsabilidades que cumple la familia con los hijos e hijas 50
Figura 8. Contenidos específicos de la acción educativa familiar 52
Figura 9. Razones por las que la familia no puede ser la única institución educativa 53
Figura 10. Grandes campos de colaboración padres/madres y profesorado 57
Figura 11. Grandes potencialidades de la familia 60
Figura 12. Diferentes enfoques en la atención a la familia 62
Figura 13. Secuencia cronológica de publicación de Leyes Orgánicas de Educación 70
Figura 14. Principios de atención a la diversidad (Orden de 25 de julio de 2008) 76
Figura 15. Trastornos graves del desarrollo 88
Figura 16. Proceso de Evaluación Psicopedagógica 91
Figura 17. Proceso de elaboración del informe de evaluación psicopedagógica 93
Figura 18. Proceso de elaboración del Dictamen de Escolarización 94
Figura 19. Especialidades que conforman el EOE Especializado 102
Figura 20. Participación del EOE-E en Dictámenes de Escolarización 104
Figura 21. Pilares de una respuesta educativa inclusiva 112
Figura 22. Características de la estructura organizativa de un centro educativo inclusivo 114
Figura 23. Organización de la respuesta educativa 115
Figura 24. Organización de la Respuesta educativa Diferente a la Ordinaria 128
Figura 25. Aspectos a valorar en el alumnado objeto de la permanencia extraordinaria 146
Figura 26. Modelo ecológico sistémico de la atención temprana 162
Figura 27. Niveles de intervención de la atención infantil temprana 168
Figura 28. Modalidades de intervención 170
Figura 29. Disciplinas relacionadas con la atención infantil temprana 171
Figura 30. Niveles de diagnóstico de la ODAT 180
Figura 31. Red de Recursos de Atención Infantil Temprana 185
Figura 32. Fases en la intervención del CAIT 189

Figura 33. Composición del EPAT 191
Figura 34. Pluralidad metodológica: errores a evitar 225
Figura 35. Estrategias de triangulación 229
Figura 36. Proceso de investigación cualitativa 231
Figura 37. Momentos que concretarán la Etapa de Diseño 234
Figura 38. Momentos que concretarán la Fase Analítica 235
Figura 39. Fases y etapas de la investigación cualitativa 236
Figura 40. Estructura final de nuestra investigación 239
Figura 41. Población objeto de la investigación 240
Figura 42. Características que debían reunir los sujetos para participar en la entrevista 242
Figura 43. Distribución geográfica de los sujetos a los que se les realizó la entrevista 243
Figura 44. Distribución zonal de EOE y CAIT en la provincia de Huelva 246
Figura 45. Tipos de muestreo probabilístico 247
Figura 46. Sujetos a los que se les proporcionó el cuestionario 249
Figura 47. Instrumentos para la recogida de información en esta investigación 251
Figura 48. Tareas implicadas en el análisis de datos 263
Figura 49. Fases en la construcción del cuestionario 282
Figura 50. Fases del proceso de análisis de los resultados 301

ÍNDICE DE TABLAS

Tabla 1. Evolución en el número total de centros de 1er ciclo de E.I. 28
Tabla 2. Evolución el número total de plazas ofertadas en el 1er ciclo de E.I. 29
Tabla 3. Evolución del apego en los primeros años de vida 34
Tabla 4. Evolución de las emociones en los primeros años de vida 35
Tabla 5. Evolución del autoconcepto y la autoestima en los primeros años de vida 36
Tabla 6. Evolución del conocimiento social en los primeros años de vida 37
Tabla 7. Media y márgenes de normalidad para algunos logros madurativos 38
Tabla 8. Evolución del desarrollo psicomotor en la infancia 39
Tabla 9. Variables que condicionan el aprendizaje del lenguaje 40
Tabla 10. Evolución del desarrollo del lenguaje y la comunicación en la infancia 43
Tabla 11. Evolución del desarrollo cognitivo en la infancia 47
Tabla 12. Grandes campos de colaboración padres/madres y profesorado 58
Tabla 13. Novedades normativas para Educación Infantil, Primaria y ESO en Andalucía 77
Tabla 14. Diferencias LOMCE/LEA en las categorías de alumnado NEAE 83
Tabla 15. Censo Alumnado NEAE 85
Tabla 16. Apartados del Informe de Evaluación Psicopedagógica 92
Tabla 17. Apartados del Dictamen de Escolarización 95
Tabla 18. Funciones Generales del EOE-E 103
Tabla 19. Objetivos del Especialista en AIT del EOE-E 106
Tabla 20. Plan de actuación del especialista en AIT 107
Tabla 21. Medidas Específicas de Carácter Educativo 118
Tabla 22. Cuadro Resumen Medidas y Recursos Específicos que se pueden proponer en el Dictamen de Escolarización 120
Tabla 23. Medidas Específicos que se pueden proponer en el 2º Ciclo de E.I. 126
Tabla 24. Recursos Específicos que se pueden proponer en el 2º Ciclo de E.I. 127
Tabla 25. Niveles de intervención de la atención infantil temprana 169
Tabla 26. Estructura de la ODAT 175
Tabla 27. Organización Diagnóstica de la Atención Temprana (ODAT) 179
Tabla 28. Resumen Protocolo de 30 de marzo de 2015 203
Tabla 29. Anexo II del Protocolo de 30 de marzo de 2015 204
Tabla 30. Objetivos específicos de la investigación 220
Tabla 31. Aportaciones del uso combinado de indagación cualitativa y cuantitativa 227

Tabla 32. Características de identificación de los profesionales que participan en la entrevista 243
Tabla 33. Relación de EOE y CAIT en la provincia de Huelva 245
Tabla 34. Protocolo de la entrevista 258
Tabla 35. Proceso general de análisis de las entrevistas 263
Tabla 36. Sistema categorial de la entrevista 266
Tabla 37. Categorías, definición y ejemplos de codificación usados para el análisis de las entrevistas 270
Tabla 38. Ejemplo de análisis vertical de las entrevistas 273
Tabla 39. Exigencias en la elaboración y administración del cuestionario 276
Tabla 40. Características que han de poseer los cuestionarios 277
Tabla 41. Ventajas en la realización del cuestionario 278
Tabla 42. Inconvenientes del uso del cuestionario 279
Tabla 43. Pasos para la elaboración del cuestionario 281
Tabla 44. Criterios para la elaboración y/o selección de preguntas para el cuestionario 283
Tabla 45. Estructura inicial del cuestionario 286
Tabla 46. Ejemplos de preguntas tipo Likert, elección y abiertas del cuestionario 291
Tabla 47. Análisis de fiabilidad global 293
Tabla 48. Coeficiente de correlación de Pearson entre las escalas 294
Tabla 49. Puntuación de las escalas según el ámbito profesional 295
Tabla 50. Anova de un factor de todos los bloques 296
Tabla 51. Estructura del Cuestionario: dimensiones, subdimensiones e ítems correspondientes 298
Tabla 52. Texto del e-mail donde se ajuntaba el cuestionario 299
Tabla 53. Proceso de difusión y recogida de los cuestionarios del estudio 300
Tabla 54. Diagnósticos ODAT Eje I: Prenatal/Perinatal/Postnatal en el curso 2016/2017 315
Tabla 55. Eje IV: Trastornos en el desarrollo: trastornos en el desarrollo motor en el curso 2016/2017 317
Tabla 56. Eje IV: Trastornos en el desarrollo: trastornos visuales/auditivos en el curso 2016/2017 317
Tabla 57. Eje IV: Trastornos en el desarrollo: trastornos en el desarrollo evolutivo en el curso 2016/2017 318
Tabla 58. Eje IV: Trastornos en el desarrollo: trastornos en el desarrollo cognitivo en el curso 2016/2017 319
Tabla 59. Eje IV: Trastornos en el desarrollo: trastornos dllo. comunicación y lenguaje en el curso 2016/2017 320
Tabla 60. Eje IV: Trastornos en el desarrollo: trast. regulación y comportamiento/ pluridefiencias en el curso 2016/2017 321
Tabla 61. Diagnósticos ODAT con mayor prevalencia en Huelva en el curso 2016/2017 322

Tabla 62. Tipos de NEE recogidas en los dictámenes de escolarización del curso 2016/2017 328
Tabla 63. Tipos de NEE recogidos en los dictámenes de escolarización en Huelva en el curso 2016/2017 334
Tabla 64. Cronograma anual de actuaciones de un especialista en AIT 344
Tabla 65. Organización y Estructura del Cuestionario 384
Tabla 66. Ámbito profesional 385
Tabla 67. Distribución de los profesionales según equipos 385
Tabla 68. Años de experiencia en atención infantil temprana 386
Tabla 69. Ámbito de detección principal en el periodo 0-3 años 388
Tabla 70. Eficacia de los procedimientos de detección 389
Tabla 71. Inmediatez de la intervención de los profesionales tras la detección 390
Tabla 72. Proceso de AIT como mejora y como recurso para la escolarización 390
Tabla 73. Mejora en la planificación de la respuesta educativa 391
Tabla 74. Puntuación de los ítems en el Bloque 1.1 393
Tabla 75. Anova de un factor de cada ítem del Bloque 1.1 393
Tabla 76. Propuestas de mejora en para el proceso de escolarización en el 2º ciclo de E.I 396
Tabla 77. Ámbito de detección principal en el periodo 0-3 años 397
Tabla 78. Eficacia de los procedimientos de detección 397
Tabla 79. Inmediatez de la intervención de los profesionales tras la detección 398
Tabla 80. Puntuación de los ítems en el Bloque 1.2 400
Tabla 81. Anova de un factor de cada ítem del Bloque 1.2 400
Tabla 82. Puntuación de los ítems en el Bloque 1.3 402
Tabla 83. Anova de un factor de cada ítem del Bloque 1.3 402
Tabla 84. Puntuaciones sobre la necesidad de conocer los recursos y procedimientos de las Consejerías Salud/Educación 403
Tabla 85. Puntuaciones sobre la información de recursos y procedimientos de las Consejerías Salud/Educación 404
Tabla 86. Información sobre recursos y procedimientos de las Consejerías Salud/Educación . 405
Tabla 87. Puntuación de los ítems en el Bloque 2 406
Tabla 88. Anova de un factor de cada ítem del Bloque 2 407
Tabla 89. Propuestas de nuevos perfiles profesionales a la AIT 409
Tabla 90. Condiciones de la coordinación EOE-CAIT 410
Tabla 91. Valoración de la coordinación EOE-CAIT 411
Tabla 92. Valoración de la coordinación CAIT- 1er ciclo de E.I. 412
Tabla 93. Valoración de la coordinación EOE- 1er ciclo de E.I. 412
Tabla 94. Valoración de la coordinación EOE/CAIT/1er ciclo de E.I. para la planificación de la respuesta educativa 414
Tabla 95. Valoración de la coordinación EOE- orientador/a especialista en AIT 415

Tabla 96. Valoración de la coordinación EOE- orientador/a especialista en AIT en dictámenes con modalidad C o D 416
Tabla 97. Valoración de la coordinación EOE-CAIT tras la escolarización 417
Tabla 98. Puntuación de los ítems en el Bloque 3 419
Tabla 99. Anova de un factor de cada ítem del Bloque 3 419
Tabla 100. Propuestas para la coordinación de las UAIT con los CAIT y los EOE 421
Tabla 101. Disposición a formarse fuera del horario laboral 423
Tabla 102. Nivel de formación en AIT 424
Tabla 103. Oferta formativa y promoción de la formación en AIT 425
Tabla 104. Puntuación de los ítems en el Bloque 4 426
Tabla 105. Temáticas sobre las que se demanda formación específica 429

ÍNDICE DE GRÁFICOS

Gráfico 1. Número de centros de 1er ciclo de E.I. según su titularidad 27
Gráfico 2. Número de plazas según la titularidad de los centros 28
Gráfico 3. Población atendida en CAIT en el curso 2014/2015 311
Gráfico 4. Población atendida en CAIT en el curso 2015/2016 312
Gráfico 5. Población atendida en CAIT en el curso 2016/2017 312
Gráfico 6. Evolutivo por provincias de población atendida en CAIT en los últimos 3 cursos.. 313
Gráfico 7. Evolutivo por provincias de población atendida en CAIT en los últimos 3 cursos.. 313
Gráfico 8. . Diagnósticos ODAT Eje I: Prenatal/Perinatal/Postnatal en el curso 2016/2017.... 315
Gráfico 9. Eje IV: Trastornos en el desarrollo: trastornos en el desarrollo motor en el curso 2016/2017 316
Gráfico 10. Eje IV: Trastornos en el desarrollo: trastornos visuales/auditivos en el curso 2016/2017..... 317
Gráfico 11. Eje IV: Trastornos en el desarrollo: trastornos en el desarrollo evolutivo en el curso 2016/2017 318
Gráfico 12. Eje IV: Trastornos en el desarrollo: trastornos en el desarrollo cognitivo en el curso 2016/2017 319
Gráfico 13. Eje IV: Trastornos en el desarrollo: trastornos dllo. comunicación y lenguaje en el curso 2016/2017..... 319
Gráfico 14. Eje IV: Trastornos en el desarrollo: trast. regulación y comportamiento. Plurideficiencias en el curso 2016/2017 320
Gráfico 15. Evolutivo de la población de 2 años atendida en CAIT en Huelva 321
Gráfico 16. Comparativa de población por año y por sexo en CAIT en Huelva 322
Gráfico 17. Diagnósticos ODAT con mayor prevalencia en Huelva en el curso 2016/2017 323
Gráfico 18. Dictámenes de escolarización realizados al alumnado de 3 años en el curso 2014/2015 325
Gráfico 19. Dictámenes de escolarización realizados al alumnado de 3 años en el curso 2015/2016 325
Gráfico 20. Dictámenes de escolarización realizados al alumnado de 3 años en el curso 2016/2017 325
Gráfico 21. Datos globales diferenciados por sexo y curso 326
Gráfico 22. Evolutivo global de dictámenes realizados por provincia y curso 326

Gráfico 23. Número total de dictámenes según el tipo de NEE en el curso 2016/2017..... 329
Gráfico 24. Número total de dictámenes por trastornos graves del desarrollo en el curso 2016/2017 330
Gráfico 25. Número total de dictámenes por trastornos graves del desarrollo en el curso 2016/2017 330
Gráfico 26. Número total de dictámenes por trastornos de la comunicación en el curso 2016/2017 331
Gráfico 27. Modalidades de escolarización por provincias en el curso 2016/2017..... 332
Gráfico 28. Número de dictámenes de escolarización por curso en la provincia de Huelva..... 333
Gráfico 29. Número de dictámenes de escolarización por curso en la provincia de Huelva..... 333
Gráfico 30. Dictámenes de escolarización según el tipo de NEE en Huelva en el curso 2016/2017 334
Gráfico 31. Modalidades de escolarización propuestas en los dictámenes elaborados en Huelva en los últimos cursos..... 335
Gráfico 32. Población atendida en CAIT y población objeto de dictamen en los 3 últimos cursos 336
Gráfico 33. Población atendida en CAIT y población objeto de dictamen en los 3 últimos cursos 336
Gráfico 34. Población atendida en CAIT y población objeto de dictamen según el sexo en el curso 2016/2017..... 337
Gráfico 35. Población identificada con un retraso evolutivo grave/profundo según ODAT o NEE en el curso 2016/2017..... 338
Gráfico 36. Población identificada con un trastorno de la comunicación según ODAT o NEE en el curso 2016/2017..... 338
Gráfico 37. Población identificada con un trastorno del espectro autista según ODAT o NEE en el curso 2016/2017..... 339
Gráfico 38. Ámbito profesional..... 384
Gráfico 39. Distribución de los profesionales según equipos..... 385
Gráfico 40. Años de experiencia en atención infantil temprana..... 387
Gráfico 41. Ámbito de detección principal en el periodo 0-3 años 388
Gráfico 42. Eficacia de los procedimientos de detección..... 389
Gráfico 43. Inmediatez de la intervención de los profesionales tras la detección 389
Gráfico 44. Proceso de AIT como mejora y como recurso para la escolarización 390
Gráfico 45. Mejora en la planificación de la respuesta educativa..... 391
Gráfico 46. Resultados globales de los ítems del bloque 1.1. 392
Gráfico 47. Ámbito de detección principal en el periodo 0-3 años 396
Gráfico 48. Eficacia de los procedimientos de detección..... 397
Gráfico 49. Inmediatez de la intervención de los profesionales tras la detección 398
Gráfico 50. Puntuación de los ítems en el Bloque 1.2 399
Gráfico 51. Diferenciación entre periodos y ámbitos para la intervención 401

Gráfico 52. Inmediatez de la intervención según el periodo 401
Gráfico 53. Necesidad de conocer los recursos y procedimientos de las Consejerías Salud/Educación 403

Gráfico 54. Información sobre recursos y procedimientos de las Consejerías Salud/Educación 404
Gráfico 55. Información sobre recursos y procedimientos de las Consejerías Salud/Educación 405
Gráfico 56. Puntuación de los ítems en el Bloque 2 406
Gráfico 57. Condiciones de la coordinación EOE-CAIT 409
Gráfico 58. Valoración de la coordinación EOE-CAIT 411
Gráfico 59. Valoración de la coordinación CAIT- 1er ciclo de E.I. 411
Gráfico 60. Valoración de la coordinación EOE- 1er ciclo de E.I. 412
Gráfico 61. Valoración de la coordinación EOE- 1er ciclo de E.I. 413
Gráfico 62. Valoración de la coordinación EOE/CAIT/1er ciclo de E.I. para la planificación de la respuesta educativa 414
Gráfico 63. Valoración de la coordinación EOE- orientador/a especialista en AIT 415
Gráfico 64. Valoración de la coordinación EOE- orientador/a especialista en AIT en dictámenes con modalidad C o D 416
Gráfico 65. Valoración de la coordinación EOE-CAIT tras la escolarización 417
Gráfico 66. Puntuación de los ítems en el Bloque 3 418
Gráfico 67. Necesidad de formación especializada según cada equipo profesional 422
Gráfico 68. Disposición a formarse fuera del horario laboral 423
Gráfico 69. Nivel de formación en AIT 424
Gráfico 70. Oferta formativa y promoción de la formación en AIT 425
Gráfico 71. Puntuación de los ítems en el Bloque 4 426

BLOQUE I

LOS PROPÓSITOS DEL ESTUDIO

La atención temprana como recurso para la mejora del proceso de nueva escolarización en el segundo ciclo de la etapa de Educación Infantil, del alumnado con trastornos en el desarrollo o en riesgo de padecerlo, en Huelva y su provincia.

Tesis Doctoral
Ezequiel Gómez Gallardo
Universidad de Huelva
2017

CAPÍTULO

I

CONTEXTUALIZACIÓN Y OBJETO DE LA INVESTIGACIÓN

"La educación tiene por objeto convertir al niño en un hombre de naturaleza armoniosa y bien proporcionada: esta es la meta de padres y maestros."

Herbert Spencer

I.1. CONTEXTUALIZACIÓN DE LA INVESTIGACIÓN

La población infantil ha sido a lo largo de la historia y lo es hoy en día, en gran medida, uno de los colectivos más vulnerables de la sociedad. Esta condición de vulnerabilidad, se hace más evidente aún, si dentro de la población infantil ponemos la atención en los niños y niñas con edades comprendidas entre los 0 y los 6 años que presentan alguna problemática en su desarrollo. En la actualidad existen numerosas iniciativas a nivel internacional, nacional y autonómico, que abogan por una mayor atención a este colectivo basada en los principios fundamentales de prevención y detección temprana.

Todos los derechos de los niños y niñas están recogidos en un tratado internacional que obliga a los gobiernos a cumplirlos, nos referimos a la Convención sobre los Derechos del Niño (CDN). Es el tratado más ratificado de la historia y los 195 Estados que la han ratificado tienen que rendir cuentas sobre su cumplimiento al Comité de los Derechos del Niño.

Los 54 artículos que componen la Convención recogen los derechos económicos, sociales, culturales, civiles y políticos de todos los niños. Su aplicación es obligación de los gobiernos, pero también define las obligaciones y responsabilidades de otros agentes como los padres, profesores, profesionales de la salud, investigadores y los propios niños y niñas.

> *"No hay causa que merezca más alta prioridad que la protección y el desarrollo del niño, de quien dependen la supervivencia, la estabilidad y el progreso de todas las naciones y, de hecho, de la civilización humana".* Plan de acción de la Cumbre Mundial a favor de la Infancia (1990, 3)

La Convención sobre los Derechos del Niño se convirtió en ley en 1990, después de ser firmada y aceptada por 20 países, entre ellos España. Hoy, la Convención ya ha sido aceptada por todos los países del mundo excepto Estados Unidos.

No podemos dejar de reconocer que en nuestro país se ha avanzado mucho en los últimos 30 años. Con la entrada en vigor de las Leyes 1/1996, de 15 de enero, de Protección Jurídica del Menor y sus recientes modificaciones 26/2015 y 8/2015 del Estado y 1/1998, de los derechos y la atención al menor en Andalucía, se configura un nuevo sistema de atención a la infancia y la familia sustentado en la prevención de situaciones que perjudiquen el desarrollo de las personas menores de edad y en la integración familiar como medida preferente y preferible en casos de situaciones de desprotección. En la práctica, esta evolución se ha concretado en la progresiva pérdida de peso hasta su desaparición de las macroinstituciones en la atención directa a los y las menores, el crecimiento de la medida de acogimiento familiar y el refuerzo y generalización de las políticas preventivas. Nos hemos dotado de una amplia legislación garantista de los derechos de los niños y las niñas que en general han ido incrementando su bienestar y hoy nadie duda de los importantes progresos en este terreno.

Este nuevo enfoque, comienza a consolidarse en nuestro país gracias a un movimiento asociativo sólido y fuerte, aunque muy diversificado en sus formas de entender la atención infantil temprana (en adelante, AIT) y que ve reconocidos sus derechos cuando en el año 2000, el Real Patronato de Discapacidad publica el Libro Blanco de Atención Temprana, configurándose como un instrumento fundamental para la comprensión y el desarrollo de la atención infantil temprana de forma uniforme en España.

La Consejería de Salud de la Junta de Andalucía, haciéndose eco de la relevancia de lo que el desarrollo de la Atención Temprana supone, y de la necesidad de realizar un abordaje

riguroso sobre este tema, publica en el año 2006, el Proceso Asistencial Integrado de Atención Temprana, donde se define ésta como el conjunto de actuaciones, dirigidas a la población infantil de 0-6 años, a la familia y al entorno, con la finalidad de prevenir y detectar de forma precoz la aparición de cualquier alteración en el desarrollo, o el riesgo de padecerla, realizando, en aquellos casos que lo precisen, una intervención integral dirigida a potenciar capacidades, para evitar o minimizar el agravamiento de una posible discapacidad.

Así mismo, Andalucía recogía en el año 2007 en su Estatuto de Autonomía, en el artículo 18.1, que las personas menores de edad tienen derecho a recibir de los poderes públicos de Andalucía la protección y la atención integral necesarias para el desarrollo de su personalidad y para el bienestar en el ámbito familiar, escolar y social, así como a percibir las prestaciones sociales que establezcan las leyes. Este derecho fundamental supone la necesidad de que las Administraciones públicas definan el marco legal necesario para que se pongan en marcha las actuaciones que garanticen su cumplimiento.

Uno de los ejemplos más recientes de este desarrollo normativo al que nos referimos es la publicación del Decreto 85/2016, de 26 de abril, por el que se regula la intervención integral de la Atención Infantil Temprana en Andalucía. Supone un reconocimiento de la Junta de Andalucía a la necesidad de atender a la población infantil, al establecer que su finalidad es favorecer el óptimo desarrollo y la máxima autonomía personal de las personas menores de seis años con trastornos en su desarrollo, o en situación de riesgo de padecerlos, tratando de minimizar y, en su caso, eliminar los efectos de una alteración o discapacidad, así como la aparición de discapacidades añadidas facilitando la integración familiar, social y la calidad de vida del niño y niña y su familia.

Así mismo, la Consejería de Igualdad y Políticas Sociales de la Junta de Andalucía, defiende que invertir en la población menor de edad es garantía de construir un futuro mejor para toda la ciudadanía, por ello, con la publicación del II Plan de Infancia y Adolescencia de Andalucía 2016-2020 y el I Plan Andaluz de Atención Integral a Personas Menores de seis años en Situación de Dependencia o en Riesgo de Desarrollarla 2017-2020, da un paso importante para mejorar las políticas públicas destinadas a este sector de la población.

En concreto, el II Plan de Infancia y Adolescencia de Andalucía 2016-2020, de carácter transversal, es un exponente claro de la necesaria coordinación entre los servicios sanitarios, educativos y sociales para la consecución de un mayor nivel de calidad en la atención a las niñas y niños menores de seis años, en situación de dependencia o en riesgo de desarrollarla y a sus familias.

Las primeras edades constituyen un período vital, caracterizado por un potente y cambiante ritmo evolutivo y de desarrollo, donde la plasticidad y flexibilidad de las estructuras fisiológicas y psicológicas del niño y de la niña adquieren y poseen un máximo exponente

decisivo para su desarrollo posterior, tal y como señala Kovacs (2002). Desde este punto de vista cualquier desviación de las capacidades debe ser compensada lo más prontamente posible, a fin de evitar limitaciones en su posterior evolución.

En este sentido, el desarrollo en la edad de la etapa de Educación Infantil (de 0 a 6 años) tiene una gran importancia en la posterior evolución de la persona. En estos primeros años se configuran las estructuras neuronales y se produce un crecimiento físico, psicomotor, perceptivo, intelectual tan rápido como no va a suceder en ninguna de las etapas posteriores, y se van a realizar los procesos de individualización y socialización.

En la actualidad, Administración educativa, docentes y familias, coinciden en resaltar que la etapa de la Educación Infantil supone una decisiva contribución al desarrollo y aprendizaje de los niños y niñas desde los primeros años de vida. De este modo, Leyes Orgánicas y Autonómicas como la Ley Orgánica 2/2006, de 3 de mayo, de Educación (LOE), modificada por la Ley Orgánica 8/2013, de 9 de diciembre, para la mejora de la calidad educativa (LOMCE) y la Ley 17/2007, de 10 de diciembre, de Educación en Andalucía (LEA) destacan que esta etapa del sistema educativo debe proporcionar actividades, experiencias y ambientes que configuran un medio educativo óptimo, capaz de compensar desigualdades como las provocadas por diferencias socioculturales y económicas y de adaptarse, asimismo, a las diferencias y necesidades individuales de los niños y niñas.

En este sentido, el propio proceso de escolarización de la comunidad autónoma de Andalucía, establecido por el Decreto 40/2011, de 22 de febrero por el que se regulan los criterios y el procedimiento de admisión del alumnado en los centros docentes públicos y privados concertados para cursar las enseñanzas de segundo ciclo de educación infantil, educación primaria, educación especial, educación secundaria obligatoria y bachillerato, determina en su artículo 35 que el Sistema Educativo Público de Andalucía garantizará el acceso y la permanencia en el sistema educativo del alumnado con necesidades específicas de apoyo educativo. Este alumnado es definido en la actual LOMCE como aquellos que requieran una atención educativa diferente a la ordinaria, por presentar necesidades educativas especiales (NEE), por dificultades específicas de aprendizaje (DEA), por trastornos por déficit de atención con o sin hiperactividad (TDAH), por sus altas capacidades intelectuales (AACCII), por haberse incorporado tarde al sistema educativo, o por condiciones personales o de historia escolar.

Tras analizar numerosa documentación, que incluye tanto la normativa a nivel nacional y regional vigente, como las aportaciones de numerosos autores e investigadores de especial relevancia en este campo, podríamos plantearnos ¿por qué se hace tanto hincapié en la expresión detección e intervención temprana? Probablemente, y sin miedo a equivocarnos, podríamos aseverar que, en la etapa de Educación Infantil, se mantienen viejos y conocidos planteamientos, entre los que podríamos señalar:

- Escasa concienciación de la relevancia de estas edades en el desarrollo posterior de la persona.
- Actitudes de frustración del profesorado, motivadas, según señalan Fullan y Hargreaves (1997), por el desconcierto que provoca la falta de información y formación sobre cómo responder a las necesidades educativas del alumnado.
- Escasa formación pedagógica y psicológica que reciben los técnicos y técnicas, así como maestros y maestras de Educación Infantil, la cual adolece de un planteamiento riguroso en las propias Universidades sobre atención a la diversidad, desde un enfoque inclusivo.

A lo largo de este trabajo se intentarán analizar estos planteamientos y al mismo tiempo, proponer estrategias prácticas con idea de dotar a la etapa de Educación Infantil, especialmente, en lo que respecta al primer ciclo de la misma, de herramientas para potenciar una educación inclusiva real y al mismo tiempo, clarificar los cauces a través de los cuales la atención infantil temprana, entendida como modelo integral que precisa acciones coordinadas a través de un enfoque multidisciplinar que agrupe las intervenciones realizadas desde los diferentes sectores educativo, sanitario y social, que aseguren la prevención, la detección precoz, el diagnóstico y el tratamiento de las personas menores de seis años de la comunidad autónoma de Andalucía que presenten trastornos del desarrollo o riesgo de padecerlos, así como la intervención sobre su familia y entorno, supone una mejora en el proceso de escolarización del alumnado en el segundo ciclo de la etapa de Educación Infantil.

Por ello, debemos hacer mención a las palabras de Amaro (2013) cuando se refiere al alumnado con necesidades específicas de apoyo educativo (NEAE) como un exponente más de la diversidad presente en la Educación Infantil y que no podemos obviar.

La identificación de este tipo de alumnado, en edades tan tempranas, donde la sospecha de un trastorno en el desarrollo es tan compleja y delicada, crea incertidumbre y prácticas desalentadoras y supone un reto y un desafío importantísimo a toda la institución educativa y, al mismo tiempo, obliga al profesorado a replantearse nuevos enfoques ante la educación y ante la integración. Jiménez e Illán (1997, 132) aluden a la necesidad de que los docentes de la etapa de Educación Infantil "*se resitúen dentro de un nuevo marco de pensamiento y acción, que incida en la atención a la diversidad desde y para la diversidad, en términos de capacidad*".

Así, consideramos que el alumnado escolarizado en el primer ciclo de la etapa de Educación Infantil, en especial, el alumnado que presente algún signo de alerta en el desarrollo y sus familias, requieren que desde la Administración Educativa se hayan definido y establecido procedimientos claros y eficaces para su detección, valoración e identificación y posterior derivación a los servicios de salud, dada la relevancia del desarrollo en estas edades y sus consecuencias en el desarrollo posterior, de modo que se pueda ofrecer a este alumnado la estimulación necesaria para compensar las carencias detectadas, basándonos en el actual modelo

de intervención en atención infantil temprana que sitúa a los padres y madres como agentes protagonistas de dicha estimulación, teniendo en cuenta el contexto de desarrollo del niño o niña. Además, ha de garantizarse que estos alumnos y alumnas, junto a sus familias se incorporen al segundo ciclo de la etapa de Educación Infantil tras un proceso de escolarización donde se minimicen las dificultades y en especial, se tengan en cuenta los miedos e inseguridades con las que se afronta el citado proceso. Para ello, la coordinación de los diferentes agentes implicados debe ser sistemática y rigurosa, con el fin de asegurar la planificación de una respuesta educativa ajustada a sus necesidades del niño o niña.

El privilegio de haber podido ejercer profesionalmente como orientador especialista en atención temprana en el equipo de orientación educativa especializado de la Delegación Territorial de Huelva y actualmente, como asesor técnico docente en el Servicio de Orientación Educativa y Atención a la Diversidad de la Consejería de Educación desempeñando funciones de planificación y coordinación en AIT a nivel regional, me ha permitido conocer en profundidad la realidad de procesos tan importantes como la atención infantil temprana y la escolarización del alumnado con necesidades educativas especiales (NEE) en el segundo ciclo de la etapa de Educación Infantil. Esta experiencia profesional y el conocimiento de ambas realidades, suscitan en mí la necesidad de explorar, indagar e investigar sobre ello, con el objeto de realizar un análisis exhaustivo, del que puedan extraerse conclusiones y aportaciones que supongan una mejora en la atención de los niños y niñas con trastornos en el desarrollo y de sus familias, así como una mejora en los procedimientos de coordinación entre los profesionales de la Consejería de Educación y la Consejería de Salud.

No se ha considerado conveniente tener cuenta en esta investigación el modelo de participación de la Consejería de Igualdad y Políticas Sociales, pues no es hasta la publicación del citado Decreto 85/2016, cuando oficialmente se establece como parte imprescindible del proceso de AIT. Dada esta circunstancia, hemos de reconocer que su implicación en este proceso es muy desigual en las distintas provincias andaluzas, motivo por el cual centramos nuestro estudio en las Consejerías de Educación y Salud que desde el primer momento han adoptado un papel activo tanto en el proceso de AIT como en el de escolarización.

I.2. NECESIDAD DE LA INVESTIGACIÓN

La necesidad de la investigación que pretendemos realizar encuentra su fundamento tanto en la normativa vigente a nivel nacional y autonómico, como en los propios principios y postulados teóricos que definen la AIT, así como en el enfoque del actual proceso de escolarización. Nuestro acercamiento a estos procesos y poder trabajar directamente vinculado a ellos, permitió al investigador tener una visión muy cercana a su realidad. En este sentido, cualquier padre o madre que se haya enfrentado a un proceso de escolarización en los últimos años podría describirlo como mínimo como un proceso lleno de incertidumbre e incluso, cierta

inseguridad. Se enfrenta a una de las decisiones más importantes que pueden condicionar la vida de sus hijos e hijas. ¿Cómo será el colegio? ¿Qué tutor o tutora le tocará? ¿Se adaptará bien?... En el caso de niños o niñas con trastornos en el desarrollo, las familias viven con especial angustia el acceso de sus hijos e hijas a los centros de infantil y primaria y es necesario analizar y valorar cómo se está llevando a cabo este proceso y qué actuaciones pueden ser susceptibles de mejora.

Desde esta convicción, también debemos reconocer que la normativa actual contempla una serie de principios relativos a la etapa de Educación Infantil que le otorgan la trascendencia que merece, teniendo en cuenta las edades que comprende. La LOE modificada por la LOMCE, regula en su artículo 12.2 que la finalidad de la Educación Infantil es la de contribuir al desarrollo físico, afectivo, social e intelectual del alumnado. Concebida como una etapa única, los dos ciclos de la Educación Infantil responden a una intencionalidad educativa, no necesariamente escolar, lo que obliga a los centros a contar desde el primer ciclo con una propuesta pedagógica específica.

Por su parte, el Decreto 149/2009, de 12 de mayo, por el que se regulan los centros que imparten el primer ciclo de la educación infantil (BOJA 15-05-2009), recoge en su artículo 3, los principios generales que inspiran el primer ciclo de la educación infantil. Entre los cuales creemos necesario destacar los siguientes:

a) Una educación global, integral y personalizada que contribuya al desarrollo de la personalidad, de las capacidades y de las competencias de los niños y niñas.

b) La equidad en la educación, garantizándose la igualdad de oportunidades, la no discriminación y la inclusión educativa como un elemento compensador de las desigualdades personales, culturales, económicas y sociales, de forma que se asegure la atención a la diversidad del alumnado, así como la prevención y protección de la población de cero a tres años en situaciones de marginación.

Desde este enfoque normativo, incidir en la necesaria detección y atención temprana del alumnado entre 0 y 3 años, es un objetivo básico, que a la vez, supone un reto que no es fácil afrontar tanto desde las distintas Administraciones implicadas en este proceso, como desde las asociaciones y entidades, y por supuesto, por las propias familias afectadas. Se trata de intervenir en un periodo vital, en el que los niños y la niñas se encuentran en pleno proceso de cambio que obligará a todas y a todos los profesionales que participen de esta exigente tarea, a ser extremadamente prudentes al identificar posibles factores de riesgo y/o signos de alerta en el desarrollo, al mismo tiempo, que se deberá ser extremadamente prudente en la comunicación y el trato a la familia (GAT, 2011). Los centros que imparten el primer ciclo de la etapa de Educación Infantil y, las y los profesionales que integran, se convierten en protagonistas directos de un procedimiento de especial relevancia, que no puede afrontarse sin la adecuada

formación de base y sin los recursos necesarios para garantizar una mínima posibilidad de intervención en el ámbito educativo del alumnado al que atienden y a sus familias.

Dada la importancia del ritmo evolutivo de cada niño y niña para su desarrollo posterior, la detección de posibles trastornos en el desarrollo infantil o el mero riesgo de padecerlos es un aspecto imprescindible, ya que ésta hace posible la puesta en marcha de los procesos y mecanismos de atención de los que dispone la Administración educativa y en los casos que proceda, la derivación a otras Administraciones o a las entidades especializadas en la atención del alumnado de 0 a 3 años. Un buen proceso de detección nos lleva a un diagnóstico y ulterior tratamiento, posibilitando la mejora de los menores en las áreas necesitadas de estimulación. Sin embargo, este proceso de vital importancia como es la detección temprana, carecería de valor si inmediatamente después a la detección no se han establecido los mecanismos de coordinación necesarios entre las Administraciones o éstas y las entidades implicadas, y por supuesto, entre las y los profesionales que han de gestionar, diseñar e implementar el mejor tipo de intervención que cada niño o niña requiera a nivel educativo, social y sanitario.

Por todo ello, y aunque la detección de signos de alerta en el desarrollo puede y debe realizarse en cualquier momento de estos primeros años de vida del niño y de la niña, hemos de tener en cuenta que existen determinados momentos donde esta labor de detección cobra una especial importancia dentro del sistema educativo, tal y como se establece en las Instrucciones de 8 de marzo de 2017, por las que se establece el protocolo para la detección, identificación del alumnado con necesidad específica de apoyo educativo y organización de la respuesta educativa. En concreto, nos referimos al acceso del alumnado al segundo ciclo de la etapa de Educación Infantil, pues será en este momento cuando la Administración educativa podrá poner en marcha toda una serie de recursos generales y específicos para su atención educativa. De este modo, el Decreto 40/2011, en su artículo 2, entre sus principios generales, vuelve a insistir en que la escolarización del alumnado con necesidades específicas de apoyo educativo se regirá por los principios de normalización, inclusión escolar y social, flexibilización, personalización de la enseñanza y coordinación interadministrativa. Así, con objeto de proporcionar la respuesta educativa adecuada, este alumnado podrá escolarizarse en aquellos centros que dispongan de recursos específicos que resulten de difícil generalización.

De este modo, y aún reconociendo los grandes avances realizados en los últimos años por las Consejerías de Salud y de Educación en el campo de la atención infantil temprana, proporcionarles al niño o la niña que presente un trastorno en el desarrollo y a su familia, en su acceso a los colegios de infantil y primaria (CEIP) y en concreto, al segundo ciclo de la Etapa de Educación Infantil, un proceso que no suponga una experiencia de estrés, miedos, inseguridades, soledad, descoordinación…, es un objetivo básico que a día de hoy no se ha conseguido alcanzar en un número significativo de casos. Es nuestra intención por tanto, poner en valor los importantes avances conseguidos, identificar factores susceptibles de mejora y proponer posibles fórmulas que permitan a ofrecer a todos y todas las implicadas, especialmente al niño o la niña que presenta un trastorno en el desarrollo y a su familia, la garantía de una estructura configurada por una red multidisciplinar e interadministrativa que vela porque el entorno no plantee obstáculos ni desconexiones que puedan suponerle un perjuicio en el desarrollo de sus potencialidades.

En este sentido, los argumentos expuestos tanto en la contextualización como en la necesidad de la investigación que estamos planteando, nos permiten definir y concretar los objetivos que se pretenden alcanzar en la misma.

I.3. OBJETIVOS DE LA INVESTIGACIÓN

Es necesario que comencemos este apartado indicando que esta investigación no parte de ninguna hipótesis, lo cual no significa que en nuestro estudio no existan concepciones previas, algunas de las cuales ya hemos mencionado anteriormente. Nuestro trabajo en el EOE Especializado y en la Consejería de Educación, la literatura consultada y las nuevas políticas educativas a nivel nacional y regional, nos hacen pensar que el proceso de AIT es un recurso que mejora la escolarización de los niños y niñas con trastornos en el desarrollo en el segundo ciclo de la etapa de Educación Infantil.

Los procesos de detección y atención temprana son considerados por la Consejería de Educación y la Consejería de Salud objetivos irrenunciables para la adecuada atención que requiere la población infantil de 0 a 6 años, sus familias y el entorno en el que se desenvuelven. Del mismo modo, hoy no se concibe que estos objetivos puedan alcanzarse sin un trabajo conjunto, coordinado y sistemático por parte de ambas Consejerías.

Uno de los momentos que se considera clave en la detección de niños y niñas que puedan presentar un trastorno en el desarrollo o el riesgo de padecerlo es en su incorporación al segundo ciclo de la etapa de Educación Infantil. Por ello, para el periodo 0 a 3 años, se han creado toda una serie de servicios y profesionales que ya trabajan específicamente en la detección y atención temprana de esta población e incluso, se han definido procedimientos de coordinación entre ambas Consejerías, por lo que a priori los niños y niñas que se incorporan al segundo ciclo y que ya han sido identificados previamente, acceden a los centros de educación infantil y

primaria con garantías de que su respuesta educativa esté planificada y los recursos específicos humanos y materiales previstos. De este modo, sería factible poder evidenciar si estos niños y niñas reciben, siguiendo un modelo que considere los aspectos biopsico- sociales, todo aquello que desde la vertiente preventiva, educativa y asistencial pueda potenciar su capacidad de desarrollo y de bienestar, posibilitando de la forma más completa su integración en el medio familiar, escolar y social, así como su autonomía personal.

Absolutamente convencidos de este razonamiento, y una vez señaladas las bases en las que se asienta la presente investigación, así como el ámbito y el contexto donde se va a centrar nuestro estudio, es el momento de concretar de forma más clara y concisa qué objetivos pretendemos conseguir con la misma.

Los objetivos que nos proponemos son los siguientes:

I.3.1. OBJETIVO GENERAL

Determinar si el proceso de atención infantil temprana supone una mejora objetiva en la escolarización del alumnado con NEE en el segundo ciclo de la etapa de Educación Infantil e identificar las principales aportaciones al proceso de escolarización en lo que a coordinación de servicios y planificación de la respuesta educativa se refiere.

I.3.2. OBJETIVOS ESPECÍFICOS

Teniendo en cuenta la amplitud del objetivo general planteado, debemos proceder a definir objetivos más específicos y concretos, que permitan realizar un análisis pormenorizado de los distintos aspectos que implica. Es necesario que podamos ir acercándonos de forma progresiva al descubrimiento de parcelas de la realidad que nos conduzcan a alcanzar alguna conclusión de carácter más global, en relación con el objetivo general definido. De este modo, se presentan a continuación, los objetivos específicos que se pretenden alcanzar en el desarrollo de la presente investigación:

Objetivo 1.1.	Conocer y comparar, según datos oficiales, el número de niños y niñas de dos años de edad, atendidos en CAIT, desagregados por sexo y por provincia y el diagnóstico ODAT; así como, el número de alumnos y alumnas de nueva escolarización en el segundo ciclo de la etapa de Educación Infantil que han sido identificados como alumnado con necesidades educativas especiales por los equipos de orientación educativa, el tipo de necesidad educativa especial y la modalidad de escolarización propuesta en los correspondientes dictámenes de escolarización, en los últimos cursos académicos en Andalucía.

Objetivo 1.2.	Identificar y valorar, según los profesionales implicados, los procesos de detección temprana de alumnado que presenta trastornos en el desarrollo o el riesgo de padecerlos y que en el proceso de escolarización, pueden ser identificados como alumnado con necesidades educativas especiales, así como las posibles mejoras que podrían implementarse.
Objetivo 1.3.	Valorar la adecuación del número de recursos personales disponibles desde ambas Consejerías para el desarrollo de los procesos de atención infantil temprana y de escolarización en el segundo ciclo de Educación Infantil, así como, el nivel de información que estos profesionales tienen de los distintos recursos existentes y de los procedimientos específicos de cada Consejería respecto a la atención de los menores que presentan trastornos en el desarrollo o estén en riesgo de padecerlos.
Objetivo 1.4.	Analizar y valorar los actuales mecanismos de colaboración y los procedimientos de coordinación establecidos entre la Consejería de Educación y la Consejería de Salud e inferir la relación existente entre el proceso de atención infantil temprana y el proceso de nueva escolarización en el segundo ciclo de Educación Infantil.
Objetivo 1.5.	Conocer el nivel de formación específica de los profesionales directamente implicados en los procesos de atención infantil temprana y de escolarización en el segundo ciclo de Educación Infantil, así como identificar nuevas propuestas para la mejora de su formación, que redunden en beneficio de estos procesos y por ende, en los alumnos y alumnas a los que se dirigen.

Una vez definidos los propósitos del estudio, a través de la imprescindible contextualización de nuestra investigación y del establecimiento de los objetivos que pretende la misma, podemos dirigir y enfocar de una manera muy precisa todo el diseño y desarrollo de esta investigación que pretende aportar datos, conclusiones e instrumentos relevantes en un ámbito de máxima actualidad como es la atención infantil temprana. Del mismo modo, es este proceso no renunciamos a la necesidad de poder identificar todas aquellos aspectos y procedimientos que sean susceptibles de mejora, con la intención de realizar propuestas y aportaciones que puedan enriquecer lo existente e incluso, supongan líneas futuras de investigación.

I.4. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Amaro Agudo, A. (Coord.) (2013). *Atención a la diversidad en el aula de educación infantil. Inclusión del alumnado con NEAE*. Madrid: Universitas.

Beltrán Llera J. (2003). *Retos de la educación en una sociedad abierta, plural y diversa*. Conferencia Europea sobre Necesidades Educativas Especiales y Tecnologías de la Información y la Comunicación. Madrid: Ministerio de Educación, Cultura y Deporte.

Brubacher, J.; Case, CH. W. y Reagan, T. (2000). *Cómo ser un docente reflexivo*. Barcelona: Gedisa.

Consejería de Educación de la Junta de Andalucía (2016). *La Educación en Andalucía 2016/2017*. Sevilla: Consejería de Educación.

Consejería de Igualdad y Políticas Sociales de la Junta de Andalucía (2016). *II Plan de Infancia y Adolescencia de Andalucía 2016-2020.* Sevilla: Consejería de Igualdad y Políticas Sociales.

Consejería de Igualdad y Políticas Sociales de la Junta de Andalucía (2017). *I Plan Andaluz de Atención Integral a Personas Menores de seis años en Situación de Dependencia o en Riesgo de Desarrollarla 2017-2020.* Sevilla: Consejería de Igualdad y Políticas Sociales.

Consejería de Salud de la Junta de Andalucía (2006). *Proceso Asistencial Integrado de Atención Temprana.* Sevilla: Consejería de Salud.

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

Decreto 40/2011, de 22 de febrero por el que se regulan los criterios y el procedimiento de admisión del alumnado en los centros docentes públicos y privados concertados para cursar las enseñanzas de segundo ciclo de educación infantil, educación primaria, educación especial, educación secundaria obligatoria y bachillerato.

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

Decreto 85/2016, de 26 de abril, por el que se regula la intervención integral de la Atención Infantil Temprana en Andalucía.

Federación Estatal de Asociaciones de Profesionales de Atención Temprana (GAT) (2005). *Recomendaciones técnicas para el desarrollo de la Atención Temprana*. Real Patronato sobre Discapacidad. Barcelona: Polibea.

Federación Estatal de Asociaciones de Profesionales de Atención Temprana GAT (2000). *Libro Blanco de la Atención Temprana*. Madrid: Real Patronato de Atención a Personas con Discapacidad.

Federación Estatal de Asociaciones de Profesionales de Atención Temprana GAT (2011). *La primera noticia*. Madrid: Real Patronato sobre Discapacidad.

Fierro, (1997). *Horizontes y desafíos de la Integración Educativa*. En Arnáiz, P y De Haro, R.: *10 años de integración en España: Análisis y perspectivas de futuro*. Murcia: Universidad de Murcia.

Fullan, M. y Hargreaves, A. (1997). *¿Hay algo por lo que merezca la pena luchar en la escuela?*. Sevilla: Publicaciones MCEP.

Giroux, H.A. (2002). *Los profesores como intelectuales. Hacia una pedagogía crítica del aprendizaje*. Madrid: Paidos-MEC.

Instrucciones de 8 de marzo de 2017, por las que se establece el protocolo para la detección, identificación del alumnado con necesidad específica de apoyo educativo y organización de la respuesta educativa.

Jiménez, P. e Illán, N. (1997). *La atención a la diversidad en la Educación Secundaria Obligatoria*. En Illán Romeu y García Martínez (Coords): *La diversidad y la diferencia en la educación secundaria obligatoria: retos educativos para el siglo XXI*. Málaga: Aljibe, 37-49.

Kovacs, F. (2002). *Hijos Menores. Guía para una Educación Inteligente*. Barcelona: Martínez Roca, S.A.

Ley 1/1996, de 15 de enero, de Protección Jurídica del Menor, de modificación parcial del Código Civil y de la Ley de Enjuiciamiento Civil.

Ley 1/1998, de 20 de abril, de los derechos y la atención al menor en Andalucía.

Ley 17/2007, de 10 de diciembre, de Educación en Andalucía.

Ley 26/2015, de 28 de julio, de modificación del sistema de protección a la infancia y a la adolescencia.

Ley 8/2015, de 22 de julio, de modificación del sistema de protección a la infancia y a la adolescencia.

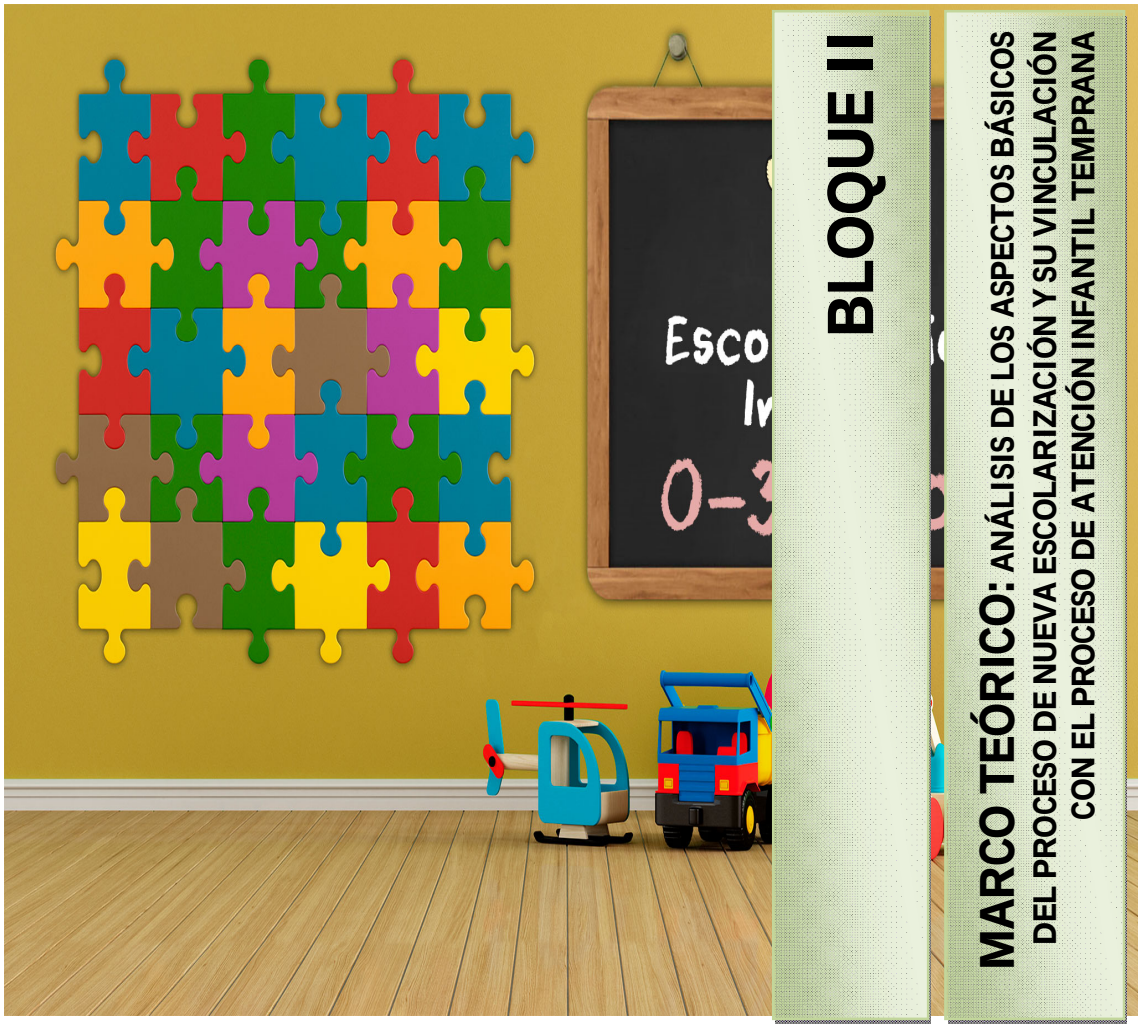
Ley Orgánica 2/2006, de 3 de mayo, de Educación.

Ley Orgánica 2/2007, de 19 de marzo, de reforma del Estatuto de Autonomía para Andalucía.

Ley Orgánica 8/2013, de 9 de diciembre, para la mejora de la calidad educativa.

Torres González, J.A. (1999). *Educación y Diversidad. Bases Didácticas y Organizativas*. Málaga, Aljibe.

UNICEF Comité Español (2006). *Convención sobre los Derechos del Niño (CDN)*. Madrid: UNICEF.



BLOQUE II

MARCO TEÓRICO: ANÁLISIS DE LOS ASPECTOS BÁSICOS DEL PROCESO DE NUEVA ESCOLARIZACIÓN Y SU VINCULACIÓN CON EL PROCESO DE ATENCIÓN INFANTIL TEMPRANA

La atención temprana como recurso para la mejora del proceso de nueva escolarización en el segundo ciclo de la etapa de Educación Infantil, del alumnado con trastornos en el desarrollo o en riesgo de padecerlo, en Huelva y su provincia.

Tesis Doctoral
Ezequiel Gómez Gallardo
Universidad de Huelva
2017

CAPÍTULO

II

LA ETAPA DE EDUCACIÓN INFANTIL: MARCO NORMATIVO, CARACTERÍSTICAS GENERALES DEL DESARROLLO EVOLUTIVO Y EL PAPAEL DE LA FAMILIA

"Las emociones humanas y el sentido del propio no se originan durante el primer año de vida, sino mucho antes, en el útero."

Dr. Thomas Verny.

II.1. LAS ENSEÑANZAS DE EDUCACIÓN INFANTIL

La etapa de Educación Infantil, en el actual sistema educativo, definido a nivel nacional y autonómico, por LOMCE, LOE y LEA respectivamente, supone una decisiva contribución al desarrollo y aprendizaje de los niños y niñas desde sus primeros años de vida. Para ello, organiza y proporciona actividades, experiencias y ambientes que configuran un medio educativo óptimo para que su desarrollo se vea estimulado por procesos de aprendizaje adecuadamente orientados y facilitados. Al mismo tiempo que se muestra capaz de compensar desigualdades como las provocadas por diferencias socioculturales y económicas y de adaptarse, asimismo, a las diferencias y necesidades individuales de los niños y niñas.

Facilitar la adquisición de aprendizajes funcionales y significativos, así como contribuir a que los niños y niñas de 0 a 6 años se apropien de los procedimientos de regulación de la propia actividad, es decir, que progresivamente "aprendan a aprender", es tarea de esta etapa educativa. Para que esto sea posible, la intervención educativa tiene que ajustarse al nivel de desarrollo real del alumnado.

En este sentido, la extrema importancia de que los profesionales conozcan el desarrollo de los niños y las niñas en esta etapa evolutiva, hace de éste un requisito imprescindible para llevar a cabo cualquier proyecto educativo con garantías de calidad y eficacia. Este conocimiento complejo del desarrollo humano será fundamental para organizar y disponer las actividades y criterios metodológicos en el aula, de modo que favorezcan la estimulación del desarrollo de todo el alumnado, y en especial de aquellos niños y niñas que presenten un trastorno en el desarrollo o el riesgo de padecerlo.

Como ya hemos comentado anteriormente, los primeros años de escolarización del alumnado resultan cruciales para su desarrollo posterior, tanto dentro del sistema educativo como en otras facetas de su vida. Por ello, y por la gran ductilidad del alumnado de esas edades (0 a 6 años), resulta fundamental que en estos primeros años se ponga especial énfasis en el sistema educativo, tanto en la estimulación del desarrollo como en la detección de posibles trastornos en el desarrollo o el riesgo de padecerlos. De este modo se puede ofrecer una respuesta educativa ajustada a las necesidades del alumno o alumna y al mismo tiempo, minimizar los posibles efectos adversos de un trastorno en el desarrollo o el riesgo de padecerlo y facilitar el trabajo posterior con el mismo.

En la actualidad, la comunidad científica coincide en defender que es necesario estimular temprana y adecuadamente al niño o niña durante su periodo de crecimiento, con el fin de potenciar la maduración cognitiva, física, afectivo-emocional y social e incluso limitar, o en su caso, impedir las alteraciones de su desarrollo.

Estaríamos en condiciones de poder afirmar que existen una serie de razones, entre otras, que avalan la importancia decisiva de la intervención temprana en estas primeras edades:

1. Las bases del desarrollo de las capacidades fundamentales tienen lugar en los primeros años de vida.
2. Desde el nacimiento, los procesos de maduración y de desarrollo son posibles gracias a la interrelación e interacción del niño o niña con el medio; por ello, cobran especial relevancia desde las primeras edades y singular significado en aquellos niños y niñas que presentan algún tipo de alteración en el desarrollo.

Como consecuencia de lo anterior, la etapa de Educación Infantil, cuyas prescripciones curriculares se asientan sobre una fuerte base epistemológica y psicopedagógica recogiendo las

principales teorías procedentes de las ciencias de la educación y de la psicología, ha de ofrecer al alumnado que escolariza una atención e intervención temprana posibilitando que desde el inicio de las primeras experiencias en el niño o niña se garantice el máximo desarrollo global de todas sus capacidades, a través y como consecuencia de una acción integradora en todos sus aspectos.

De hecho, el Decreto 428/2008, de 29 de julio, por el que se establece la ordenación y las enseñanzas correspondientes a la Educación Infantil en Andalucía, establece como normas generales para la ordenación de esta etapa educativa, que ésta se organice de acuerdo con los principios de atención a la diversidad, de modo que contribuya a desarrollar al máximo las capacidades de todos los niños y niñas, establecidas en los objetivos para la etapa. Para ello, habrá de poner especial énfasis en la detección y atención temprana de cualquier trastorno en su desarrollo o riesgo de padecerlo, en el tratamiento de las dificultades de aprendizaje tan pronto como se produzcan y en la tutoría y relación con las familias para favorecer la integración socioeducativa de los hijos e hijas.

En definitiva, no puede concebirse la acción educativa en la educación infantil sin la necesaria y obligada integración de las distintas experiencias y aprendizajes de las niñas y niños y la adaptación a sus características individuales.

De modo más específico se presentan a continuación los aspectos que normativamente rigen para esta etapa en la comunidad andaluza.

II.2. FINALIDAD Y OBJETIVOS DE LA ETAPA

En el informe "La educación encierra un tesoro" de la Comisión Internacional sobre la Educación para el Siglo XXI, presentado a la UNESCO en 1996, trató de resolver una cuestión fundamental que engloba todas las demás: ¿qué tipo de educación será necesario mañana y para qué tipo de sociedad? Además, se procura en él dar respuesta a otras interrogantes: ¿cómo acompañar el crecimiento humano de las nuevas generaciones en un mundo cargado por desequilibrios y tensiones? ¿Servirán los anteriores paradigmas o será necesario modificar desde sus fundamentos la educación del futuro?

En palabras de Rivero (1998) para hacer frente a los retos del siglo XXI se plantea como indispensable asignar nuevos objetivos a la educación y, por consiguiente, modificar la idea que nos hacemos de su utilidad. Plantea trascender una visión puramente instrumental de la educación, percibida como la vía obligada para obtener determinados resultados (experiencia práctica, adquisición de capacidades diversas, fines económicos) y, más bien, considerar su función en toda su plenitud asociada a la realización de la persona. *"La educación constituye un bien colectivo que no puede regularse mediante el simple funcionamiento del mercado"*. *"La finalidad principal de la educación es el pleno desarrollo del ser humano en su dimensión*

social". Esta finalidad no está asociada a una etapa inicial de la vida humana, ni siquiera sólo al período de aprendizajes en instituciones educativas. El derecho a la educación debe ser disfrutado en todas las etapas de la vida. La educación a lo largo de toda la vida y la necesidad de avanzar hacia una "sociedad educativa" son, a juicio de la Comisión Delors, elementos claves para entrar al siglo XXI.

En España y más concretamente en Andalucía, la Educación Infantil constituye una etapa educativa con identidad propia que atiende a niñas y niños desde el nacimiento hasta los seis años de edad y que trata de desarrollar aquellos aspectos de la niña y del niño que están vinculados a su proceso evolutivo, es decir, dotarles de instrumentos y de capacidades básicas que en este periodo de tiempo se inician, adquieren o se desarrollan. Son las estructuras básicas del pensar, los afectos, la motricidad, la comunicación, la relación interpersonal, la creatividad, etc.

El Decreto 428/2008, de 29 de julio, por el que se establece la ordenación y las enseñanzas correspondientes a la Educación Infantil en Andalucía, recoge en su artículo 3 dedicado a los fines de esta etapa educativa que:

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

El artículo 4 del citado Decreto 428/2008, establece que la educación infantil contribuirá a desarrollar en los niños y niñas las capacidades que les permitan conseguir los siguientes objetivos:

> *"a) Construir su propia identidad e ir formándose una imagen ajustada y positiva de sí mismos, tomando gradualmente conciencia de sus emociones y sentimientos a través del conocimiento y valoración de las características propias, sus posibilidades y límites.*
>
> *b) Adquirir progresivamente autonomía en la realización de sus actividades habituales y en la práctica de hábitos básicos de salud y bienestar y promover su capacidad de iniciativa.*

c) Comprender y representar algunas nociones y relaciones lógicas y matemáticas referidas a situaciones de la vida cotidiana, acercándose a estrategias de resolución de problemas.

d) Representar aspectos de la realidad vivida o imaginada de forma cada vez más personal y ajustada a los distintos contextos y situaciones, desarrollando competencias comunicativas en diferentes lenguajes y formas de expresión.

e) Utilizar el lenguaje oral de forma cada vez más adecuada a las diferentes situaciones de comunicación para comprender y ser comprendido por los otros.

f) Aproximarse a la lectura y escritura a través de diversos textos relacionados con la vida cotidiana, valorando el lenguaje escrito como instrumento de comunicación, representación y disfrute.

g) Conocer y participar en algunas manifestaciones culturales y artísticas de su entorno, teniendo en cuenta su diversidad y desarrollando actitudes de interés, aprecio y respeto hacia la cultura andaluza y la pluralidad cultural."

Este marco normativo no es el único impulso que desde la Consejería de Educación se ofrece a la Educación Infantil, pues otorga a esta etapa educativa un papel fundamental en su Plan de Éxito Educativo, al considerarla la base sobre la que han de asentarse aprendizajes y experiencias posteriores.

Este Plan aporta datos que muestran una línea clara de avance en el sistema educativo de Andalucía en las últimas décadas. En sentido, se recoge respecto a la etapa de Educación Infantil que:

"Educación Infantil de Primer Ciclo (0-2 años). La incorporación lo más temprana posible a la educación influye decisivamente en el éxito escolar. De este modo, según la Comisión Europea, "las evidencias muestran que una buena educación infantil temprana incrementa los logros educativos y reduce el riesgo de abandono escolar temprano en etapas posteriores". En 2016-17, Andalucía tiene una oferta de 98.003 plazas,

un 56,21 % más que en 2008-09. El porcentaje de alumnado matriculado en estas enseñanzas es del 40,25 %, siendo el cuarto mayor de toda España."

"Educación Infantil de Segundo Ciclo (3-5 años). Aunque esta etapa no es obligatoria, el porcentaje de población atendida en estas edades es uno de los indicadores que usa la Unión Europea para medir la calidad de un sistema educativo. En Andalucía está escolarizado el 98 % de los niños y niñas de 3 a 5 años, habiéndose incrementado en los últimos diez años el promedio de años en escolarización en Educación Infantil, de menos de 3 a 4 años de media, el mayor incremento de toda España."

Así, en el Dossier de inicio de curso 2016/2017, publicado por esta Consejería, se establece que la escolarización formación de los niños y niñas en esta etapa de la vida constituye una responsabilidad social que ha de asegurar una adecuada educación con el objetivo de evitar barreras, carencias, desarmonías o abandonos/ fracaso, lo cual tendría repercusiones muy negativas a largo plazo, especialmente teniendo en cuenta la pluralidad y diversidad de las aulas en la actualidad. Por otro lado, una positiva educación en un contexto rico garantiza una progresiva potenciación de todas las capacidades del ser humano que va a posibilitar una mejor formación de la persona.

II.3. ORGANIZACIÓN Y FUNCIONAMIENTO

La Educación Infantil, concebida como una etapa única, está organizada en dos ciclos que responden ambos a una intencionalidad educativa, no necesariamente escolar, y que obliga a los centros a contar desde el primer ciclo con una propuesta pedagógica específica. Engloba el proceso educativo que se inicia con el nacimiento y finaliza con la entrada en la escolarización obligatoria (0-6 años). Es un periodo crucial y básico en el desarrollo de capacidades y potencialidades, sobre las que se irá construyendo posteriormente la personalidad del individuo.

El carácter educativo de la etapa ha de ir muy ligado al carácter asistencial que se otorga a la Educación Infantil. No debemos olvidar, dadas las características de nuestra sociedad actual, que la asistencia de niños y niñas a los centros de educación infantil constituye uno de los mecanismos más eficaces para asegurar la conciliación entre la vida familiar y laboral de sus padres y madres. Por ello, a la labor educativa se añade, especialmente en el primer ciclo de la etapa, un papel de apoyo en las tareas de cuidado y crianza de sus hijos e hijas, por lo que la normativa que regule la organización y el funcionamiento de los centros que impartan este ciclo deberá tener en cuenta también esta función asistencial.

Sin embargo, coincidimos con Amar (1994) cuando afirma que el papel de la educación infantil no puede limitarse a la transmisión de valores culturales de una sociedad o a desarrollar una función asistencial. Su función debiera orientarse a posibilitar que el niño o niña desde su nacimiento tenga todas las oportunidades posibles para desarrollar sus potencialidades.

Por lo tanto, la Educación Infantil debe ser instrumento que asegure las bases de todo buen desarrollo posterior de la persona. La calidad de las experiencias en relación con otros niños y niñas y con adultos que pueda ofrecerse será fortalecida si se tienen en cuenta las propias capacidades infantiles y se alientan sus posibilidades de proyectar sus movimientos, intenciones, inteligencia y afectos para modificar su propio entorno familiar o educativo.

La Educación Infantil, tal y como establecen LOMCE y LEA, tiene carácter voluntario y, comprende dos ciclos de tres años de duración cada uno: el primero comprende hasta los tres años y el segundo desde los tres a los seis años de edad. En la actualidad no podemos hablar de una etapa totalmente gratuita, puesto que mientras el segundo ciclo sí es gratuito en los centros sostenidos con fondos públicos, el primer ciclo está sujeto a una financiación por parte de la Consejería de Educación de las plazas escolares que los centros públicos y de convenio pueden ofertar. De este modo, las familias que escolarizan a sus hijos e hijas en este primer ciclo, según sus umbrales de renta, condición de familia numerosa, familia monoparental,… deben afrontar bien el pago íntegro de la plaza escolar que ocupe su hijo o hija, o bien en el caso de cumplir con alguno de los requisitos de carácter socioeconómicos definidos por la Consejería de Educación, afrontarían el copago de la plaza escolar de su hijo o hija.

El ya citado Decreto 428/2008, establece en su artículo 8 que el currículo de la educación infantil, para ambos ciclos, se organiza en áreas correspondientes a ámbitos propios de la experiencia y del desarrollo infantil y se ha abordar por medio de situaciones de aprendizaje que tengan significado para los niños y niñas. Las áreas son las siguientes:

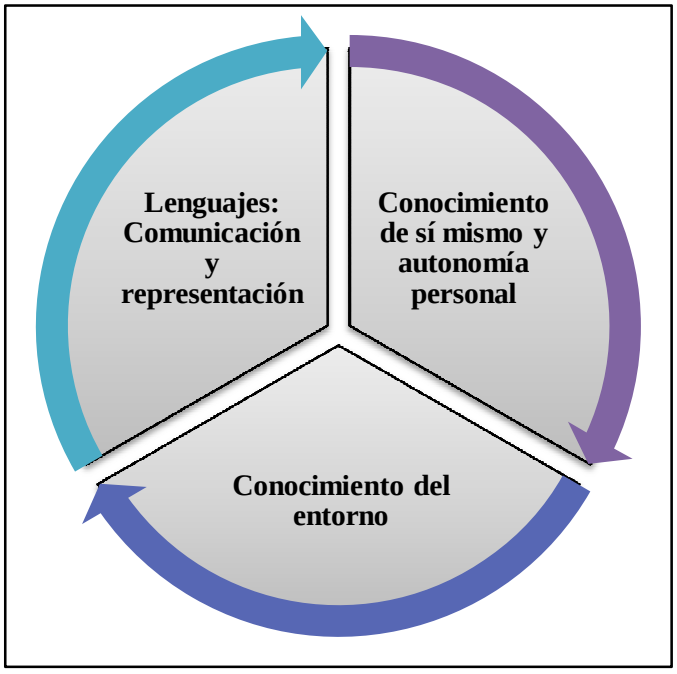


Figura 1. Áreas que componen el currículo de Educación Infantil

Debe entenderse que el tratamiento de las áreas en etapa, más que en las posteriores, ha de ajustarse a las características personales y sociales de los niños y niñas en cada uno de los ciclos. La necesaria vinculación entre los contenidos y la vida de los niños y las niñas debe garantizarse dotando de intencionalidad educativa a todo lo que acontece en la vida cotidiana del centro. Los métodos de trabajo en ambos ciclos se basan en las experiencias, las actividades y el juego y se aplican en un ambiente de afecto y confianza, para potenciar la autoestima y la integración social.

En este sentido, estas áreas se constituyen como ámbitos de actuación, como espacios de aprendizajes de todo orden: de actitudes, procedimientos y conceptos que contribuirán al desarrollo de niñas y niños y facilitarán su interpretación del mundo, otorgándole significado y promoviendo su participación activa en él.

Por otro lado, las propuestas pedagógicas y actividades educativas en los centros que imparten la etapa de Educación Infantil han de respetar las características propias del crecimiento y el aprendizaje de los niños y niñas. Consecuentemente, los maestros y maestras y demás profesionales de la educación infantil deben atender a dichas características, partir de los conocimientos previos, necesidades y motivaciones de cada niño o niña, propiciar la participación activa de éstos, fomentar sus aportaciones, estimular el desarrollo de sus potencialidades y facilitar su interacción con personas adultas, con los iguales y con el medio.

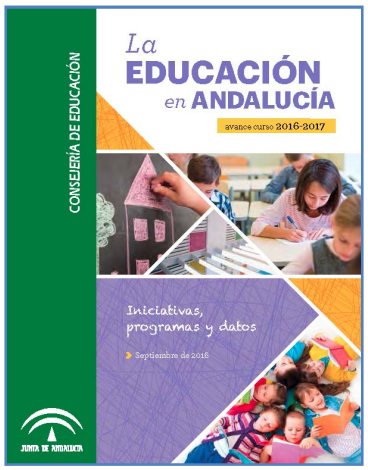
Para contribuir a la construcción de aprendizajes significativos y relevantes, el diseño y la organización de los espacios individuales y colectivos, la distribución del tiempo, la selección y organización de los recursos didácticos y materiales, así como las distintas posibilidades de agrupamientos, actividades y propuestas pedagógicas, permitirán y potenciarán la acción infantil, estimulando las conductas exploratorias e indagatorias. Las actividades de juego, para las que se reserven tiempos y se organicen espacios, tendrán especial importancia, asegurando la continuidad de la vida cotidiana de niñas y niños. La condición para conseguir que los niños y niñas aprendan de manera compartida, otorguen significados, interpreten códigos y recreen conocimientos culturales el maestro o maestra o el profesional de la educación infantil debe contextualizar la acción educativa, apreciando los procesos y no sólo los resultados, diversificando las situaciones de aprendizaje y propuestas y evitando el tratamiento homogéneo que supone la realización de tareas estandarizadas para todos.

Con la intención de concretar y contextualizar los principios y planteamientos definidos en los apartados anteriores, se ofrece a continuación una descripción de la evolución del primer ciclo de Educación Infantil experimentada en Andalucía en los últimos años, en cuanto a número de centros, oferta de plazas,… que demuestran el significativo aumento del alumnado escolarizado en el periodo 0-3 años.

En este sentido, en la actualidad, tanto la comunidad científica como la propia Administración pública competente en materia de educación coinciden en destacar la necesidad

de asegurar desde el primer ciclo de la educación infantil experiencias educativas que estimulen y favorezcan el desarrollo y aprendizaje de los niños y niñas que asistan a los centros docentes.

Numerosos estudios internacionales, entre los que podemos *citar Significant Benefits: The High/ Scope Perry Preschool Study Through Age 27* (Schwenhart et al., 1993), han puesto de manifiesto la importancia que en el éxito escolar del alumnado tiene la escolarización lo más temprana posible. La Educación Infantil trasciende el mero carácter asistencial con que en el pasado se concibiera para convertirse en una etapa básica y con características propias.



Uno de los objetivos de la Estrategia Europea de Educación y Formación 2020 es conseguir una tasa de escolarización en estos niveles superior al 33%. Andalucía ya ha alcanzado un porcentaje de escolarización de la población entre 0 y 3 años del 40,25% pero, la Consejería de Educación consciente de la importancia que para el éxito escolar tiene, se plantea como prioridad seguir aumentando la oferta educativa en este primer ciclo. El curso 2016-17 comienza con un incremento de 3.438 nuevas plazas que se ofertan para atender al alumnado de 0 a 3 años, facilitando así la conciliación de la vida familiar y laboral.

La oferta educativa del primer ciclo de Educación Infantil para el curso 2016/2017, según datos oficiales de la Consejería de Educación, en cuanto al número de centros que imparten estas enseñanzas en Andalucía, referidos a centros con financiación pública se ha incrementado significativamente. Desde el curso 2008/2009 son numerosos los centros de titularidad privada que han pasado a ser privados conveniados y que ya aparecen en los datos que mostramos a continuación (no está recogida en este estudio la oferta educativa referida a los centros de titularidad exclusivamente privada):

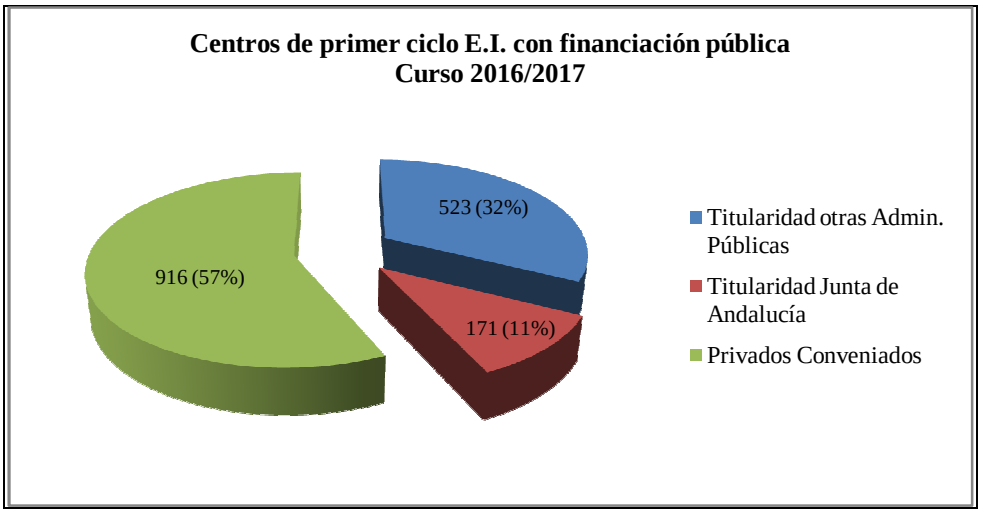


Gráfico 1. Número de centros de 1er ciclo de E.I. según su titularidad (Consejería de Educación)

La distribución provincial de estos centros, realizando además una comparativa con los datos existentes del pasado curso escolar 2015/2016 y respecto al curso 2008/2009 se presenta en la siguiente tabla:

	2016-2017	Incremento respecto 2015-2016	Incremento respecto 2008-2009
Almería	169	0%	30%
Cádiz	144	1,41%	29,73%
Córdoba	201	1,01%	39,58%
Granada	159	3,92%	39,47%
Huelva	146	1,39%	39,05%
Jaén	118	-0,84%	21,65%
Málaga	297	3,13%	47,76%
Sevilla	376	3,01%	56,02%
TOTAL	**1610**	**1,96%**	**40,86%**

Tabla 1. Evolución en el número total de centros de 1er ciclo de E.I. (Consejería de Educación)

La evolución y ampliación de la oferta educativa en el primer ciclo de Educación Infantil desde el curso 2008/2009 es del 40,86% y aún en el presente curso escolar se recoge un aumento del 1,96% respecto al pasado curso escolar 20015/2016, lo cual supone un aumento vertiginoso de esta oferta educativa en un periodo de tiempo relativamente corto.

Si realizamos un análisis centrado en la oferta de plazas educativas por tipo de centro, podemos observar en el siguiente gráfico que el 50% de las plazas se ofertan por centros de titularidad privada coveniada.

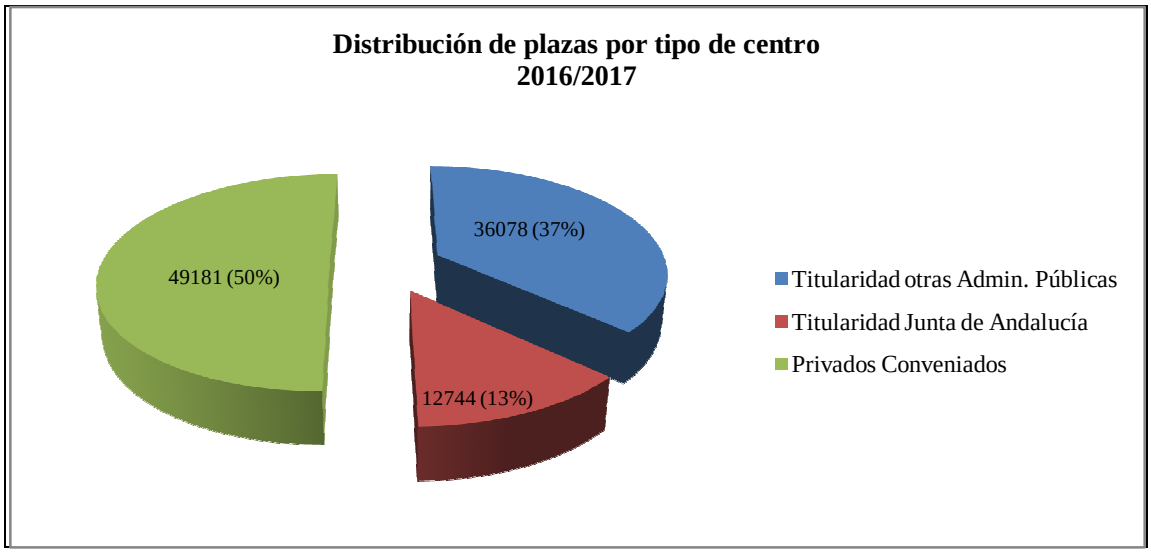


Gráfico 2. Número de plazas según la titularidad de los centros (Consejería de Educación)

Resulta igualmente necesario realizar un análisis de estos datos en cada provincia y pudiendo realizar una comparativa con los datos de los que se dispone tanto del pasado curso escolar 2015/2016 e incluso, desde el curso 2008/2009.

	2016-2017	**Incremento respecto 2015-2016**	**Incremento respecto 2008-2009**
Almería	10250	2,51%	41,87%
Cádiz	9115	2,40%	37,44%
Córdoba	9744	1,75%	39,66%
Granada	9410	5,30%	62,02%
Huelva	9405	4,20%	53,38%
Jaén	6740	2,12%	39,03%
Málaga	19429	4,15%	71,79%
Sevilla	23910	4,54%	73,19%
TOTAL	**98003**	**3,64%**	**56,21%**

Tabla 2. Evolución el número total de plazas ofertadas en el 1er ciclo de E.I. (Consejería de Educación)

En este caso, la oferta de plazas llega a mostrar un índice de crecimiento incluso mayor que el mostrado por la oferta educativa a nivel de centros. Se observa la misma inercia en el aumento de plazas ofertadas, 56,21% más que en el curso 2008/2009, lo cual indica el papel fundamental de este ciclo cumpliendo la doble funcionalidad asistencial y educativa que se le reconoce.

Teniendo en cuenta el carácter voluntario de esta etapa y la no gratuidad del primer ciclo de Educación Infantil para las familias, hemos de reconocer que su evolución y por tanto, su respuesta y su ajuste a las necesidades que la sociedad actual demanda justifican su importancia social y educativa.

En lo que respecta a la escolarización en el segundo ciclo, siendo un periodo de carácter voluntario que además es gratuito, actualmente tanto a nivel nacional como a nivel regional, es generalizada la escolarización de prácticamente el 100% de los niños y niñas con edades comprendidas entre los 3 y 6 años. La escolarización temprana se considera un gran logro que incidirá positivamente en la mejora del rendimiento escolar futuro.

Una vez realizado el pertinente análisis normativo es imprescindible conocer el desarrollo de los niños y las niñas en esta etapa evolutiva, tal y como hemos comentado anteriormente. Este conocimiento complejo del desarrollo humano será fundamental para que los profesionales organicen y dispongan las actividades y criterios metodológicos en sus aulas, de modo que favorezcan la estimulación del desarrollo de todo el alumnado, y en especial de aquellos niños y niñas que presenten un trastorno en el desarrollo o el riesgo de padecerlo.

Para ello, a continuación desarrollaremos de forma resumida los patrones básicos que rigen el desarrollo, teniendo en cuenta que cada niño o niña tiene su propio ritmo, un ritmo que debemos conocer y respetar. Según Gesell (1983) cada niño posee un ritmo y un estilo de crecimiento tan característico de su individualidad como los rasgos de su cara.

II.4. CARACTERÍSTICAS GENERALES DEL DESARROLLO PSICOEVOLUTIVO EN LA EDUCACIÓN INFANTIL

Ausubel y Sullivan (2003) afirman que la primera infancia constituye la etapa más crítica y vulnerable del ser humano. Existen una serie de experiencias que son muy importantes para el desarrollo posterior y que deben darse en esta etapa. Estos autores ponen de relieve que los cuidados de poca calidad contribuyen de manera significativa al deterioro del desarrollo del niño o niña.

En este sentido, haciéndonos eco de las diferentes investigaciones y de la cada vez más aplicada especialización disciplinar, podemos afirmar que el proceso de desarrollo en las primeras etapas de la vida es susceptible de conocimiento y que existen posibilidades de actuar sobre el mismo para tratar de modificarlo (Martí, E., 2000; Spitz, R., 2003: Shaffer, D. R., 2000; Murphy y Kovac, 1972; Campos Castelló, 1976). En concreto, se refieren a la influencia del desarrollo en la edad de la Educación Infantil (de 0 a 6 años) en la posterior evolución de la persona. En estos primeros años se configuran las estructuras neuronales y se produce un crecimiento físico, psicomotor, perceptivo, intelectual tan rápido como no va a suceder en ninguna de las etapas posteriores, y se van a realizar los procesos de individualización y socialización.

Los nuevos descubrimientos en el campo del desarrollo cerebral han destacado la importancia de la influencia de las experiencias tempranas en el establecimiento y desarrollo de las conexiones neuronales (Ajuriaguerra, 2003). De igual forma, según Millán y Mulas (2005), investigaciones recientes sobre el desarrollo cerebral parecen probar que las experiencias ricas y positivas durante la primera infancia pueden tener efectos positivos en el desarrollo cerebral, ayudando a niños y a niñas en la adquisición del lenguaje, en el desarrollo de destrezas de resolución de problemas, en la formación de relaciones saludables con iguales y adultos y en la adquisición de distintas capacidades que le serán de gran importancia durante toda la vida. La evolución que experimentan niños y niñas desde el nacimiento, incluso desde la concepción, hasta los primeros años de vida, no se puede comparar con ningún otro estadio de la vida (Ainsworth, 1989). Sin embargo, como señala este autor, el desarrollo puede verse claramente limitado por "discapacidades" sociales o emocionales.

No podemos por tanto obviar, la importante aportación de la psicología evolutiva. Disciplina ésta, que se integra como parte de la psicología y que se ocupa del estudio de los procesos de cambio psicológico que ocurren a lo largo de la vida. Tales cambios, según Spitz (2003), se deben a tres grandes factores:

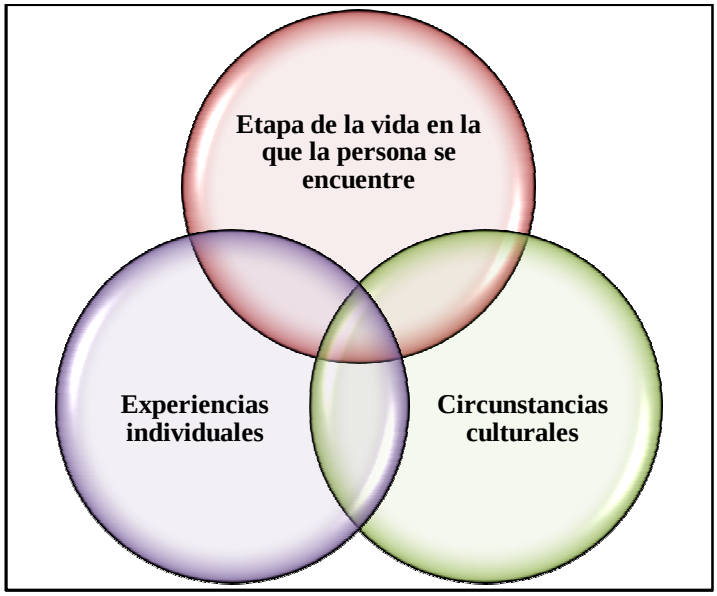


Figura 2. Factores que condicionan los proceso de cambio psicológico (Spitz, 2003)

Al intentar determinar los factores responsables del desarrollo evolutivo, se plantea el problema sobre el origen de los mismos: herencia genética o ambiente.

La herencia se refiere a la característica que el genotipo aporta a cada uno de los individuos. El ambiente, consiste en la suma total de estímulos que recibe ese individuo a lo largo de toda su vida. En la actualidad están superadas las posiciones excluyentes. Lo imperante es la teoría interaccionista, la cual se centra en preguntarse cómo influyen en cada caso concreto ambos factores es decir, cómo influyen a cada individuo y a cada grupo en concreto. Así el código genético aporta la posibilidad de que exista desarrollo, mientras que los estímulos del medio condicionan que esa posibilidad fructifique o no. El código genético aporta posibilidades y la estimulación, realidades.

En todo proceso evolutivo, las posibilidades que ofrece el genotipo, se pueden optimizar a través de la interacción con el entorno. Tanto es así, que la optimización del desarrollo se está convirtiendo en un objetivo central para la psicología evolutiva.

Parece quedar demostrado que la mayor facilidad para que el cerebro construya sus circuitos neuronales es máxima en la vida intrauterina y al nacer, observándose un espectacular punto de inflexión hacia los siete años. Esto significa que educadores y terapeutas disponen aproximadamente de este periodo de tiempo para asegurar que el entorno aporta al niño o la niña los estímulos que precisa, aunque también hay que tener presente que no será posible constituir las conexiones que no se hayan establecido con esa edad (Kovacs, 2002).

En cualquier caso, el objetivo de esta investigación no es realizar un análisis exhaustivo del desarrollo evolutivo de los niños y niñas entre 0 y 6 años de edad, pero sí al menos, definir los aspectos fundamentales de este desarrollo en esta etapa vital, basándonos en las últimas

publicaciones y los resultados de las investigaciones más recientes al respecto. De este modo, estaremos en condiciones de:

- Conocer las pautas evolutivas que se describen en el desarrollo de cualquier persona entre 0 y 6 años.
- Identificar posibles alteraciones o signos de alerta cuando los hitos evolutivos descritos para un estadio concreto no se hayan alcanzado.

Desarrollaremos por tanto, los estudios e investigaciones de mayor actualidad y que mejor definan los patrones básicos que rigen el desarrollo, teniendo en cuenta que cada niño/a tiene su propio ritmo, un ritmo que debemos conocer y respetar. En este sentido, como indica el Ministerio de Educación, Ciencia y Deporte (MECD) en su documento "Educar a los tres años" (2003), el desarrollo que vive el niño y la niña de 0 a 6 años lo podemos definir como:

→ Un proceso de construcción dinámico fundamentado en la interacción con el medio.
→ Un proceso adaptativo en el que el niño o niña va asimilando e incorporando la información que recibe del mundo y, al mismo tiempo, modifica su comportamiento adaptándose a él.
→ Un proceso global, es decir ocurre por la interacción de todos los factores que concurren en él.
→ Individuales o genéticos, determinados por la herencia y que son el potencial con el que el individuo viene al mundo.
→ Exógenos o ambientales, son las influencias que recibe del exterior.
→ Un proceso continuo. Aparecen como una sucesión de formas de actuar, cada una de las cuales prolonga la anterior, la reconstruye y la supera con una forma más avanzada.
→ Un proceso que no ocurre de modo uniforme en todos los niños y niñas en la misma edad.

Podría establecerse por tanto, que las características del desarrollo del niño y niña en estas edades, por su propia naturaleza es dinámico, adaptativo, global, continuo y no uniforme. Rivero (1998), en esta línea argumental, defiende que en toda actividad humana, para poder satisfacer las necesidades biológicas, socioculturales, productivas o espirituales, se articulan diferentes sistemas fisiológicos, psicológicos y sociales de alta complejidad. Ello implica que cada persona tiene una particular manera de ser y estar en el mundo, de relacionarse con la realidad, con otras personas, con el espacio y los objetos. Este esquema se construye y desarrolla especialmente durante los 6 primeros años de vida. Se puede afirmar que el niño o niña comienza a aprender desde su primera semana de vida, retroalimentando su mundo interno de todo lo que recibe del exterior.

Estas consideraciones de carácter general, donde se confirma la relevancia en el desarrollo de cualquier niño o niña de sus primeros años de vida, requieren que realicemos una descripción más detallada de los diferentes aspectos que se consideran básicos en el desarrollo

de cualquier niño o niña en el tramo de edad de 0 a 6 años. Las áreas de desarrollo de mayor relevancia son las siguientes:

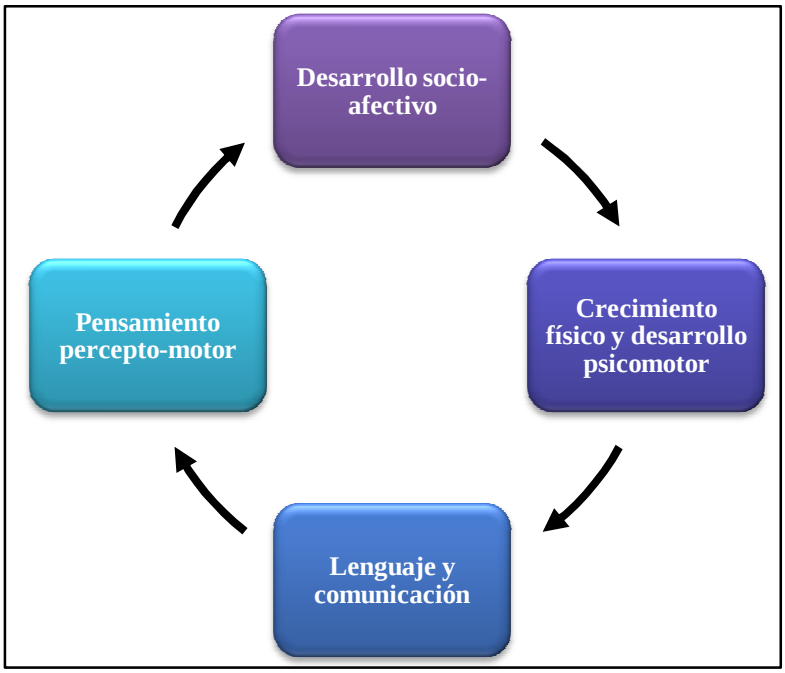


Figura 3. Áreas de Desarrollo

II.4.1. DESARROLLO SOCIO- AFECTIVO EN LA INFANCIA

Uno de los aspectos más importantes en el desarrollo de la personalidad de los niños y niñas, sin duda, es la vertiente afectiva. En este apartado analizamos la evolución del ser humano desde una doble perspectiva: individual, en cuanto al conocimiento y aceptación de sí mismo y, social, como ser que desarrolla vínculos afectivos con las personas de su entorno más inmediato. Ambos aspectos, individual y social, inciden y se complementan mutuamente, por lo que se entiende el mundo socio-afectivo como una misma dimensión de desarrollo.

Consultada la amplia bibliografía sobre el tema, los psicólogos evolutivos destacan como elementos básicos para comprender el desarrollo socio-afectivo de los niños y niñas de 0 a 6 años de vida, los siguientes:

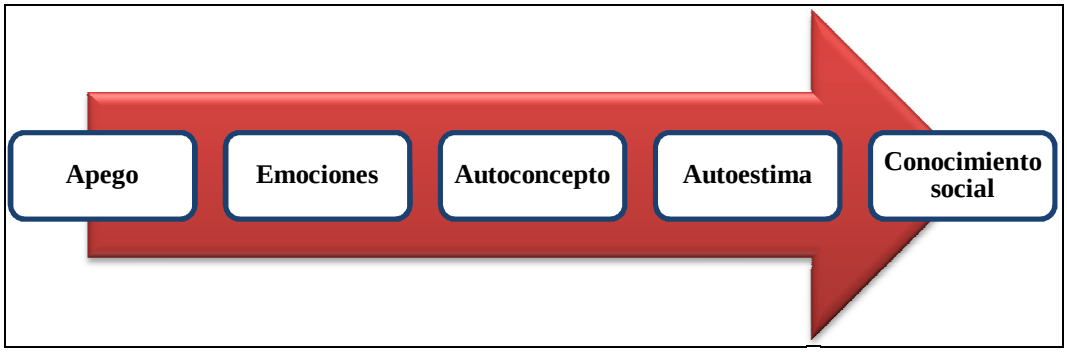


Figura 4. Elementos Básicos del Desarrollo Socio- Afectivo

El Apego…

EL APEGO	CONCEPTO	CARACTERÍSTICAS
	Denominamos "apego" a la serie de conductas que, desde el nacimiento y a lo largo de los primeros años, sobre todo del primer año de vida, conllevan que el niño busque mantener contacto directo con los adultos y recibir de ellos la gratificación emocional que necesitan. El apego va a constituir la base sobre la que se va a configurar el desarrollo afectivo del niño *(López, 2001).*	Fonagy, P., Steele, H. y Steele, M. (1991), recogen entre las conductas indicadoras de existencia del apego y con las que intentan conseguir o mantener el contacto con la persona de apego, podemos resaltar las siguientes: - Llanto al separarse de la madre o del adulto que le cuida. - Desaparición total o reducción del malestar o ansiedad en presencia de la madre o adulto. - Búsqueda de contacto físico. - Las sonrisas, las miradas, expresiones gestuales. Se considera que el apego es condición necesaria para un buen desarrollo afectivo y emocional del niño y que influirá en sus relaciones afectivas posteriores.
	PAUTAS EVOLUTIVAS	
	La teoría formulada por Bowlby y Ainsworth (1970) sobre el apego o vínculo afectivo que se establece entre madre e hijo o hija constituye uno de los planteamientos teóricos más sólidos en el campo del desarrollo socio-emocional. Lejos de verse debilitada con el paso del tiempo, dicha teoría se ha visto afianzada y enriquecida por una gran cantidad de investigaciones realizadas en los últimos años que la han convertido en una de las principales áreas de investigación evolutiva. Siguiendo a *López (2001),* el proceso de formación y desarrollo del apego y vínculo afectivo en los primeros años del niño o niña, describe la siguiente pauta evolutiva: *Dos primeros meses de vida:* El niño o niña se comporta como un activo buscador de estímulos sociales. Se siente atraído por el rostro, voz, tacto, etc, pero no tenemos constancia de que reconozca a las personas en cuanto tales. *Desde el 2º al 6º mes:* Discriminan entre unas personas y otras aceptando mejor las atenciones de quienes le cuidan habitualmente. Distinguen claramente en el cuarto mes al padre y a la madre, asociando su cara y su voz. Prefieren ser tocados, mimados, abrazados, cuidados por quienes lo han hecho habitualmente, aunque no rechazan los cuidados de otras personas. *Entre los 6 y 12 meses:* En este periodo prefieren a determinadas personas y ante los desconocidos reaccionan con cautela, recelo e incluso, rechazo. A partir del primer año y a medida que se desarrolla su aparato psicomotor y comienza a andar y desplazarse de forma más autónoma, el niño o niña no va a necesitar tan continuamente a las figuras de apego, aunque le siguen sirviendo de base de seguridad desde la que explora el entorno físico y social. *Segundo año de vida:* El desarrollo del lenguaje y de las capacidades intelectuales del niño o niña facilitan la comunicación y el entendimiento con las figuras de apego, haciendo que la interacción esté más cargada de significados sociales.	

Tabla 3. Evolución del Apego en los primeros años de vida.

Las Emociones…

LAS EMOCIONES

CONCEPTO	CARACTERÍSTICAS
El sostén emocional (Bowlby, J., 1989) es la respuesta adecuada al sentimiento universal de desamparo con el que todo bebé llega al mundo. Este sostén permite que se construya entre el bebé y las personas encargadas de su crianza un vínculo lo suficientemente fuerte como para que se den las condiciones propicias para la satisfacción de todas sus necesidades. La regulación afectiva solo puede tener lugar en el contexto de una relación con otro ser humano. El contacto físico y emocional: acunar, hablar, abrazar, tranquilizar, permite al niño establecer la calma en situaciones de necesidad e ir aprendiendo a regular por sí mismo sus emociones	Las emociones constituyen uno de los elementos centrales de todas las actividades humanas y, desde luego, son esenciales de cara a la comprensión del funcionamiento de la personalidad. El estudio del desarrollo emocional incluye la evolución de las expresiones emocionales, la comprensión y el control de las propias emociones, así como la comprensión y respuesta a las emociones de los demás (Schejtman, C., Vardy, I., 2008). Algunas características generales en este sentido son: a) Los estados emocionales del niño o niña son más intensos que los del adulto. Los niños gastan casi toda su energía en expresiones de alegría y dolor. b) Estos estados de placer y dolor son intensos pero rápidos, el niño o niña olvida pronto la causa que le provocó tal emoción. c) Las emociones infantiles mientras duran ocupan toda la escena psíquica y no dejan lugar a otros elementos. Muchas veces superan la causa que las provocó.

PAUTAS EVOLUTIVAS

Calmels, D. (2005), afirma que los bebés recién nacidos presentan emociones manifiestas a través de una excitación general no diferenciada y siempre relacionada con necesidades biológicas: comer, dormir,…Además, puede identificarse en su evolución la siguiente pauta:

1. *A los dos meses* comienzan a observarse emociones típicas del ser humano: tristeza, alegría, amor... manifestaciones afectivas no ligadas ya a necesidades fisiológicas, sino provocadas por el mundo exterior.
2. La capacidad de interpretar las emociones de sus cuidadores se evidencia claramente con la aparición *entre los 8- 10 meses* de la llamada referencia social. Ante una situación ambigua o nueva los niños miran a su cuidador y utilizan la información de la expresión emocional de éste para evaluar el objeto o el acontecimiento en cuestión y para regular su conducta.
3. *Entre el 2º y 3er año*, gracias al lenguaje y al juego simbólico, se va a producir un interesante avance en la comprensión y expresión de las emociones. Los niños se interesan por los estados afectivos de los demás y los padres y madres comienzan a explicar las causas de las emociones del niño y de otras personas. Estas conversaciones con las figuras de apego sobre las emociones propias y ajenas, sobre sus causas y consecuencias, contribuyen de manera indudable al desarrollo de la comprensión emocional. Por otra parte, en el juego, los niños adoptan estados emocionales diferentes a los propios, asignan estados ficticios a los otros y comparten con el otro esta asignación de emociones ficticias, lo cual favorece la adopción de perspectiva emocional. Además de reconocer las emociones ajenas, los niños son capaces de empatizar, de compartir los estados afectivos de los demás. Esta disposición humana es un resorte fundamental de las relaciones socioafectivas, motivadora de la conducta prosocial y de la culpa empática, y poderosa inhibidora de la agresión.

Tabla 4. Evolución de las Emociones en los primeros años de vida.

El Autoconcepto y la Autoestima…

	CONCEPTO	CARACTERÍSTICAS/ PAUTAS EVOLUTIVAS
AUTOCONCEPTO	El autoconcepto hace referencia a las percepciones que el individuo tiene de sí mismo. Es una formación cognoscitiva que se crea a partir de una mezcla de imágenes de lo que somos, de lo que deseamos ser y de lo que manifestamos a los demás (González y Tourón, 1992). Se trata de un conocimiento que no está presente en el momento del nacimiento, sino que es el resultado de un proceso activo de construcción por parte del sujeto a lo largo de todo su desarrollo evolutivo.	Proceso de adquisición que describen Amezcua, J. y Pichardo, L. (2004), podemos resumirlo de la siguiente forma: - En primer lugar parece que hay un reconocimiento de sí mismo como sujeto independiente de los demás. *Antes del primer año* el niño puede reconocer distintas partes de su cuerpo u objetos que le pertenecen, sin embargo, cuando se ve delante de un espejo reacciona como si se tratara de otro niño o niña. - *A finales del primer año* puede reconocerse si la imagen se corresponde con la que tiene en ese momento. Es a partir de los *18 meses* cuando el reconocimiento de sí mismo no es tan contingente con la situación presente. En este momento empieza a usar los pronombres personales. - *De los 2 a 3 años* adquiere identidad sexual, es decir se clasifica a sí mismo como niño o niña. - *A partir de los 3 años*a la identidad sexual añaden la identidad de género, es decir, el conocimiento de las funciones y características que la sociedad asigna a uno o a otro sexo (vestidos, juguetes, etc.).
AUTOESTIMA	Al autoconcepto que tienen los niños o niñas le dan una valoración o enjuiciamiento que puede ser positivo o negativo. A esta valoración la llamamos autoestima. La autoestima es la valoración que el sujeto hace de su autoconcepto (González Martínez, 1999).	Vallés (1998), plantea que la autoestima no es innata, no se hereda, sino que se aprende. Por ello debe ser educada y reforzada por parte de los adultos más cercanos al niño o la niña: los padres y madres, los maestros y maestras. *En el periodo 0-3*, los niños y niñas adquieren la capacidad de describir cómo son de competentes o hábiles en diversas situaciones, pudiendo variar su autoestima según la actividad que realicen. No obstante, al mismo tiempo que niños y niñas pueden autovalorarse en una serie de facetas distintas, van desarrollando una valoración general de sí mismos no ligada a ningún área de competencia específica. Lo que resulta más interesante es que esta autoestima global no parece desarrollarse *hasta los 7-8 años*, momento en el que parecen ser capaces de autovalorarse de forma más desligada e independiente de su actuación en situaciones concretas. Momento también en el que las evaluaciones de sí mismo comienzan a ser más objetivas. En estas edades, *2-6 años*, la autoestima tiende a ser más idealizada, adoptando un sesgo generalmente positivo y con cierta confusión entre el yo real y el yo ideal. Durante estos años, las personas más cercanas y significativas para los niños suelen ser los miembros de su familia más inmediata, especialmente, los padres y madres. Esto nos lleva a afirmar que uno de los determinantes de la autoestima sean los estilos de la educación familiar.

Tabla 5. Evolución del Autoconcepto y la Autoestima en los primeros años de vida.

El Conocimiento Social…

	AGENTES	CARACTERÍSTICAS/ PAUTAS EVOLUTIVAS
CONOCIMIENTO SOCIAL	Familia:	La familia (madre, padre, hermanos y resto de familiares con trato directo con el niño) son los que establecen las normas y rutinas de la vida que configuran el ambiente social donde se desenvuelve el niño y donde se forja como ser social. Su personalidad se va configurando a través de la interacción con la familia y con los adultos en general (De Gregorio, A.,1990): ▪ El afecto y cariño que recibe el niño hace que éste se muestre a su vez afectuoso con los demás. ▪ Al plantearle pequeños problemas, permitirle equivocarse, alentarle a intentarlo de nuevo, felicitándole ante el éxito, etc... hace que el niño aprenda a ser eficaz, competente y querido. ▪ La demanda e incluso exigencia del familiar o adulto para que se comporte de otra manera, tiene un valor retador y estimulante para el niño.
	Iguales:	Las crecientes interacciones del niño con los iguales y compañeros contribuyen a desarrollar su competencia social Kovacs, F. 2002): - Aprende a relacionarse con los demás, a aguardar su turno y el momento de satisfacer sus deseos. - Aprende a tener simpatía, amistad, cooperación y empatía. - Al mismo tiempo aprende también la competición, la envidia, los celos y la rivalidad. En resumen, las relaciones sociales con los compañeros a veces son cooperadoras, a veces conflictivas, pero siempre sirven para el aprendizaje social y desarrollo interpersonal del niño.
	Escuela	Es el principal agente socializante referente a la transmisión de conocimientos, normas y valores culturales. Al mismo tiempo la escuela contribuye a la socialización del niño desde distintos elementos: - Cambio del contexto familiar por un contexto más amplio que requiere al mismo tiempo un desarrollo del lenguaje superior al tener que referirse a objetos, contextos y situaciones más amplias y diferentes a las familiares. - La organización del tiempo y del espacio, junto con las actividades a realizar dejan de ser tan flexibles como en el ambiente familiar y comienzan a ser mucho más estructuradas. - La atención personal y casi exclusiva de la madre o resto de la familia hacia el niño pasa a convertirse en la escuela en una atención compartida con los demás niños. Acostumbrado a una interacción casi inmediata con el adulto en el ambiente familiar, al llegar al colegio esta interacción con los adultos, en este caso el profesor, es más escasa.
	El Juego	El juego es una de las actividades más importantes para el desarrollo social del niño. Calmels (2005) afirma que *"el niño se desarrolla jugando"*. A través del juego el niño aprende a: ▪ Controlar su cuerpo y desarrollar su equilibrio ▪ Explorar el mundo que le rodea ▪ Resolver sus emociones y controlar sus sentimientos. ▪ Ocupar su puesto en la comunidad donde vive y ser por tanto un ser social.

Tabla 6. Evolución del Conocimiento Social en los primeros años de vida.

II.4.2. CRECIMIENTO FÍSICO Y DESARROLLO PSICOMOTOR

El desarrollo psicomotor, tal y como defienden García y Martínez (2016), es un proceso continuo que va de la concepción a la madurez, con una secuencia similar en todos los niños y niñas, pero con un ritmo variable. Mediante este proceso el niño o la niña adquiere habilidades en distintas áreas: lenguaje, motora, manipulativa y social, que le permiten una progresiva independencia y adaptación al medio. El desarrollo psicomotor depende de la maduración correcta del sistema nervioso central, de los órganos de los sentidos y de un entorno psicoafectivo adecuado y estable.

Algunos datos del desarrollo físico son hitos claves para la valoración del desarrollo madurativo del niño. Es importante por ejemplo saber (Illingworth, 1985; Nelson y cols., 1983; Le Boulch, 1999; Rice, 1997) que el recién nacido tiene proporciones corporales que difieren notablemente de los lactantes, niños y adultos.

FUNCIÓN	Media edad	Margen Normalidad
Sonrisa	4-6 semanas	1-8 semanas
Sostén cefálico	3 meses	2-4 meses
Acercamiento/prensión de objeto	5 meses	4-6 meses
Sedestación	6-7 meses	4-12 meses
Andar sin ayuda	13 meses	8-18 meses
Palabras con sentido	12 meses	8-24 meses
Frases	21-24 meses	10-36 meses
Bebe de la taza solo	15 meses	9-21 meses
Se viste solo	3-4 años	33-72 meses
Control de esfínteres de día	2 años	16-48 meses
Control de esfínteres de noche	3 años	18-72 meses

Tabla 7. Media y márgenes de normalidad para algunos logros madurativos (García, M.A. y Martínez, M.A., 2016)

A caballo entre lo estrictamente madurativo y lo relacional, el desarrollo psicomotor está sujeto, en primer lugar, a una serie de leyes biológicas en gran parte relacionadas con el calendario madurativo. Pero, como curre con el desarrollo físico en general, el desarrollo psicomotor dista mucho de ser una mera realidad biológica; es también una puerta abierta a la interacción y, por tanto, a la estimulación.

Exponemos a continuación, de forma resumida, las principales características del desarrollo psicomotor en la etapa de 0 a 6 años:

DESARROLLO PSICOMOTOR

CONCEPTO	CARACTERÍSTICAS
La psicomotricidad, según Mayor (2002), se propone como un concepto que conjuga las implicaciones psicológicas del movimiento y de la actividad corporal en relación entre el organismo y su medio físico y social. La meta del desarrollo psicomotor es el control del propio cuerpo hasta sacar de él todas sus posibilidades de acción y expresión.	Según Shaffer (2000). el paso de las limitaciones de las primeras semanas a los logros del 2º semestre del 2º año de vida se realiza a través de un progresivo control corporal que se lleva a cabo según la lógica de dos leyes fundamentales: - ***Ley Cefalo- caudal:*** *se controlan antes las partes del cuerpo que están más próximas a la cabeza, extendiéndose luego el control hacia abajo* - ***Ley Próximo- distal:*** *Se controlan antes las partes del cuerpo que están más próximas al eje vertical que imaginariamente divide el cuerpo, que las más alejadas.*

PAUTAS EVOLUTIVAS

García y Fernández (1994), definen como pautas en la evolución de las destrezas motrices en el desarrollo infantil, las siguientes:

a) De 0 a 3 años: En este periodo se constituyen los aspectos básicos sobre los cuales se constituyen la motricidad, estando el desarrollo motor estrechamente condicionado por los acelerados procesos de crecimiento físico. Algunas de estas destrezas son:

1) Control postural: se avanza desde el control de la cabeza a la sedestación y poco a poco, al control de la postura erguida pasando por los movimientos desde la posición de decúbito.
2) Locomoción: desde que comienza a sostenerse en pie con apoyo sobre los 9/10 meses, el progreso es rápido: primeros pasos sobre las 12-14 meses, correteos hacia los 18 meses y pequeños saltos con desplazamiento antes de los 2 años.
3) Coordinación perceptivo motriz: durante los primeros años de vida, se logran importantes adquisiciones en la coordinación ojo-mano, a partir del control de los movimientos de la cabeza, de la sedestación y de los primeros avances del esquema de prensión.

b) De 3 a 6 años: La gran tarea del desarrollo psicomotor sobre la base de las adquisiciones básicas, es lograr la extensión y el afinamiento del control sobre el propio cuerpo o sus movimientos, lo que implica sobre todo avanzar en el control dinámico general, la disociación de los movimientos, la equilibración dinámica, la relajación voluntaria y la coordinación perceptivo-motriz. Es fundamental también el desarrollo de la motricidad fina. Algunas pautas evolutivas son:

- ✓ Independencia segmentaria y disociación
- ✓ Coordinación dinámica
- ✓ Control teórico
- ✓ Equilibrio dinámico

Tabla 8. Evolución del Desarrollo Psicomotor en la infancia.

II.4.3. LENGUAJE Y COMUNICACIÓN

El lenguaje es una capacidad inherente al ser humano que nos permite compartir nuestras experiencias, aprender de cada uno, proyectar juntos y acrecentar enormemente nuestro intelecto al vincular nuestro pensamiento con los de nuestros semejantes.

Según Vygotsky (1987, 1988), en palabras de Pino Sirgado (2000, p. 39), a diferencia de los animales, sujetos a los mecanismos instintivos de adaptación, los seres humanos crean instrumentos y sistemas de signos cuyo uso les permite transformar y conocer el mundo, comunicar sus experiencias y desarrollar nuevas funciones psicológicas.

No obstante, la adquisición y desarrollo del lenguaje no siempre se produce de forma homogénea en todos los niños y niñas, por este motivo Goodman (1999) afirma que "*algunas veces el aprendizaje del lenguaje parece ridículamente fácil y otras imposiblemente difícil. Y las veces fáciles transcurren fuera de la escuela, las difíciles en ella*".

De este modo, podríamos plantearnos cuáles son las variables que pueden condicionar que el acceso y aprendizaje del lenguaje sea muy fácil o muy difícil. En la siguiente tabla se muestran las variables que Goodman (1999) considera básicas para responder a este planteamiento:

¿Qué hace que el lenguaje sea muy fácil o muy difícil de aprender?	
Es fácil cuando:	**Es difícil cuando:**
Es real y natural.	Es artificial.
Es total.	Es fragmentado.
Es sensato.	Es absurdo.
Es interesante.	Es insípido y aburrido.
Es importante.	Es irrelevante.
Atañe al que aprende.	Atañe a algún otro.
Es parte de un suceso real.	Está fuera de contexto.
Tiene utilidad social.	Carece de valor social.
Tiene un fin para el aprendiz.	Carece de propósito definido.
El aprendiz elige usarlo.	Es impuesto por algún otro.
Es accesible para el aprendiz.	Es inaccesible
El aprendiz tiene el poder de usarlo.	El aprendiz es impotente para usarlo.

Tabla 9. Variables que condicionan el aprendizaje del lenguaje (Goodman, K. 1999)

En este sentido, según Ausubel (1968, 82), la adquisición del lenguaje es lo que en gran parte permite a los humanos la adquisición, por aprendizaje significativo receptivo, de una vasta

cantidad de conceptos y principios que, por sí solos, no podrían nunca descubrir a lo largo de sus vidas. El aprendizaje del lenguaje permite al niño o niña:

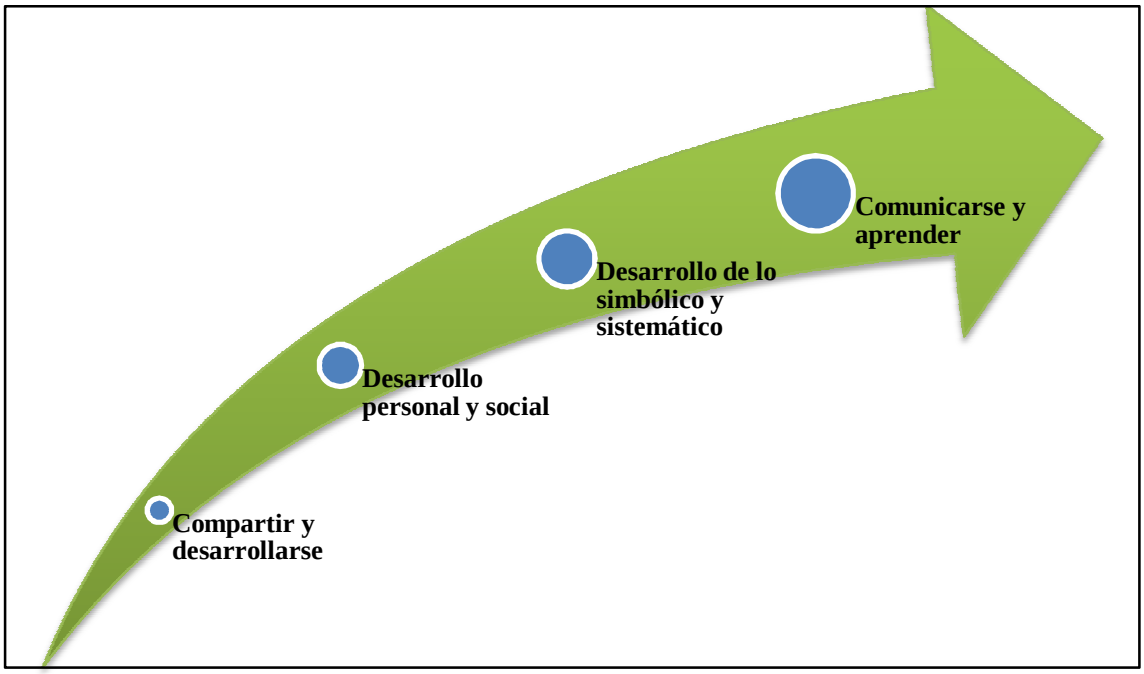


Figura 5. Funciones básicas del lenguaje (Goodman, K. 1999)

El lenguaje es la forma de expresión más común. Desde los más tempranos aprendizajes escolares y a través de la vida, es importante para la gente tener oportunidades de presentar lo que sabe, de compartirlo a través del lenguaje, y en el curso de esta presentación, completar su aprendizaje. Esta forma de desarrollo del lenguaje está fundamental y directamente relacionada con el éxito en la escuela, de modo que cuando su adquisición y desarrollo se ven afectados por condiciones biológicas, personales, ambientales,…, se requiere una atención inmediata y especializada que permita minimizar cualquier alteración en su desarrollo.

> *"No existe nada entre los seres humanos que no sea instigado, negociado, esclarecido o mistificado por el lenguaje, incluyendo nuestros intentos de adquirir conocimiento."* (Postman, 1996, p. 123).

En el mismo proceso de desarrollo cognitivo, el ser humano va reconstituyendo internamente, se va aproximando, a lo que ya fue desarrollado por la especie y eventualmente pasa a contribuir en la creación de nuevos instrumentos y signos. Ese proceso de interiorización/apropiación está mediado por interacciones e intercomunicaciones sociales, en las que el lenguaje es fundamental.

Presentamos a continuación, de forma muy resumida, las principales características y pautas generales de esta área de desarrollo.

	DESARROLLO	CARACTERÍSTICAS/ PAUTAS EVOLUTIVAS
LENGUAJE Y COMUNICACIÓN	**COMUNICACIÓN PRELINGÜÍSTICA**	Hacia los *cuatro meses*, el niño comienza a diversificar su interés entre el mundo de los adultos y el mundo de los objetos. El dúo adulto-niño debe transformarse en un triángulo, de modo que los objetos formen parte de las actividades sociales entre ambos. Entre los *4-6 meses*, la pareja adulto-niño comienza a diversificar sus juegos, que dejan de estar centrados en sus propios cuerpos para dirigir la atención hacia temas externos. Las interacciones entre el niño y el adulto son cada vez más complejas y la posibilidad de optimizarlas comporta, a su vez, un progreso en el dominio de la comunicación. En general, estos juegos continúan teniendo una estructura estable, rutinaria, y predecible, de modo que el niño puede negociar el significado tanto de sus conductas como de las del adulto. Bruner (1999) estudió la relación entre estos juegos y la adquisición del lenguaje y describe estas relaciones triangulares con el nombre de "formato". Distingue tres tipos de formatos: → Formatos de acción conjunto: situaciones en las que el niño y el adulto actúan conjuntamente sobre un objeto (por ejemplo: juego de dar y tomar, meter y sacar, tirar y construir,...) → Formatos de atención conjunta: situaciones en las que el adulto y el niño atienden conjuntamente a un objeto, por ejemplo: juego de "lectura de libros",... → Formatos mixtos: situaciones en las que se dan la atención y la actuación conjunta, por ejemplo: el juego del cu-cú. Entre los *6 y los 12 meses* aparecen gestos culturalmente determinados (por ejemplo movimientos de cabeza para mostrar el acuerdo o negar). Se produce también una diversificación importantísima en las expresiones faciales y la mirada, permitiéndose así la expresión de una buena cantidad de emociones, sentimientos, estados de ánimo, etc.
	EVOLUCIÓN DEL GESTO A LA PALABRA	Las vocalizaciones antes mencionadas son relativamente estables y constituyen un protolenguaje (Vila, 2002). Además, desde edades muy tempranas los niños son capaces de marcar entonativamente sus producciones de modo que los adultos no tienen excesivas dificultades en interpretarlas como requerimientos, saludos, etc. Como norma general, al inicio del *2º año de vida* el niño comienza a emitir algunas palabras, aumentando poco a poco su número hasta aproximadamente los 20-24 meses. Posteriormente experimenta un crecimiento rapidísimo de forma que en no más de dos meses incorpora el mismo número de palabras que anteriormente había incorporado en 10-12 meses. Para explicar este proceso tenemos que volver a aludir a los "formatos". (Bruner,1999). Una de las características de los formatos de acción y atención conjunta reside en su carácter repetitivo y pautado. Estas producciones tienden a ser estables y a pronunciarse, algunas de ellas, de forma sistemática en relación con determinados segmentos de acción. En este primer momento, las palabras que incorpora el niño se relacionan directamente con estos contextos y sólo se utilizan e ellos. Uno o dos meses después el uso inicial de estas primeras palabras, comienzan a generalizarse. De la misma forma que el niño va negociando y extendiendo el significado sus primeras palabras, cada vez comprende mejor el carácter instrumental del lenguaje. No tarda mucho en reconocer que el lenguaje refleja la realidad y que, por tanto, todo aquello que se presenta como diferente se puede también etiquetar de forma diferente. Aparentemente, el niño descubre de golpe que la realidad se puede designar mediante el lenguaje (aparece el "insight designativo"), iniciándose un período en el que la incorporación de palabras está limitada principalmente por la memoria.

	DESARROLLO	CARACTERÍSTICAS/ PAUTAS EVOLUTIVAS
LENGUAJE Y COMUNICACIÓN	**DESARROLLO DEL LENGUAJE**	***Los 2 primeros años de vida*:** La sonrisa y el llanto iniciales, van experimentando una progresiva diferenciación, y constituyen, junto a otros recursos vocales y gestuales, la base de la comunicación prelingüística. ***Entre el cuarto y el noveno mes***, aproximadamente, tienen lugar las etapas del balbuceo y el laleo, momentos de intensa experimentación vocálica sobre la que el entorno social va ejerciendo su influencia moldeadora seleccionando los sonidos acordes con la lengua materna (ecolalia). A los nueve meses aparecen ya las primeras vocales claramente pronunciadas (/a/ y /e/). A los doce meses es normal la pronunciación correcta de las primeras consonantes (/p/, /t/, /m/). Hacia el ***final del primer año*** aparecen las primeras palabras tomadas del lenguaje adulto. Este sucede gracias a la transición del gesto a la palabra y el acceso a la convencionalidad. Entre los ***dieciocho y veinte meses***, la destreza para emitir fonemas correctos está consolidada. Se pronuncian correctamente todas las vocales y algunos diptongos y se estabiliza la pronunciación de casi todas las consonantes, sí bien no siempre del modo correcto. El aprendizaje de la entonación progresa a lo largo de todo el segundo año. Por lo general, desde la ***mitad del segundo año*** es ya posible para el niño la combinación de dos palabras. En este momento aparecen también las primeras flexiones en los nombres (las distinciones de género y número) y en los verbos (primero la persona, más tarde los modos indicativo e imperativo y luego las flexiones de tiempo). Habitualmente, en los niños que ya los utilizan, los verbos irregulares sufren hiperregularizaciones (p.e.: rompido por roto), que en algunos casos durarán hasta los cinco o seis años. Aparecen los primeros usos de las preposiciones y los artículos, muchas veces formando parte de expresiones aprendidas como un todo indivisible. También, comenzará a usar los pronombres personales (yo/ tú) y los posesivos correspondientes, su naturaleza deíctica (esto es, señalando un referente presente) explica que al inicio los pronombres sean comprensibles solo dentro de la situación donde se usan, así como las confusiones en la referencia cambiante (ambos interlocutores usan yo para referirse a sí mismo y tú para referirse a otro), errores que desaparecerán antes de los tres años. ***De los 2 a los 4 años:*** Los contextos sociales y de experiencia se diversifican, generando nuevas y mayores oportunidades para la imitación. No obstante, el escenario primordial sigue siendo la familia, los hermanos son los primeros compañeros de juegos y los primeros interlocutores del mismo nivel. El niño se enfrenta a interlocutores nuevos, en contextos variados y realiza evidentes esfuerzos para mejorar la comprensibilidad de su habla. El léxico crece a un ritmo notable, duplicándose el vocabulario cada año. Empieza a usarse el pronombre de tercera persona, aunque su dominio y usos no estarán completos antes de los siete años. Los posesivos son comprendidos, si bien al producirlos los niños emplean más las construcciones de tipo “de + persona” (de ese, de mamá,..., en vez de decir suyo, por ejemplo).Hacia los dos años aparecen las primeras combinaciones de tres o cuatro elementos (palabras o flexiones), no siempre respetando el orden S-V-O. ***De los 4 a los 7 años:*** El acceso a la escuela implica nuevas experiencias, nuevas exigencias y nuevos modelos que el niño observa e imita activamente en frecuentes juegos de adopción de roles. La interacción con los iguales aporta un estímulo continuo para el desarrollo cognitivo. La diversificación de los contextos de habla incrementa las existencias de claridad y comprensibilidad de las producciones verbales. Aumenta el vocabulario tanto como la experiencia directa o indirecta y el significado de las palabras se enriquece. En los pronombres, la distinción del género es clara y consistente a los cinco años, desde los seis o siete, también lo es la del número. Mejora el uso de los tiempos y modos verbales, aunque siguen siendo frecuentes las incorrecciones en los condicionantes o los subjuntivos. La sintaxis se hace más compleja con la adquisición de los primeros usos de las subordinadas, las yuxtapuestas y las coordinadas, si bien los verbos no siempre se ajustan correctamente. Hacia el final de este período, la lectura y la escritura introduce al niño en una nueva dimensión del uso del lenguaje y de acceso a los conocimientos elaborados culturalmente.

Tabla 10. Evolución del Desarrollo del Lenguaje y la Comunicación en la infancia

II.4.4. DESARROLLO COGNITIVO: PENSAMIENTO PERCEPTO-MOTOR

El pensamiento del niño o la niña en estas edades depende de la percepción, y ésta a su vez, está condicionada por su capacidad de explorar y manipular la realidad, por su capacidad motriz. Por eso el desarrollo de inteligencia y pensamiento en el niño va unido a su desarrollo perceptivo y motor; sus pensamientos se forman a través de los estímulos que entran por los sentidos y mediante sus acciones motrices; es decir, lo que primero es acción se convierte en pensamiento. Es una inteligencia fundamentalmente práctica unida a lo sensorial y a la acción motriz.

Los seis enfoques que abordan el estudio del desarrollo cognoscitivo son: conductista, psicométrico, piagetiano, del procesamiento de la información, de las neurociencias cognoscitivas y contextual social. Los cuáles serán nombrados a continuación, citando a Nelson, Vaughan y McKay (1983 140):

1. Enfoque conductista: Perspectiva del estudio del desarrollo cognoscitivo que se ocupa de los mecanismos básicos del aprendizaje.
2. Enfoque psicométrico: Enfoque del estudio del desarrollo cognoscitivo que trata de medir la inteligencia de manera cuantitativa.
3. Enfoque piagetiano: Perspectiva del estudio del desarrollo cognoscitivo que describe las etapas cualitativas del funcionamiento cognoscitivo.
4. Enfoque del procesamiento de la información: Estudio del desarrollo cognoscitivo que hace hincapié en el análisis de los procesos de percepción y organización de la información.
5. Enfoque de las neurociencias cognoscitivas: Estudio del desarrollo cognoscitivo que se enfoca en la vinculación de los procesos cerebrales con los cognoscitivos.
6. Enfoque contextual social: Perspectiva del estudio del desarrollo cognoscitivo que se centra en las influencias ambientales, sobre todo en las que provienen de los padres y otros adultos.

Dentro del pensamiento perceptivo-motor vamos a centrarnos en el desarrollo cognitivo, objeto de este apartado y para ello, tomamos como principal referencia la obra de Piaget e Inhelder (1999) "*Psicología del niño*", según la cual, la conducta humana se organiza en esquemas de acción o de representación adquiridos, elaborados por el sujeto desde su experiencia individual. Estos esquemas pueden coordinarse en función de una meta intencional y formar estructuras de conocimiento de distinto nivel. La función que integra esas estructuras y su cambio es la inteligencia.

Piaget (1999) defiende que la inteligencia tiene dos funciones o aspectos, la organización y la adaptación, los cuales son interdependientes y permanecen invariables en el desarrollo de la inteligencia. Lo que cambia sistemáticamente son las estructuras intelectuales,

que son las formas concretas de organización del conocimiento: en cada momento del desarrollo el proceso adaptativo da lugar a una determinada forma de organización del conocimiento con características variables, en relación con otros momentos evolutivos de la persona. A las unidades estructurales las denomina esquemas. El desarrollo cognitivo es un proceso continuo de organización y reorganización de estructuras, de modo que cada nueva organización integra en sí misma la anterior. El curso total del desarrollo de la inteligencia y pensamiento queda de esta forma dividido en períodos, subperiodos y estadios.

Debemos a Piaget (1999) la primera y sistemática descripción del desarrollo de la inteligencia en los bebés; una inteligencia que él llamo *sensoriomotora*. Describía este proceso como un *bebé empieza su recorrido con un equipaje sencillo pero eficaz: unos cuantos reflejos innatos y una decidida vocación también innata por la adaptación y el equilibrio creciente en sus intercambios con el medio*".

En la etapa de Educación Infantil (0-6 años), el niño y la niña son eminentemente perceptivos. La percepción y la acción motriz son las notas más características de su conducta y de su quehacer psíquico. Estos dos aspectos, percepción y motricidad determinan y condicionan todos los procesos cognitivos del niño y la niña (Kaye, K. 1996).

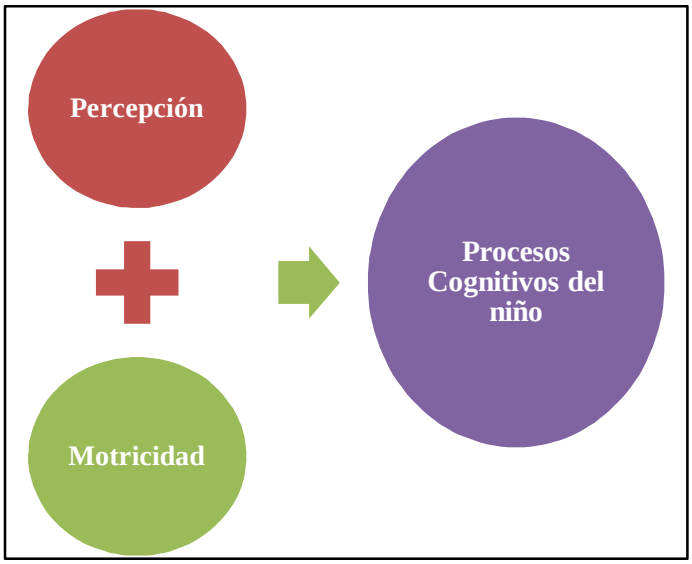


Figura 6. Condicionantes de los procesos cognitivos en la infancia (Kaye, K. 1996)

Para tener una visión completa de la teoría de Piaget al respecto, vamos a reproducir de forma esquemática la división de períodos y subperiodos del desarrollo de la inteligencia, haciendo especial hincapié en el periodo sensomotor y en el subperiodo preoperacional.

UNIDADES DEL DESARROLLO COGNITIVO		
PERIODOS	**ESTADIOS**	**CARACTERÍSITICAS**
SENSOMOTOR	**Ejercicios de esquemas sensomotores innatos (0-1 mes)**	***Adaptaciones innatas***. El niño nace con un conjunto de reflejos, que poco a poco, mediante la maduración y el aprendizaje va controlando voluntariamente. Actúa sobre el entorno y va construyendo su progreso con esa interacción.
	Reacciones circulares primarias (1-4 meses)	***Primeras adaptaciones adquiridas***. Se denominan reacciones circulares porque son acciones que al resultar al niño agradables se repiten continuamente y primarias porque se centran en el niño y no en su entorno. Al principio, el niño reacciona indiscriminadamente a todos los objetos, después selecciona los objetos, y sus reacciones son diferentes ante unos y otros. Poco a poco va haciendo una acomodación y asimilación de objetos.
	Reacciones circulares secundarias (4-8 meses)	***Coordinación de esquemas simples***. Se llaman secundarias porque son uniones de esquemas anteriormente desarrollados. Ej.: "mover el sonajero para oír el ruido". Se unen en el mismo esquema mover y escuchar. Parece que ya en este estadio los niños practican alguna búsqueda de objetos ausentes, pero esta búsqueda es de corta duración. En este estadio hace imitaciones intencionadas de movimientos y sonidos producidos por el modelo.
	Coordinación de los esquemas secundarios (8-12 meses)	***Inicio de la intencionalidad.*** El niño, para conseguir unos fines utiliza ya unos medios intencionados. Se perfilan las categorías de los estadios anteriores. Se da la permanencia del objeto: busca ya objetos desaparecidos u ocultos. Aparece la categoría de causalidad, comprendiendo la necesidad de intervenir él para que algo suceda: tirar de un hilo para coger algo. Imita acciones y sonidos nuevos, aunque sea con partes de su cuerpo que no ve (Ej. Tocarse la oreja, mover la lengua,...).
	Reacciones circulares terciarias (12-18 meses)	Se denominan terciarias porque el niño se ocupa de ***"experimentar"*** para descubrir nuevas propiedades de objetos y acontecimientos. El niño repite la misma conducta pero va introduciendo cada vez alguna variación y observa lo que pasa. La permanencia del objeto, la causalidad y la percepción del espacio y tiempo son superiores. Su imitación de los modelos que tiene delante es más precisa, imitando mucho más y de forma más deliberada.
	Intervención de nuevas combinaciones de esquemas mediante combinaciones mentales (18-24 meses)	Es una fase de ***transición hacia el subperíodopreoperacional***. Las exploraciones sensoriomotoras de estadios anteriores son sustituidas por una experimentación interna: sustituye la acción directa sobre los objetos por una acción simbólica que los contiene. De este modo comprende cómo tiene que actuar y actúa. Es decir, el niño empieza a reemplazar el tanteo sensoriomotor con combinaciones mentales que le dan inmediata solución a los problemas: comienza ser capaz de representar mentalmente el mundo exterior en imágenes, recuerdos, símbolos que puede combinar sin necesidad de más acciones físicas. Esta simbolización, aunque primitiva, empieza a marcar el fin del período sensoriomotor y el comienzo del preoperatorio. Debido a este proceso de interiorización de las percepciones, las categorías espaciales, temporales y la causalidad experimentan un gran desarrollo. El niño observando un efecto puede ya determinar cuál es su causa. Avanza también mucho su capacidad de ***imitación***. Es capaz de reproducir un modelo aunque no esté delante. La interiorización y simbolización se ve reflejada también en ***el juego***: son capaces de transformar cualquier objeto en otro y actuar como si fuera el que se han imaginado. Este acceso a la función simbólica es la culminación del desarrollo de la inteligencia en el período sensoriomotor.

OPERACIONES CONCRETAS	**Subperíodopreoperacional (2-7 años)**	En este período el pensamiento del niño va a pasar de la práctica a manejar la realidad a través de esquemas de acción simbólicos, internos, utilizando símbolos, imágenes,... Es un período representativo, simbólico y egocéntrico. Si la característica principal del período sonsomotor es la acción, la del siguiente período es la explicación; el niño elabora un sistema de símbolos que comunica a los demás, ayudado por el lenguaje que en esta etapa ha experimentado un desarrollo muy importante. En el período sensomotor, los hechos ausentes se representan mediante imitaciones manifiestas; ahora la representación se realiza sin ayuda sensorial, es una representación interior y oculta. Este subperíodo de representaciones preoperatorias se subdivide a su vez en dos estadios: a. ***Estadio preconceptual (2-4 años):*** Se caracteriza por razonamientos preconceptuales o transductivos: en vez de proceder de lo particular a lo general **(inducción),** o de lo general a lo particular **(deducción),** procede de lo particular a lo particular. Esta rigidez en el pensamiento se manifiesta en una total ausencia de la reversibilidad y de ordenación lógica. Centra su atención sobre un detalle de un hecho sin poder tener en cuenta otros detalles. Por tanto, está incapacitado aún para integrar una serie de estados en un todo coherente. A este tipo de razonamiento Piaget lo llama *"transductivo"*. b. ***Estadio intuitivo (4-7 años):*** En la etapa de pensamiento intuitivo, el niño se centra prioritariamente en unos datos perceptivos en detrimento de otros datos.Por ejemplo, ante la misma cantidad de agua de dos recipientes idénticos pasada a dos recipientes distintos, el niño/a nos dirá que hay más líquido en uno de ellos basándose en un dato perceptivo, la altura; al mismo tiempo nos dirá que en el otro hay menos agua en base a una sola dimensión perceptiva, la anchura. El niño, a medida que avanza en esta etapa, va alcanzando un progresivo grado de reversibilidad debido a la creciente coordinación de las relaciones representativas.

Tabla 11. Evolución del Desarrollo Cognitivo en la infancia

Los periodos y subperiodos, tal y como plantea Marti (2000), son escalas de edades aproximadas. En cualquiera de ellos puede encontrarse también manifestaciones de otros períodos y en cada niño o niña puede adelantarse o retrasarse. Lo importante es que en cada niño o niña se da la misma secuencia de desarrollo.

Como no podía ser de otra manera, no todos los autores, ni todos los estudios actuales están de acuerdo con la teoría de Piaget. Una de las críticas más importantes es la que plantea serias dudas respecto a la posibilidad de definir proceso de periodos y la secuencia de los mismos. Bower (1999) encontró que el desarrollo cognitivo no se manifiesta siempre en la misma secuencia ordenada que describe Piaget, más bien, ciertas habilidades aparecen en una edad, luego desaparecen y se reemplazan más tarde.

A pesar de esto, numerosos estudios parecen confirmar la secuencia de las adquisiciones por subestadios, siguiendo, en general, la teoría de Piaget.

Otro de los aspectos a tener en cuenta, es que la velocidad en los periodos puede variar. Se han observado pequeñas diferencias individuales e interculturales en el desarrollo de la cronología de las distintas adquisiciones. Por tanto, está demostrado, según señalan Luque y Palacios (2003), que no sólo intervienen en el proceso del desarrollo cognitivo los factores biológicos y la secuencia madurativa, sino que también hay que tener en cuenta otros factores tan relevantes como pueden ser: las técnicas de crianza, el entorno sociocultural, la estimulación sensorial, social y afectiva,... Debido a la intervención de estos factores, el calendario cronológico de Piaget no se cumple en todos los casos. En unos niños o niñas se adelanta y en otros se atrasa.

Una vez abordados los aspectos generales del desarrollo evolutivo entre los 0 y los 6 años de edad, debemos realizar un breve pero importante análisis del papel de la familia, entendida en su concepción más amplia, en el desarrollo del niño o niña y de la gran influencia que puede ejercer en la propia evolución de los más pequeños.

II.5. MODELO DE PARTICIPACIÓN DE LA FAMILIA DURANTE LA ETAPA

La familia, en el sentido más amplio de su concepción, constituye el primer núcleo social con el que toma contacto una persona desde el mismo momento del nacimiento. En los primeros años de la vida, esta institución será de importancia capital tanto en el crecimiento global del niño o la niña corno en su posterior ingreso, primero en la escuela y luego en la sociedad, pues con su influencia, estilo educativo, roles parentales, etc., sentará las bases del desarrollo afectivo, personal, social, emotivo e intelectual del individuo.

II.5.1. LA FAMILIA: INSTITUCIÓN SOCIAL

La familia, considerada una institución social de primer orden, es la encargada de transmitir a la nueva generación los valores y normas de la cultura a que pertenece. Pero las sociedades no son estáticas, y los valores por los que se rigen los comportamientos de sus individuos e instituciones han ido variando a través del tiempo. Estos cambios, aunque en menor medida que a los grupos secundarios, han afectado también a la familia y a sus funciones respecto a los hijos e hijas.

No existen datos sobre la función educativa de la familia en sus orígenes, no obstante, observando a las sociedades primitivas que sobreviven en la actualidad, parece lógico pensar que sus funciones iban más allá de la atención a las necesidades fisiológicas: alimentación, sueño, higiene; y de proporcionar protección a las crías hasta su madurez e independencia.

Por ello, Cabrerizo y Pacheco (2000), consideran que es un error pensar que desde entonces la evolución de la familia es un proceso lineal que culmina en la familia nuclear actual. En primer lugar, existen muchos tipos de familia conviviendo en la actualidad y por tanto muchos procesos evolutivos. En segundo lugar, los hijos e hijas no siempre se han valorado como en la actualidad ni se les ha prestado la misma consideración y cuidados. A lo largo de la historia han existido diferentes modelos de crianza que obedecían a las necesidades y objetivos de las distintas sociedades, y así encontramos el infanticidio, el abandono, la ambivalencia, la intrusión, la socialización o la ayuda, como modelos socialmente aceptados a lo largo de la historia de las civilizaciones.

No obstante, la familia, a diferencia de otras instituciones sociales, ha perdurado en el tiempo, y muy posiblemente, no desaparezca nunca, pues satisface determinadas funciones de la persona que jamás podría realizar ninguna otra institución. Entre esas funciones insustituibles está la afectiva, en la que el sujeto encuentra apoyo, afecto, estabilidad emocional, identidad personal... Dentro de la función afectiva se halla la función educadora, que es múltiple y de vital importancia. Abarca aspectos fundamentales del individuo y se desarrolla en momentos críticos, de forma que si la familia no ejerciera esta función, ninguna otra institución sería capaz de hacerlo, precisamente por las características peculiares que presenta la familia frente a otros grupos sociales.

Los diferentes autores que han realizado estudios sobre la familia como institución social, tienden a reconocer, al menos, cuatro funciones o responsabilidades principales relacionadas con los hijos e hijas, tal y como se recoge en Cuadernos de Pedagogía (VV.AA., 2000):

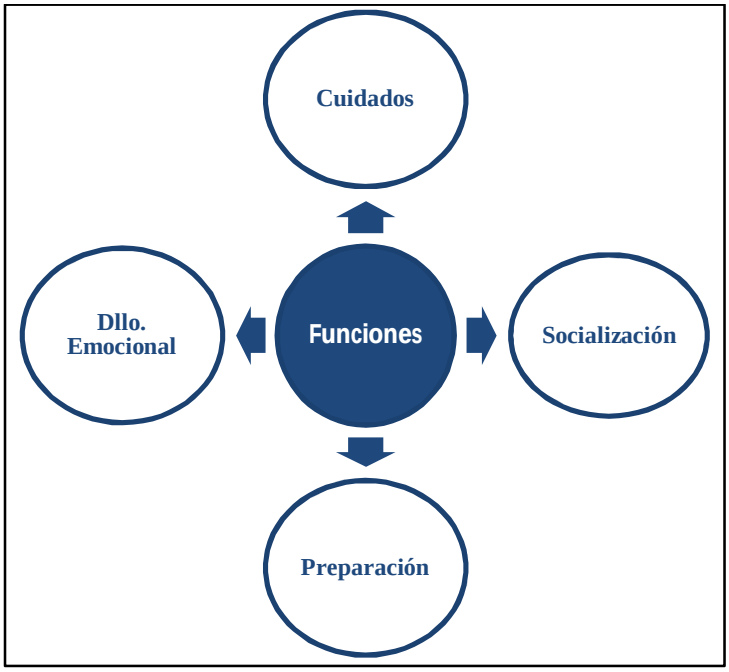


Figura 7. Funciones/ responsabilidades que cumple la familia con los hijos e hijas (VV.AA, 2000)

1) En primer lugar, las familias deben proporcionar cuidados, sustento y protección a su prole. Estas funciones comienzan antes del nacimiento en forma de nutrición, cuidados médicos prenatales y preparación socioeconómica para recibir al niño o niña como nuevo miembro de la familia. Cuando esta función de orientación física no la puede garantizar la propia familia, la sociedad tiene la obligación de ofrecerla mediante diversos programas de bienestar infantil y familiar.
2) La segunda función importante de la familia es la socialización del niño o niña en relación a los valores y roles adoptados por la familia. Se espera que los conceptos de derechos y responsabilidades, las normas culturales y otras contribuciones sean transmitidas desde la sociedad a sus ciudadanos más jóvenes por medio de la familia y la escuela. Se da por supuesto que las actitudes y las conductas de los niños y niñas reflejan este proceso en gran medida cuando los jóvenes llegan a la madurez. Cuando se producen conflictos, entre la familia y la sociedad en el ámbito de los valores, la socialización de los niños y niñas puede ser confusa y, en ocasiones, conduce a problemas de ajuste a largo plazo.
3) Una tercera función familiar es respaldar y controlar el desarrollo del niño o niña como alumno y ofrecerle preparación para la escolarización. Los padres ayudan a sus hijos e hijas a adquirir durante la primera infancia, una gran variedad de aptitudes/actitudes, capacidades y conocimientos. Los padres y madres informan y guían a sus hijos e hijas durante bastantes años y, aunque la naturaleza del aprendizaje varían con cada etapa, la familia puede contribuir al desarrollo de los hijos e hijas a lo largo de esta amplia continuidad educativa.

4) La cuarta función de la familia que es de indudable importancia para los hijos e hijas es la de apoyo facilitado al crecimiento en el camino de conseguir ser una persona emocional y afectivamente sana. Las sociedades dependen de ciudadanos mentalmente sanos.

La propia Junta de Andalucía, haciéndose eco de las últimas investigaciones sobre la familia como institución, así como recociendo que la familia juega un papel muy importante en la sociedad andaluza, articula un marco normativo para proporcionar cobertura legal a las familias andaluzas mediante la publicación del Decreto 137/2002, de 30 de abril, de apoyo a las familias andaluzas, el cual se ha ido modificando, revisando y ampliando anualmente, a través de sucesivos Decretos hasta la publicación del Decreto 59/2009, de 10 de marzo.

En la actualidad, nadie puede negar que la familia haya experimentado en los últimos años numerosos cambios que han provocado fuertes modificaciones en las estructuras familiares y en las relaciones en sí mismas. De este modo, ha cambiado la relación entre padres/ madres e hijos e hijas; ha aumentado el número de hogares, pero disminuyendo el número de personas por hogar; se ha incrementado el número de personas que viven solas y también el de las familias monoparentales... Sin embargo, las familias continúan siendo la primera expresión de solidaridad que percibe todo ser humano, constituyen el ejemplo más básico de organización social existente, y por ello merecen la máxima valoración social y el más importante y directo apoyo por parte de la Instituciones Públicas.

> *"La inmensa mayoría de los andaluces valora la familia por encima de cualquier otra institución. Por ello, los cambios en las estructuras familiares definidos anteriormente no son debidos a disfunciones de la sociedad, sino a una transformación de la misma."* (Decreto 137/2002, de 30 de abril)

Son esos sentimientos y esos afectos pilares básicos del desarrollo humano. Los lazos de confianza, afecto y solidaridad existente entre los miembros de una familia es un auténtico capital social, que establece la base del posterior capital humano y profesional de las personas. Por ello, todos sus miembros deben compartir de forma justa, solidaria e igualitaria derechos, obligaciones y, por tanto, responsabilidades.

Por todo lo cual, resulta imprescindible realizar un análisis de la función educativa que ha de cumplir la familia y de su repercusión en los hijos e hijas, especialmente en los primeros años de vida.

II.5.2. DIMENSIÓN EDUCATIVA DE LA FAMILIA COMO INSTITUCIÓN SOCIAL

Según Quintana (1989), desde el contexto familiar y desde las características propias de la comunidad en la que se está inserta, la familia es desde donde los sujetos comienzan su proceso configurativo-educativo. La familia como agencia educativa constituye una estructura

operativa que actúa, como mecanismo de intervención en cuanto que genera estímulos, propicia situaciones de puesta en práctica de los aprendizajes, ofrece una normativa específica, proporciona modelos de actuación, conocimientos (sobre todo aprendizajes de sobrevivencia) y también modos de valorar la realidad. Las características de la actuación educativa familiar pueden concretarse básicamente en las siguientes:

a. La propositividad, se educa a los hijos e hijas de acuerdo a unos patrones-modelos tenidos por valiosos.
b. Atécnica, la educación familiar no está regida por criterios científicos.
c. Asistemática, ya que transmite los contenidos (información, normas, modelos, etc.) sin criterios preestablecidos (lógico, científico, de dificultad psicológica).
d. Los medios utilizados son: la comunicación, el valor del "ejemplo", modelos a imitar, el uso intensivo de refuerzos (premios y castigos) y disciplina (sistema de normas específicas).
e. Las caracterizaciones, en cuanto a su eficiencia, dependen de la propia configuración familiar, la cual viene condicionada por:

    - La índole de sus relaciones (armonía, actitud ante la educación...).
    - La preparación, de los padres para la función educativa.
    - El ambiente familiar (cantidad y calidad de estímulos disponibles para proporcionar el desarrollo "vital" de los hijos).

La dimensión educativa de la familia se traduce a demás, en una serie de contenidos específicos de la acción educativa familiar, recogidos en la obra de Cunnigham y Davis (1988), que son los siguientes:

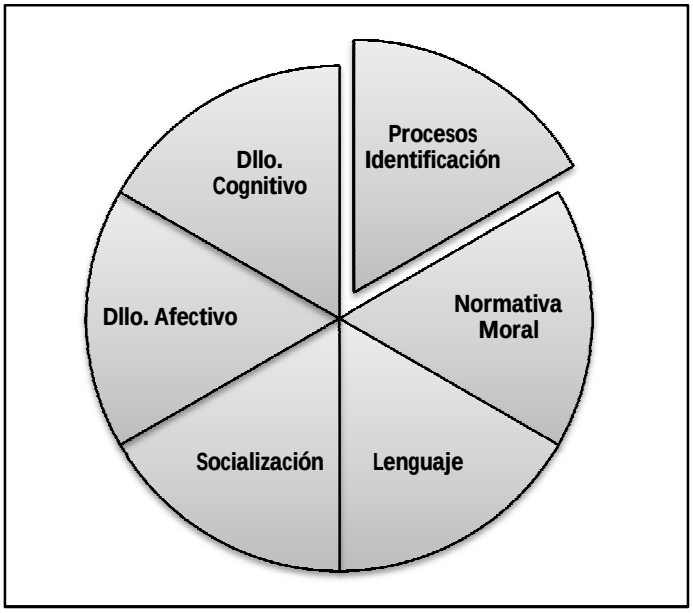


Figura 7. Contenidos específicos de la acción educativa familiar (Cunnigham y Davis, 1988)

- Los procesos de identificación, que integran los de autoconcepto, aceptación, identificación sexual, e integración (pertenencia a un grupo y un contexto físico y social determinado).
- La normativa moral, la acción educativa familiar consiste en favorecer el paso de la moral orientada por el castigo y obediencia a la moral orientada por principios éticos universales (Koghlberg, 1982). Los padres y madres pueden promover en los hijos e hijas la formación de estructuras morales inestables y éticamente frágiles, o sólidas y capaces de ulteriores progresos (Galli, 1976).
- La adquisición del lenguaje, el niño adquiere el lenguaje en interacción con los que les rodean, principalmente con los miembros de la familia y donde la madre o su sustituto ocupa un lugar preferente. Siguiendo a Turner (1981), la mayor influencia de los padres y madres se da en el campo de factores sociológicamente más importantes, el campo de los "significados" que el niño quiere expresar más que en los factores lingüísticamente más importantes.
- La socialización, la familia es el primer agente socializador y educativo porque promueve la transmisión cultural y mantiene el control social.
- El desarrollo afectivo, la familia ofrece la necesidad de seguridad afectiva, es decir, que el hijo se sienta unido a las personas con quien convive y estima para que se desarrolle normalmente centrado, integrado y feliz.
- El desarrollo cognitivo, este desarrollo es el resultado de una interacción completa de factores, en los cuales la familia tiene una importancia capital.

No obstante, partiendo de la convicción de la importancia que la familia tiene como institución educativa, ésta no puede por sí sola cumplir o atender a todas las funciones educativas y culturales que la compleja y cambiante sociedad actual requiere, debido a:

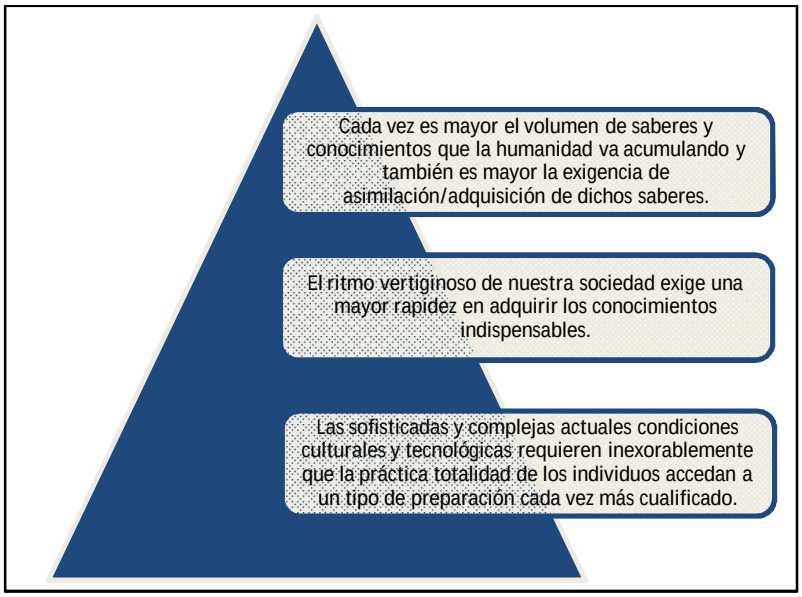


Figura 9. Razones por las que la familia no puede ser la única institución educativa

Todo lo anterior conlleva unas exigencias de mayor calidad y profundidad en la formación de los individuos y que sólo puede recibirse en instituciones específicas y formalmente creadas para esta finalidad. Estas instituciones específicas se convierten así en delegaciones de las familias para formar a los futuros ciudadanos, mediante la transmisión del acervo cultural y social acumulados.

Esta delegación familiar no debe suponer dejación sino complementación y coordinación entre ambas instituciones: familia y escuela. La importancia de la función educativa de la familia, basada en la convivencia e interacción padres/madres-hijos, están siendo progresivamente valoradas. La educación familiar juega un papel determinante en el proceso evolutivo del niño, ya que éste no tiene lugar en un vacío cultural, sino dentro de unas coordenadas espacio-temporales y culturales.

Debemos por tanto, profundizar en las relaciones que han de establecerse entre familia y escuela para favorecer la educación/ formación de los niños y niñas.

II.5.3. RELACIONES ENTRE FAMILIA Y ESCUELA

Cuando el niño o niña menor de 6 años se escolariza en la etapa de Educación Infantil, lo que en él se pretende es compartir con la familia la labor educativa, completando y ampliando las experiencias formativas del desarrollo. No se concibe una educación infantil operativa, eficaz, si no existe una confluencia de objetivos familia-centro y de estrategias para llevarlo a cabo en esta etapa. Para que esta labor se realice correctamente, la comunicación y coordinación entre los padres/madres y los educadores es de la mayor importancia. Por este motivo, una de las tareas que competen al profesor y al equipo educativo del que forma parte, consiste en consensuar y determinar los cauces y formas de participación de los padres y madres en el centro de educación infantil. Los distintos modos en los que tal participación puede concretarse, tal y como plantea De Gregorio (1990), suelen agruparse en individuales y colectivos.

En la participación individual, familias y educadores tratan de guiar y facilitar primero la incorporación y luego una adecuada adaptación del niño al centro. En un primer contacto, generalmente en la entrevista inicial, padres y educadores sentarán las bases de la futura relación: se conocerán y establecerán un clima de confianza mutua indispensable para que la comunicación entre ellos resulte fluida. Además, los educadores tendrán las primeras referencias del niño al que van a recibir: recabarán datos, opiniones, comentarios que servirán para orientar mejor el proceso. Los padres/madres, a su vez, conocerán el centro, su espacio físico, los recursos disponibles, las necesidades y obligaciones que se derivan del proyecto educativo.

En posteriores contactos se analiza la evolución del niño o niña en todos los aspectos, se comentarán y evaluarán las nuevas adquisiciones, las dificultades y los progresos. En este

sentido, el intercambio de puntos de vista y la evaluación conjunta y razonada del proceso, proporcionarán nuevos elementos que permitan modificarlo, reducirlo o perfilarlo.

Se insiste, con razón, en la importancia de que los niños y niñas encuentren en el centro de educación infantil un entorno en el que se sientan seguros y confiados. Pero es también importante que los padres/madres sientan esa seguridad y confianza respecto al centro al que los niños asisten. Para que ello sea posible, los padres y madres deben percibir que sus hijos son objeto de atención y observación particular por parte de los educadores. Cuando estos comentan con los padres/madres los progresos del niño, sus adquisiciones, sus actividades preferidas, etc, les transmiten la seguridad de que su hijo está siendo adecuadamente educado y estimulado. Cuando intercambian con ellos información, por ejemplo, sobre las comidas del bebé o sobre cómo ha dormido, les transmiten la seguridad de que su hijo está siendo cuidado adecuadamente. Por otro lado, cuando los padres/madres informan a los educadores de la situación del niño en un momento determinado, de alguna necesidad específica que debe ser satisfecha, o de algún aspecto concreto que deba ser tenido en cuenta, están permitiendo a los educadores conocer mejor al niño y, por tanto, organizar mejor su trabajo educativo.

Además de este continuo contacto, los padres y madres podrán poner a disposición del centro su experiencia en muy diversos terrenos: realizar actividades con los niños, organizar talleres o participar en tareas de organización del centro: infraestructura, equipamientos, admisión de nuevos alumnos/as, etc. Conviene, sin embargo, que esa participación esté convenientemente organizada, de forma que no constituya en ningún caso un entorpecimiento a la labor educativa. Lo importante es que la presencia de los padres y madres no pueda asimilarse a un episodio puramente anecdótico y formal, y que de ella deriven beneficios para el proceso de desarrollo y educación del niño o niña.

Otra forma de participar la constituyen las reuniones generales de padres y madres, y algunas actividades de centro. A través de las primeras, los padres/madres van conociendo no sólo la evolución de su hijo o hija, sino la del grupo en que se encuentra inmerso, favoreciéndose de esta forma una visión menos centrada, más amplia y global. Mediante el segundo tipo de actividades (ya se trate de fiestas organizadas, grupos de trabajo y de discusión), se favorece el necesario contacto y la adopción de posturas comunes entre los contextos de desarrollo más importantes en la vida de los niños de las primeras edades.

Estos planteamientos teóricos, fundamentados en disciplinas como la pedagogía, la psicología o la sociología, son asumidos en gran medida por las Administraciones públicas cuando han de regular aspectos como la participación de los padres/madres en los centros docentes. En este sentido, podemos destacar que la Ley 2/2006, de 3 de mayo, de Educación en su texto consolidado, tras las modificaciones realizadas por la Ley 8/2013, para la mejora de la calidad educativa, establece en su preámbulo respecto a la relación de los padres/madres con sus hijos e hijas, los siguientes aspectos:

> *"Las familias habrán de colaborar estrechamente y deberán comprometerse con el trabajo cotidiano de sus hijos y con la vida de los centros docentes".*

> *"La participación de la comunidad educativa y el esfuerzo compartido que debe realizar el alumnado, las familias, el profesorado, los centros, las Administraciones, las instituciones y la sociedad en su conjunto constituyen el complemento necesario para asegurar una educación de calidad con equidad".*

Por su parte, la Ley 17/2007, de 10 de diciembre de educación en Andalucía (en adelante, LEA), dedica su Cap. IV a definir los cauces de participación de las familias en los centros educativos y en el proceso educativo de sus hijos e hijas.

> *"Los padres y las madres o tutores legales, como principales responsables que son de la educación de sus hijos e hijas o pupilos, tienen la obligación de colaborar con los centros docentes y con el profesorado, especialmente durante la educación infantil y la enseñanza básica".*

El Decreto 59/2009, de 10 de marzo, por el que se modifica el Decreto 137/2002, de 30 de abril, de apoyo a las familias andaluzas, y el Decreto 18/2003, de 4 de febrero, de ampliación de las medidas de apoyo a las familias andaluzas. ha establecido un conjunto de medidas que afectaban a ámbitos muy diversos de la sociedad, a saber, empleo, educación, vivienda, servicios sociales, innovación y salud, y que, en último término, pretendían apoyar a las familias andaluzas desde una perspectiva integral.

Este Decreto incide, de manera exclusiva, en uno de los ámbitos más decisivos del bienestar de esas familias, el ámbito educativo; en el marco de la legislación vigente en dicha materia, de la que forma parte el artículo 12 de la Ley Orgánica 2/2006, de 3 de mayo, de Educación, que ha configurado la Educación Infantil como una etapa educativa con identidad propia.

Por su parte, la Orden de 3 de agosto de 2010, por la que se regulan los servicios complementarios de la enseñanza de aula matinal, comedor escolar y actividades extraescolares en los centros docentes públicos, así como la ampliación de horario, persigue que los centros docentes, más allá del horario lectivo, sean capaces de ofrecer a su alumnado y a las familias una oferta de jornada escolar completa, de forma que encuentren en sus centros las actividades que necesitan para completar su formación y para utilizar de una manera educativa y provechosa su tiempo libre. Las modificaciones introducidas en las medidas de apoyo a las familias andaluzas y la experiencia acumulada en estos años en los que se ha producido un incremento notable en el número de centros docentes públicos que ofertan servicios complementarios de la enseñanza,

No obstante, si en cualquier etapa educativa la colaboración y participación de los padres/madres con el centro docente donde se escolarizan sus hijos e hijas es importante, nos atreveríamos a afirmar sin temor a equivocarnos que más que en cualquier otra etapa, se hace imprescindible asegurar la participación de los padres/madres en la labor educativa durante los dos ciclos de los que se compone la etapa de Educación Infantil. Tal participación puede establecerse en dos niveles:

a) En primer lugar la colaboración con los padres y madres debe garantizarse, a través de las fórmulas adecuadas, en el proceso de identificación y valoración de las necesidades y en la determinación de los servicios y medidas de carácter específico que sea necesario proveer. Ya se ha señalado que los padres/madres son una fuente irrenunciable de información y que ésta debe trascender las generalidades (en general, muy poco relevantes) contempladas en muchos de los cuestionarios e historias clínicas de uso común en la actualidad, para centrarse en detalle en el proceso de desarrollo y en la dinámica de las interacciones, por lo cual el educador debe preparar muy bien la entrevista para recibir la información que le interesa.
b) En segundo lugar, son evidentes las necesidades particulares de las familias con hijos e hijas con trastornos en el desarrollo o con riesgo de padecerlos y la importancia de su colaboración, en casa, en la adquisición de determinados objetivos y habilidades por parte de los niños y las niñas. Son suficientemente conocidos los efectos positivos en el desarrollo cuando se logra dicha colaboración entre las familias y el centro en una amplia gama de objetivos educativos complementarios a los más propiamente escolares. En consecuencia, el centro de Educación Infantil debe incorporar y desarrollar programas de asesoramiento y trabajo coordinado entre los padres/ madres y los profesionales que trabajan con su hijo.

Bronfenbrenner (1985), expone tres grandes campos de colaboración entre padres/madres y profesorado, según recoge Rodríguez de la Mota (1991):

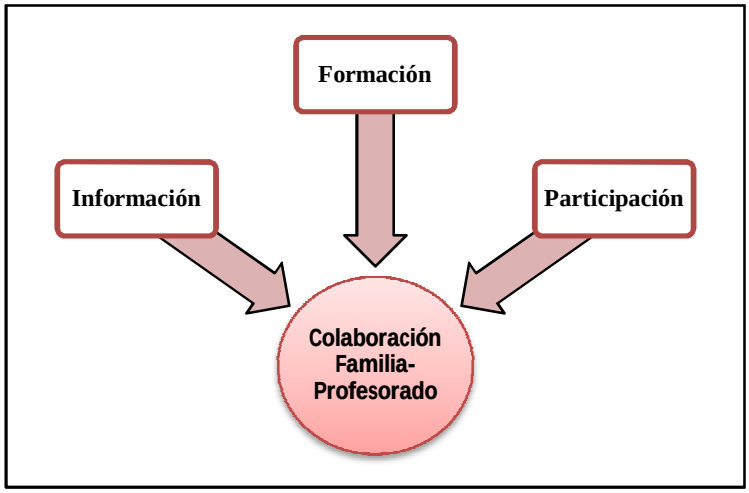


Figura 10. Grandes campos de colaboración padres/madres y profesorado (Bronfenbrenner, 1985)

INFORMACIÓN	Es evidente la necesidad que tiene el profesor de información sobre el contexto en que se desenvuelve el alumno, así como de las características del mismo niño. Información que, por otra parte, es generalmente ofrecida por los padres/madres por propia iniciativa. Sin embargo, no suele ocurrir lo mismo cuando analizamos la transmisión de información de los profesores hacia los padres/madres, en la que suelen encontrar ciertas deficiencias. Todo ello lleva a la necesidad de plantear unas bases sobre las que desarrollar este campo de colaboración: - Conceptualización de la transmisión de la información como un proceso bidireccional. - Los contenidos de la información girarán alrededor de aquellos puntos que permitan mejorar la práctica educativa y, como consecuencia, el bienestar personal y profesional del profesorado y padres/ madres. - Para lograr estos propósitos, la información habrá de ser veraz, exacta, suficiente y transmitida de forma adecuada, eliminando posibles barreras e incomprensiones. - Por último, habría que transmitir información positiva y constructiva, en vez de predominar la negativa. Para la consecución de estas metas deberían planificarse aquellas actuaciones que permitan cumplir esta función comunicativa de manera adecuada.
FORMACIÓN	La problemática de los niños y niñas con NEAE lleva muy frecuentemente a sus padres/madres a ampliar sus conocimientos sobre la temática concreta que les afecta. Esta circunstancia constituye un campo de colaboración privilegiado, ya que los padres/madres acuden principalmente a los profesores para aumentar su formación. Son distintas instancias las que pueden tomar la iniciativa en la formación de los padres y madres: la propia escuela, un grupo de padres/madres, una A.M.P.A. o algún profesional o servicio que trabaje de apoyo en esa escuela. Sin embargo, las iniciativas que se toman para aumentar la formación de los padres/madres se encuentran con problemas que hay que superar. Entre los obstáculos que se presentan habitualmente está el papel de experto que suelen adoptar los profesores,, lo que promueve un rol pasivo en los padres/madres y favorece el distanciamiento entre la práctica educativa de las familias y la teoría expuesta. A este problema se une el que los modelos formativos que se suelen utilizar no desarrollan habilidades o competencias de manejo de las necesidades, quedándose habitualmente en un nivel expositivo o descriptivo. Cuando estos problemas no se resuelven de modo adecuado, el rendimiento de las actividades formativas con padres y madres se resiente.
PARTICIPACIÓN EN PROGRAMAS Y ACTIVIDADES EDUCATIVAS	Profesorado y padres/madres se encuentran que en numerosas ocasiones han de colaborar activamente en determinadas actuaciones educativas que se están realizando o se tienen programadas. Podemos señalar a este respecto tres posibles situaciones de colaboración en este campo, según se indica en las publicaciones técnicas del Centro Nacional de Recursos para la Educación Especial (1991): - El profesor trabaja ciertos contenidos curriculares en el aula-centro y los padres/madres los afianzan y generalizan en el contexto familiar. - El profesor establece con los padres/madres una intervención. Esta actividad exige planificar juntos, hacer actividades en común y valorar los resultados y dificultades que vayan apareciendo en el contexto escolar y familiar para encontrar alternativas. - Ciertos contenidos curriculares los desarrollan los padres/madres bajo la orientación y supervisión de los profesores. Podemos determinar a priori algunas claves que guíen las posibles colaboraciones más directamente curriculares entre profesorado y padres/madres (Rodríguez de la Mota, 1991): a) En primer lugar, la colaboración que se establezca debe ser planificada cuidadosamente. b) En segundo lugar, hay que ser realistas con las exigencias de colaboración que se le plantean a cada familia. c) En tercer lugar, y en el caso de las familias más deterioradas se atenderá prioritariamente a que los problemas del ámbito familiar afecten lo menos posible al niño o niña. d) En cualquier caso, debe combatirse el tópico de que los problemas esenciales de los alumnos radican en las características de sus familias y, por tanto, no hay nada verdaderamente eficaz que la escuela pueda hacer.

Tabla 12. Grandes campos de colaboración padres/madres y profesorado (Bronfenbrenner, 1985)

II.5.4. FAMILIA Y ATENCIÓN INFANTIL TEMPRANA

El Libro Blanco de la Atención Temprana (GAT, 2000) es el documento oficial de mayor rango que en nuestro país sintetiza las líneas generales de actuación en la disciplina. Ya en él se plantea la necesidad de que los servicios de AIT atiendan las necesidades del niño o niña, su familia y su entorno. De hecho, tanto en él como en documentos posteriores de la Federación Estatal de Asociaciones de Profesionales de Atención Temprana (por ejemplo GAT, 2005), se insiste en la necesidad de potenciar el trabajo en el entorno natural del niño o niña y fomentar la competencia de las personas presentes en esos entornos.

Es evidente, como ya hemos mencionado, que la familia juega un papel fundamental al ser el contexto en el que las niñas y los niños establecen sus primeros vínculos afectivos, en donde aprenden las primeras cosas y en donde el mundo comienza a cobrar sentido. Sin embargo, como señala Millá (2005), dada la edad y las características de la población atendida en atención infantil temprana, la medición y el análisis de la calidad de vida, tanto del niño como de la familia, es una tarea muy compleja, afectada siempre por factores como la multidimensionalidad de los aspectos que comprenden el desarrollo infantil y la subjetividad de la percepción de la calidad de vida que tienen las familias implicadas. Un ejemplo claro lo encontramos en la tendencia, de las familias con niños/niñas con necesidades de AIT, de considerar siempre que sería mejor un mayor número de sesiones de tratamiento; algo que suele estar enfrentado a un criterio de calidad técnica que tiende a limitar el número de esas sesiones.

En este sentido, como recogen Millán y Mulas (2005), el desarrollo de líneas de investigación sobre la eficacia de los programas de intervención con el niño o niña y la propia familia, está prácticamente asegurado en un futuro a corto y medio plazo. Futuro en el cual se va a ir imponiendo, necesariamente, la "cultura de la calidad". Dentro de ella, demostrar la eficacia de los distintos programas de intervención será siempre un índice más de calidad. A la vez, esa misma cultura de la calidad habrá de matizar lo que entendemos por eficacia, obligándonos a incorporar nuevas dimensiones para su evaluación, así como las distintas perspectivas de satisfacción del cliente en los futuros estudios tendentes a demostrar la eficacia de la intervención.

La familia, sus circunstancias socio-económicas, culturales,…su propia dinámica familiar, su contexto,...son temáticas que han sido objeto de multitud de estudios e investigaciones. En concreto, han tenido en los últimos años un desarrollo muy específico en el campo de la AIT. En este sentido, la Federación Estatal de Asociaciones de Profesionales de Atención Temprana (GAT) defiende que la familia es un sistema donde todos los miembros están interrelacionados y se influyen mutuamente, por lo tanto, la atención temprana tiene que dar respuesta a dicho sistema en su globalidad teniendo en cuenta el conjunto complejo de relaciones que determinan de algún modo el desarrollo del niño-familia como la de su contexto.

De este modo, autores como García-Sánchez, Escorcia, Sánchez-Lopez (2014) consideran que:

- Los padres y madres son los principales responsables del desarrollo y la educación del niño, son los que mejor le conocen.
- La familia pasa la mayor parte del tiempo con el niño y permanecen a su lado a lo largo de su vida.
- Establecen los vínculos afectivos más estables que sirven de motor del desarrollo.
- La familia potencia la generalización de los aprendizajes de unos contextos a otros.
- Construye el ámbito estimular donde el niño se desenvuelve, eligen los objetos con los que juega, el ambiente físico y sobe todo el clima emocional.

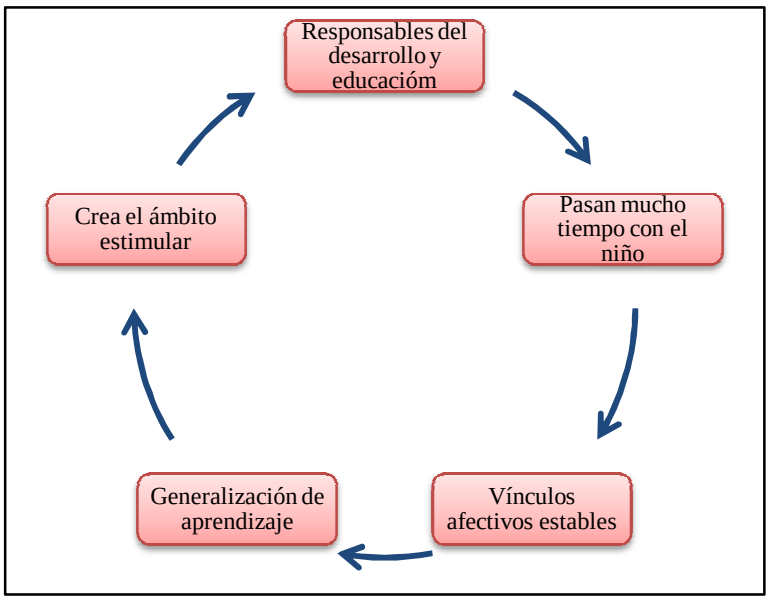


Figura 11. Grandes potencialidades de la familia

Sin embargo, esta concepción no siempre ha sido asumida de esta forma, por lo que autores como Espe-Sherwindt (2008) se plantean cómo podemos distinguir, en atención temprana, entre el enfoque de servicio centrado en la familia de otras formas de llevar a cabo la práctica. Especialmente cuando las prácticas de los profesionales pueden ser descritas a lo largo de un continuo, desde un enfoque plenamente centrado en el profesional, hasta el enfoque centrado en la familia.

Existe un consenso generalizado al identificar al menos tres etapas o modelos en la atención que los profesionales han ofrecido a las familias (Peterander, 2000; Turnbull, 2003). En primer lugar, el modelo psicoterapéutico; se consideraba el nacimiento del hijo o hija con problemas como una trágica crisis que podría ayudarse a solucionar a través de la psicoterapia a los padres y madres. En segundo lugar, el modelo de formación de padres/madres, en el que se asumía que éstos debían aprender un conjunto de habilidades para trabajar en casa bajo la orientación y control del profesional; los padres y las madres eran considerados como

complemento necesario del quehacer profesional. Por último, el modelo de colaboración con los padres/madres, que establece una clara ruptura conceptual con los anteriores y que apunta la dirección a seguir en el futuro. Si se presta atención a la realidad de los servicios puede observarse cómo perviven algunos de los elementos propios de los distintos modelos en las prácticas actuales, conformando escenarios profesionales plurales en los que muy a menudo pueden apreciarse tanto visiones más propias del pasado como importantes contradicciones entre el discurso y la práctica, así como claros indicios de cambio (Giné, C., Gràcia, M., Vilaseca, R. y Barcells, A., 2009).

Así, autores como Dunst, Johanson, Trivette y Hamby (1991) y Espe-Sherwindt (2008) proponen que podríamos hablar de:

a) Modelo centrado en el profesional: donde los profesionales se consideran y son vistos como los expertos que determinan lo que necesita el niño y la familia, así como la mejor forma de satisfacer esas necesidades. Se espera que las familias confíen en el profesional, que es quien toma las decisiones y organiza las soluciones a los problemas que él, como experto, detecta. Obviamente, este modelo lleva a una dependencia de la familia hacia el profesional, e incluso puede invitar a que la familia busque a otros profesionales "más expertos" que los que ahora mismo atienden a su hijo.
b) Modelo Familia-aliada: los profesionales ven a las familias capaces de poner en práctica la intervención. Pero las necesidades del niño y de la familia, así como la intervención a realizar, continúan siendo identificadas por los profesionales. Lo cual sigue llevando a una dependencia del profesional "experto", que da las orientaciones pertinentes aunque no haga mayores esfuerzos para facilitar y asegurar su seguimiento. Por otro lado, este modelo puede llevar a las familias a convertirse en co-terapeutas o pseudo-profesionales, que intentan repetir en casa la intervención rehabilitadora que haría un profesional.
c) Modelo enfocado a la familia: los profesionales consideran a las familias como consumidores que, con asistencia, pueden elegir entre las diversas opciones. Pero una vez más estas opciones son identificadas y presentadas a la familia por los profesionales "expertos". Se quiere potenciar que las familias puedan elegir y, con ello, experimenten cierta independencia del profesional. Pero quizá el objetivo no pasa de ahí y por ello el profesional aún no se plantea la posibilidad de explorar las competencias propias de la familia, ni la necesidad de apoyarla en su desarrollo, ni en valorar lo que se necesita para conseguirlo.
d) Modelo centrado en la familia: los profesionales consideran a las familias como socios iguales; como colaboradores necesarios en una empresa común, que es facilitar y mejorar las posibilidades de desarrollo del niño. La intervención es individualizada, flexible y sensible a las necesidades de cada niño y de su familia. La identificación de esas necesidades se realiza con ayuda de la propia familia. La intervención se centra en fortalecer y apoyar el funcionamiento familiar, especialmente en lo que se refiere a

generar oportunidades de aprendizaje para el niño contextualmente mediadas, cuidando que las familias no reproduzcan en casa modelos de intervención terapéutica. El profesional se preocupa constantemente de que las familias sean las que vayan tomando las decisiones finales, dentro de una estrategia planificada para potenciar su competencia, su adhesión y compromiso con el proyecto de actuaciones a realizar.

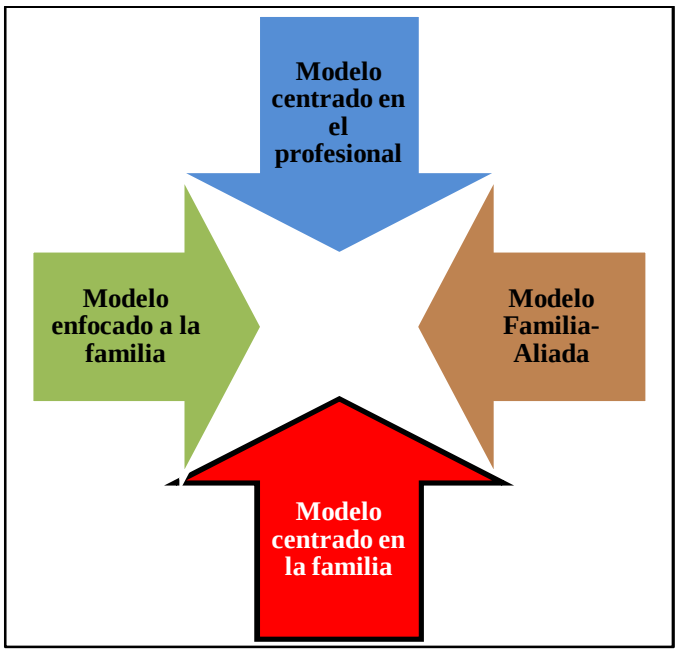


Figura 12. Diferentes enfoques en la atención a la familia (Espe-Sherwindt, 2008)

Nuestra posición particular, hacia las características de las prácticas a desarrollar en atención temprana para llevar a cabo el enfoque centrado en familia, es especialmente abierta y ecléctica. Entendemos que debe imperar la flexibilidad, pero siempre con un profesional que asuma, como filosofía de base en su quehacer en atención temprana, que su tarea es desarrollar una intensa labor de orientación y acción tutorial con todas las personas que estén en los entornos naturales del niño, para conseguir su capacitación.

Ello implica, definir un planteamiento sobre cuáles han de ser las principales objetivos de la intervención con la familia en AT, especialmente, cuando se trata de niños y niñas que presentan algún trastorno o riesgo de padecerlo (GAT, 2005). Estos objetivos, son los siguientes:

→ Ayudar a que puedan comprender las posibles dificultades que se han presentado en torno al nacimiento o el diagnóstico de patología.
→ Promover la creación de un entorno físico y emocional que potencie el desarrollo de su hijo o hija.
→ Desarrollar las capacidades de observación e interpretación de las conductas y las actitudes del niño o niña.

- → Posibilitar la comprensión de las dificultades del niño o niña y la valoración de sus capacidades.
- → Favorecer las interacciones adecuadas y satisfactorias entre los padres/madres y los hijos e hijas.
- → Ajustar las respuestas de la familia a las necesidades del niño o niña.
- → Devolver a la familia sus funciones y su responsabilidad en la educación de sus hijos e hijas.
- → Proporcionar información, apoyo y asesoramiento a las necesidades de la familia.
- → Favorecer el acceso a los diferentes recursos sociales sanitarios y educativos que sean necesarios.
- → Reforzar los recursos personales de modo que se potencie el desarrollo y la autonomía del niño o niña y de la familia.

Según el GAT, el modelo actual de atención temprana es el ya definido anteriormente como modelo centrado en la familia, basado en proporcionar apoyos para que pueda ejercer sus funciones parentales sin que ello implique merma de su libertad para elegir y participar en la vida educativa, laboral o comunitaria. Uno de los pilares de la participación de las familias en la atención temprana reside en la presencia de medidas legislativas, laborales, educativas, sociales o sanitarias que la faciliten.

Otro de esos pilares lo constituye la actitud de los profesionales y equipos respecto de las creencias, valores y normas culturales de los padres y madres. El movimiento profesional de la AT ha sido pionero en el planteamiento de las necesidades globales de las familias y en el respeto a sus consideraciones y decisiones. Estos aspectos deberían ser siempre objeto de atención para el desarrollo normativo articulando la participación de las familias.

II.6. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Ainsworth, M.D. (1989). Attachment beyond infancy. American Psychologist. 44, 709-716.

Ainsworth, M.D. y Bell, S.M. (1970). *Apego, exploración y separación, ilustrados a través de la conducta de niños de un año en una situación extraña*. En J. Delval (Comp.), (1978). *Lecturas de psicología del niño, Vol. 1*. Madrid: Alianza.

Ajuriaguerra, J. (2003). *Manual de Psiquiatría Infantil*. Barcelona: Toray – Masson.

Amar, J. J. (1994). *Educación Infantil y desarrollo social.* Barranquilla, Colombia: Ediciones Uninorte.

Amezcua, J. A., y Pichardo, L. (2004). Autoconcepto y construcción personal en la educación personal. Revista Psicología de la Educación y del Desarrollo en Contextos Escolares. 7, 181-192.

Arantza, Z., Goñi, E. (2008). El autoconcepto infantil: una revisión necesaria. Revista de Psicología. 1, 13-22.

Ausubel, D.D. y Sullivan E.K. (2003). *El desarrollo infantil.* Barcelona: Paidos.

Bower, T.G.R. (1999). *El desarrollo del niño pequeño.* Madrid: Debate.

Bowlby, J. (1969). *El vínculo afectivo*. Buenos Aires: Paidós, 1976.

Bowlby, J. (1980). *La pérdida afectiva. Tristeza y depresión*. Buenos Aires: Paidós, 1984.

Bronfenbrenner, U. (1985). *Contextos de crianza del niño. Problemas y prospectiva*. Madrid: Infancia y Aprendizaje, 29, 45-55.

Bruner, J. (1999). *El desarrollo del niño pequeño*. Madrid: Morata.

Cabrerizo, P. y Pacheco, A. (2000). *Tu hijo diferente. Orientaciones en la familia*. Madrid: Palabra.

Calmels, D. (2005). *Juegos de crianza, el juego corporal en los primeros años de vida*. Buenos Aires: Biblos.

Carretero, M. (2003). Investigación sobre el pensamiento formal. Revista de Psicología General y Aplicadas, 45, 35-69.

Consejería de Educación de la Junta de Andalucía (2016). *La Educación en Andalucía 2016/2017*. Sevilla: Consejería de Educación.

Cunningham, C. y Davis, H. (1988). *Trabajar con los padres. Marcos de colaboración.* Madrid: Siglo XXI.

Cyrulnyk, B. (2006). *Una infancia infeliz no determina la vida: la resiliencia*. Barcelona: Gedisa.

De Gregorio, A. (1990). *La participación de los padres en los centros educativos.* Bilbao: Deusto.

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

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

Decreto 59/2009, de 10 de marzo, por el que se modifica el Decreto 137/2002, de 30 de abril, de apoyo a las familias andaluzas, y el Decreto 18/2003, de 4 de febrero, de ampliación de las medidas de apoyo a las familias andaluzas.

Decreto 85/2016, de 26 de abril, por el que se regula la intervención integral de la Atención Infantil Temprana en Andalucía.

Delval, J., Marchesi, A., Coll, C., (1999). *Desarrollo Psicológico y Educación*. *Volumen I.* Madrid: Alianza.

Dunst, C.J., Johanson, C., Trivette, C.M. & Hamby, D. (1991). Family-oriented early intervention policies and practices: family-centered or not? Exceptional Children, 58, 115–126.

Espe-Sherwindt, M. (2008). Family-centred practice: collaboration, competency and evidence. Support for Learning, 23(3), 136-143.

European Agency for Development in Special Needs Education (2005). *Atención temprana: Análisis de la situación en Europa. Aspectos clave y recomendaciones.* Bruselas: European Agency.

Federación Estatal de Asociaciones de Profesionales de Atención Temprana (GAT) (2007). *Atención Temprana. Guía para padres y madres*. Real Patronato sobre Discapacidad. Barcelona: Polibea.

Federación Estatal de Asociaciones de Profesionales de Atención Temprana (GAT) (2005). *Recomendaciones técnicas para el desarrollo de la Atención Temprana.* Real Patronato sobre Discapacidad. Barcelona: Polibea.

Fonagy, P., Steele, H. y Steele, M. (1991). Maternal representations of attachment during pregnancy predict the organization of infant-mother attachment at one year of age. *Child Development, 62,* 891-905.

Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF) (2012): *Desarrollo emocional. Clave para la primera infancia.* Argentina: Fundación Kaleidos

Garcia Sicilia, J. (2002). *Desarrollo y evolución somática del niño*. Madrid: Santillana.

García, J. y Fernández, F. (1994). *Juego y psicomotricidad*. Madrid: CEPE.

García, M.A., Martínez, M.A. (2016). Desarrollo piscomotor y signos de alarma. En: AEPap (Ed.). Curso de Actualización Pediatría 2016. Madrid: Lúa Ediciones 3.0. 81-93.

García-Sánchez, F.A., Escorcia, C.T., Sánchez-López, M.C. (2014). Atención temprana centrada en la familia. Revista Española sobre Discapacidad Intelectual Vol 45 (3), 251, 6-27.

Gessell, A. (1983). *Psicología evolutiva de 1 a 16 años.* Barcelona: Paidos,

Giné, C., Gràcia, M., Vilaseca, R., Barcells, A. (2009). Trabajar con las familias en atención temprana. Revista Interuniversitaria de Formación del Profesorado, 65, 95-113.

González, M. C., y Tourón, J. (1992). *Autoconcepto y rendimiento escolar. Sus implicaciones en la motivación y en la autorregulación del aprendizaje.* Barañain: EUNSA.

Goñi, A. (1996). *Autoconcepto y autoestima*. En Goñi, A. et al. (1995), *Psicología de la educación sociopersonal.* (pp. 53-73). Madrid: Fundamentos.

Goodman, K. (1999). Lenguaje Total: la manera natural del desarrollo del lenguaje. En Cero en conducta, año VII, núm. 29-30, (17-26). México: Educación y Cambio.

Hegarty, S. y Otros. (1998). *Aprender Juntos. La Integración Escolar*. Madrid: Morata.

Illingworth, R.S. (1985). *El niño normal*. México: El Manual Moderno.

Kaye, K. (1996). *La vida mental y social del bebé*. Barcelona: Paidus.

Kovacs, F. (2002): *Hijos Menores. Guía para una Educación Inteligente*. Barcelona: Martínez Roca, S.A.

Ley 17/2007, de 10 de diciembre, de Educación en Andalucía.

Ley Orgánica 2/2006, de 3 de mayo, de Educación.

Ley Orgánica 8/2013, de 9 de diciembre, para la mejora de la calidad educativa.

López, F. (2001). *El desarrollo del apego.* En Palacios J. y otros (2001). *Desarrollo psicológico y educación* (203-268). Madrid: Alianza

Luque, A. y Palacios J. (2003). *Inteligencia sensoriomotora. Desarrollo del lenguaje*. En J. Palacios A. Marchesi y C. Coll. (1990). *Desarrollo psicológico y educación I. Psicología Evolutiva*. (69-85). Madrid: Alianza.

Millán, M.G. y Mulas, F. (Coords.) (2005). *Atención Temprana. Desarrollo infantil, trastornos e intervención.* Madrid: Promolibro.

Martí, E. (2000). *Inteligencia preoperacional*. En J. Palacios, A. Marchesi y C. Coll. (1990). *Desarrollo psicológico y educación I. Psicología Evolutiva*. (157-173). Madrid: Alianza.

Mayor, J. (2002). *Psicología evolutiva*. Madrid: Anaya.

Mayor, J. (2004). *Adquisición y desarrollo del lenguaje*. Enciclopedia de la Educación Preescolar, V. Diagonal. Madrid: Santillana.

Mayor, J. (dir.) (1985). *Psicología Evolutiva.* Madrid: Anaya.

Ministerio de Educación, Ciencia y Deporte (2003). *Educar a los tres años.* Madrid: MECD

Moratinos, J.F. (2003). *La Escuela de Padres*. Madrid: Narcea.

Nelson, W.E., Vaughan, V.C. y McKay, R.J. (1983. 8ª Ed.). *Tratado de Pediatría.* Barcelona: Salvat Editores.

Orden de 3 de agosto de 2010, por la que se regulan los servicios complementarios de la enseñanza de aula matinal, comedor escolar y actividades extraescolares en los centros docentes públicos, así como la ampliación de horario.

Palacios, J, Marchesi, A y Coll, C. (2000). *Desarrollo Psicológico y Educación*. Madrid: Alianza.

Piaget J. (1983). *Seis estudios de Psicología*. Barcelona: Ariel.

Piaget, J. (1975). *La equilibración de las estructuras cognitivas*. Madrid: Siglo XXI.

Piaget, J. e Inhelder, B. (1999). *Psicología del niño.* Madrid: Morata.

Ponte, J., Cardama, J., Belda, J.C., Arlanzón, J.L., González, T., Vived, E., (2004): *Guía de estándares de calidad en Atención Temprana*. Madrid: IMSERSO.

Quintana, J .M. (1989): *Sociología de la Educación.* Madrid: Dykinson.

Rivero, J. (1998). La educación infantil en el siglo XXI. Proyecto Principal de Educación. Boletín 47, 47-72.

Sameroff, A. y R. Emde (eds.) (1989). *Relationship disturbances in early childhood. A developmental approach.* Nueva York: Basic Books.

Sarramona, J. y Gairin, J (1996). *Dimensión comunicativa*. Enciclopedia de la educación preescolar VI. Diagonal. Madrid: Santillana.

Schejtman, C., Vardy, I. (comp.) (2008): *Afectos y regulación afectiva, un desafío bifronte en la primera infancia*. Buenos Aires: Akadia editorial.

Schwenhart, L. et al. (1993). *Significant Benefits: The High/ Scope Perry Preschool Study Through Age 27.* Ypsilanti, Michigan High/ Scope Press.

Shaffer, D. R. (2000). *Psicología del desarrollo: Infancia y adolescencia*. Madrid: International Thompson.

Spitz, R. (2003). *El primer año de vida*. México: I.C.E.

Velázquez, M. (2004). *Los modelos de escuelas de padres*. Sevilla: Conserjería de Educación y Ciencia de la Junta de Andalucía.

Vila, I. (2003). *Adquisición del lenguaje*. En J. Palacios, A. Marchesi y C. Coll. (2000). *Desarrollo Psicológico y Educación I. Psicología Evolutiva*. (165-189) Madrid: Alianza.

VV.AA. (2000). La Educación de Padres. Cuadernos de Pedagogía, 191. 36-46.

CAPÍTULO

III

LA INCLUSIÓN EDUCATIVA Y EL PROCESO DE NUEVA ESCOLARIZACIÓN EN EL SEGUNDO CICLO DE EDUCACIÓN INFANTIL DEL ALUMNADO CON NECESIDADES EDUCATIVAS ESPECIALES

"La educación necesita tanto de formación técnica, científica y profesional como de sueños y utopía".

Paulo Freire

A través de la educación se transmiten y ejercitan los valores que hacen posible la vida en sociedad, el respeto a todos los derechos y libertades fundamentales, se adquieren hábitos de convivencia democrática y de respeto mutuo, se prepara para la participación responsable en las distintas actividades e instancias sociales, tal y como hemos podido comprobar en el capítulo anterior. Así mismo, la madurez de las sociedades, según Arnáiz Sánchez (2003), se deriva, en parte, de su capacidad de integrar, a partir de la educación, las dimensiones individual y colectiva, integrada esta última, en una comunidad. Es por ello, que la escuela no puede subsistir al margen de su medio más cercano y éste necesita a la escuela para poder seguir avanzado hacia estados más desarrollados.

> *"Las identidades personales se construyen a través de las identidades culturales, y éstas están determinadas, fundamentalmente, por el contexto social, político y económico."* Arnáiz Sánchez (2003, 86)

III.1. EDUCACIÓN INCLUSIVA: REALIDAD Y RETOS POR AFRONTAR

En la actualidad, hablar de educación es hablar de inclusión; es hablar de atención a la diversidad y es hacerlo no sólo desde el respeto, sino además, desde su concepción como fuente de riqueza, como oportunidad para el aprendizaje. Todos los sectores de la comunidad educativa tienen que aportar en la escuela, en la familia o en la comunidad. Todos y todas somos igualmente válidos y sólo desde este punto de vista trabajaremos por y desde un sistema educativo inclusivo que garantice la igualdad de oportunidades para todo el alumnado, con independencia de sus condiciones personales, económicas, sociales o culturales. Una lucha por esta igualdad de oportunidades que se hace aún más necesaria y conveniente para con el alumnado con necesidades específicas de apoyo educativo.

Partimos de la convicción de que la base de un sistema educativo inclusivo reside en ofrecer una respuesta educativa de calidad para todo el alumnado, sin embargo, como afirma Echeita (2008, 154), "*hay sujetos y grupos en mayor riesgo que otros a la hora de vivenciar con plenitud ese sentimiento de pertenencia (…)*" y esa inclusión educativa efectiva que lleve a una inclusión real en el resto de los ámbitos de la vida de las personas.

Para garantizar un modelo educativo inclusivo, es necesario articular una serie de cambios profundos en las políticas, en la cultura y en las prácticas, orientándolas de manera clara hacia la potenciación de actuaciones que se encaminen al logro de los mayores niveles de cualificación posibles en todo el alumnado.

Desde este punto de vista, la inclusión educativa dada la significatividad con la que se plantea, por la relevancia de su contenido y especialmente, por las implicaciones que se derivan requiere de un tratamiento serio y riguroso por parte de las Administraciones y de toda la comunidad educativa. Desde este enfoque, parafraseando a García Nadal (2008), podemos decir que la actual coyuntura de constante cambio en la normativa, en lo que respecta a Leyes Orgánicas de Educación, entre las que podemos citar las siguientes:

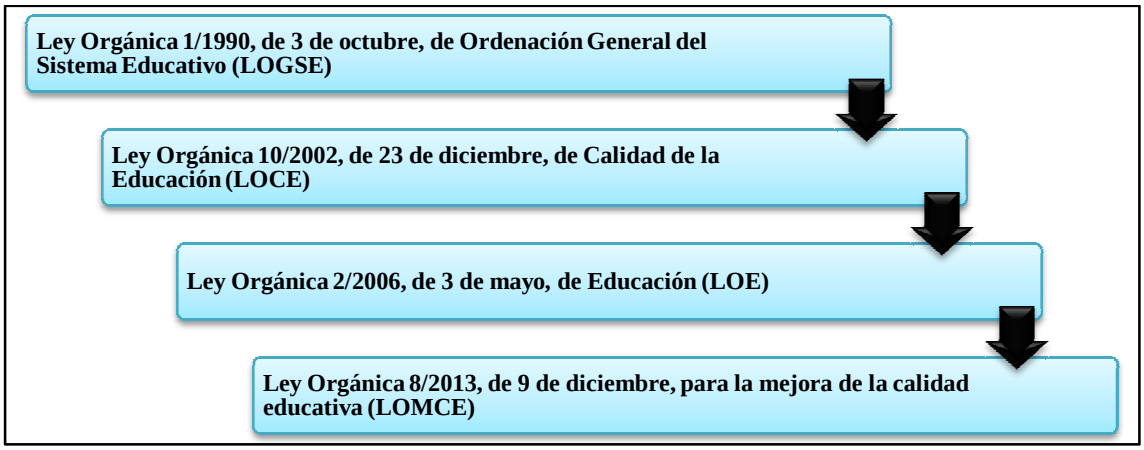


Figura 13. Secuencia cronológica de publicación de Leyes Orgánicas de Educación

La concatenación de cuatro Leyes Orgánicas en los últimos 23 años, LOGSE, LOCE, LOE y LOMCE, caminando actualmente hacia la que puede ser en un breve espacio de tiempo la quinta, nos obliga a realizar un ejercicio de comparación constante; por ello consideramos que, y no es necesario afirmar, que esta avalancha y esta cascada de constantes cambios normativos no ayudan a consolidar y estructurar un planteamiento serio y riguroso de la educación, y del tratamiento de la diversidad en particular, en nuestro país.

Vamos a realizar por tanto, en el desarrollo de este capítulo, una descripción de los planteamientos teóricos y legales que configuran la atención a la diversidad en la actualidad desde un enfoque inclusivo, haciendo un mayor énfasis en la atención al alumnado escolarizado en la Etapa de Educación Infantil y que presenta un trastorno en el desarrollo o el riesgo de padecerlo, poniendo especial interés en el acceso al segundo ciclo de Educación Infantil.

III.1.1 CONCEPTO Y PRINCIPIOS DE LA EDUCACIÓN INCLUSIVA

Los centros docentes, como cualquier otra institución o cualquier otro ámbito de la vida, representan espacios en el que concurren individuos y grupos diversos, en los que se encuentran de manera natural con la diversidad entre los sujetos, entre grupos sociales y con sujetos cambiantes en el tiempo.

> *"Cuantas más gentes entren en el sistema educativo y cuanto más tiempo permanezcan en él, tantas más variaciones se acumularán en su seno. La diferencia existe."* (Gimeno Sacristán, 2002)

Las prácticas educativas, tal y como defiende Gimeno Sacristán (2002), sean las de la familia, las de las escuelas o las de cualquier otro agente, se topan con la diversidad como un dato de la realidad. Las formas de organización escolar, las prácticas de enseñanza, como ocurre con la política para toda la sociedad, tienen el reto de salvaguardar lo común, lo que implica renuncias individuales y aceptación de patrones compartidos, y proteger todo lo que, siendo singular, sea defendible éticamente y enriquecedor para el individuo y para la comunidad social.

En este sentido, según la teoría sistémica (Bronfenbrenner, 1987), no sólo se debe considerar el microsistema escolar tal y como está configurado, sino que la educación formal debe tener en cuenta todas las influencias que recibe el alumnado a nivel de mesosistema, puesto que considera que la relación familia-escuela son fundamentales, a nivel de exosistema en cuanto los alumnos también reflejan la influencia de otros factores, como son: el barrio, los medios de comunicación, etc., y a nivel de macrosistema, por la influencia que tienen los sistemas.

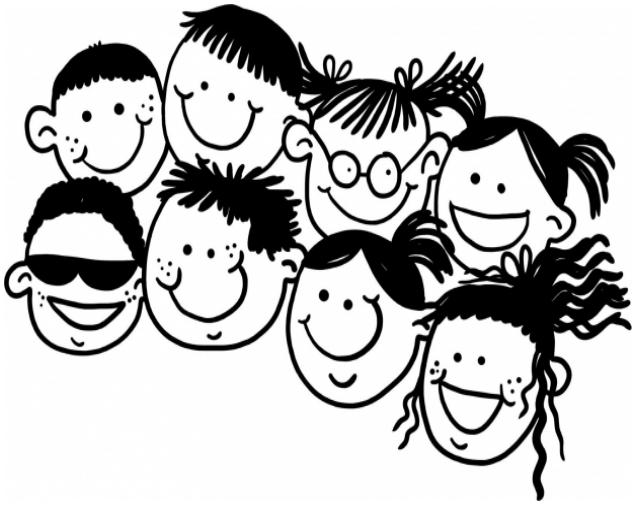
En cualquier caso, no estaríamos contradiciendo ningún postulado científico-teórico si afirmamos que se trata de un hecho empírico comprobable desde el sentido común, antes de ser una constatación del pensamiento científico, que, desde el punto de vista biológico, psicológico,

social y cultural, los seres humanos diferimos unos de otros. Cada uno constituimos una radical individualidad al lado de otras tan singulares como la nuestra.

En este sentido, las principales corrientes teóricas actuales defienden la relevancia de la atención a la diversidad partiendo de la importancia que tiene dentro de una educación inclusiva. Araque Hontangas y Barrio de la Puente (2010, 6) definen en su artículo *"Atención a la diversidad y desarrollo de procesos educativos inclusivos"* el concepto de educación inclusiva como:

> *"El derecho de todo alumno o alumna a adquirir un aprendizaje profundo, entendiendo por tal la aproximación a la comprensión de la realidad que se vive, además del derecho de cada alumno o alumna a recibir una educación acorde con sus necesidades individuales de aprendizaje y con los potenciales que manifiesta"*. (Araque, N., Barrio, J.L., 2010, 6)

Podemos afirmar, que este tipo de educación, la inclusiva, engloba a otros conceptos acuñados en décadas anteriores como el de integración escolar, respuesta a las necesidades educativas especiales, educación compensatoria y atención a la diversidad, muy usados en los últimos años. En concreto, engloba el concepto de integración escolar, ya que aunque ha sido clave y ha supuesto un gran avance respecto a la educación especial, se considera que se ha puesto en práctica de manera restrictiva. No sólo es el alumno quien debe integrarse, adaptándose al centro, sino que los centros y el sistema educativo, en su conjunto, deben entrar en un proceso de transformación profunda de forma que haga posible una "escuela para todos y todas".



En la Conferencia Internacional *"Educación Inclusiva: Vía para favorecer la Cohesión Social"*, celebrada en Madrid los días 11 y 12 de marzo de 2010, se ratifica con insistencia en documentos oficiales europeos la necesidad de esbozar la educación inclusiva como la lucha contra la exclusión y la apuesta por la equidad en materia de educación y en línea con importantes documentos anteriores realizados y aprobados por organismos internacionales: la Convención de las Naciones Unidas sobre los derechos de las personas con discapacidad (2006) y de la declaración de la UNESCO de Salamanca de 1994.

Este contexto, permitió incidir en las políticas educativas que promueven la equidad, la cohesión social y la ciudadanía activa, y que dan respuesta a los retos actuales: los abandonos

escolares prematuros, la atención al alumnado con necesidades específicas de apoyo educativo,... Entre todas las propuestas recogidas, podemos destacar las siguientes:

1. La educación inclusiva, como derecho universal, requiere de políticas tendentes a que todos los ciudadanos reciban una educación de calidad, con equidad y excelencia, así como disponer de los recursos necesarios. Especial mención requiere el género atendiendo a la discriminación específica que sufren las niñas con discapacidad.
2. Hace falta voluntad política y determinación de todas las partes implicadas para hacer realidad una educación inclusiva de calidad con equidad y excelencia en entornos ordinarios en todas las enseñanzas del sistema educativo. La sociedad en su totalidad tiene que implicarse y participar en este cambio educativo.
3. Es preciso apoyar la transformación de los centros para avanzar hacia el derecho a la educación para todas y todos. Ello requiere sistemas educativos flexibles, respetar la diversidad como un valor, eliminar todo tipo de barreras, proporcionar apoyos tanto a los centros como a los docentes, fomentar el trabajo en equipo de los profesionales de los centros, potenciar el liderazgo de los equipos directivos, favorecer las condiciones de convivencia y promover la colaboración entre alumnado, familias, profesorado y sociedad civil.
4. La formación inicial y permanente del profesorado de todos los niveles educativos es un factor clave para llevar a cabo la educación inclusiva.

No obstante, uno de los factores que influyen poderosamente en el desarrollo de modelos inclusivos de atención a la diversidad en las escuelas, es el de las actitudes de la comunidad escolar: cómo se conceptualiza la diversidad, cómo se evalúa afectivamente, cómo se actúa ante ella. Si nos centramos en la figura del profesorado, estas tres dimensiones se ven reflejadas, por ejemplo, en las expectativas que muestran maestros y maestras ante los alumnos y alumnas con necesidades educativas especiales y en el poder que tienen para influir positiva o negativamente en la autoestima, motivación y aprendizaje del alumnado. Tanto Fortes (1987) como Sola (1997) concluyeron que entre los distintos factores que pueden propiciar actitudes negativas del profesorado ante la diversidad y su inclusión, destaca la falta de formación coherente y bien planificada tanto inicial como permanente, lo cual coincide plenamente con una de las conclusiones obtenidas en la Conferencia Internacional (Madrid, 2010). Esta situación hace que el profesorado se sienta desorientado, incapacitado, desinteresado e incluso llegue a rechazar abiertamente la integración de alumnado con necesidades educativas especiales. Conocer estas actitudes y encontrar los aspectos y dimensiones que pueden modificarlas positivamente ha sido objeto de estudio e intervención en multitud de investigaciones (García y Alonso, 1985; Dendra, Durán y Verdugo, 199; García y otros, 1991; Verdugo y otros, 1994; López y otros, 1999).

Esta coincidencia y este interés por la formación inicial y permanente del profesorado vinculándola a las actitudes que pueden mostrar en el tratamiento de la diversidad, exige que lo

tengamos muy en cuenta en este estudio y así, poder determinar posibles mejoras en los procesos de formación del profesorado.

En otro orden de cosas, hemos de tener en cuenta que los postulados teóricos y las declaraciones de intenciones aunque sean a nivel internacional y por instituciones de reconocido prestigio, no siempre son coincidentes ni en el tiempo ni en la implementación de lo que proponen con el marco regulador de cada país. En nuestro caso, el marco normativo estatal establece de manera clara, al menos en el papel, la apuesta por un modelo inclusivo. Así, el artículo 1 de la Ley Orgánica 2/2006, de 3 de mayo, de Educación (LOE), con las modificaciones que introduce la Ley Orgánica 8/2013, de 9 de diciembre, para la mejora de la calidad educativa (LOMCE) dedicado a los principios y fines de la educación, se decanta decididamente por un modelo inclusivo estableciendo como los dos primeros principios los siguientes:

> *"a) La calidad de la educación para todo el alumnado, independientemente de sus condiciones y circunstancias.*
>
> *b) La equidad, que garantice la igualdad de oportunidades para el pleno desarrollo de la personalidad a través de la educación, la inclusión educativa, la igualdad de derechos y oportunidades que ayuden a superar cualquier discriminación y la accesibilidad universal a la educación, y que actúe como elemento compensador de las desigualdades personales, culturales, económicas y sociales, con especial atención a las que se deriven de cualquier tipo de discapacidad."*

Sin olvidar otros principios que, sin duda, aportan un complemento fundamental a los ya citados, como son los siguientes:

> *"e) La flexibilidad para adecuar la educación a la diversidad de aptitudes, intereses, expectativas y necesidades del alumnado, así como a los cambios que experimentan el alumnado y la sociedad.*
>
> *f) La orientación educativa y profesional de los estudiantes, como medio necesario para el logro de una formación personalizada, que propicie una educación integral en conocimientos, destrezas y valores.*
>
> *g) El esfuerzo individual y la motivación del alumnado.*
>
> *h) El esfuerzo compartido por alumnado, familias, profesores, centros, Administraciones, instituciones y el conjunto de la sociedad."*

Por lo tanto, las bases se encuentran plenamente asentadas. Pero el desarrollo normativo estatal, siendo necesario, no resulta suficiente, por cuanto, las competencias en educación de las comunidades autónomas pueden hacer que la apuesta por la inclusión se materialice de maneras

distintas. En el caso de Andalucía, la Ley 17/2007, de 10 de diciembre, de Educación de Andalucía establece en su Título Preliminar, artículo 4, que entre los principios del sistema educativo andaluz se encuentran los siguientes:

> *"a) La formación integral del alumnado en sus dimensiones individual y social que posibilite el derecho a la ciudadanía, la comprensión del mundo y de la cultura y la participación en el desarrollo de la sociedad del conocimiento.*
>
> *f) Convivencia como meta y condición necesaria para el desarrollo del trabajo del alumnado y profesorado y respeto a la diversidad mediante el conocimiento mutuo*
>
> *g) Reconocimiento del pluralismo y de la diversidad cultural existente en la sociedad actual como factor de cohesión que puede contribuir al enriquecimiento personal, intelectual y emocional y a la inclusión social."*

Como podemos comprobar, se incide sobre aspectos como la visión social de la educación. Cuando decimos esto nos referimos no solo al papel que la educación tiene como transformadora de la sociedad y niveladora de desequilibrios, sino como producto de ella, debe reflejar su diversidad y facilitar la formación de ciudadanos capaces de crear, de convivir, de mejorar. El respeto a la individualidad, que no el individualismo, no es lo opuesto a la sociedad.

En su artículo 113.5, de forma más específica se refiere a que "*la escolarización del alumnado con necesidades específicas de apoyo educativo se rige por los principios de normalización, inclusión escolar y social, flexibilización, personalización de la enseñanza y coordinación interadministrativa"*. De este modo, se consolida y se refuerza el compromiso con un modelo inclusivo de educación en el que *"cada alumno y cada alumna importan*", como señala Ainscow (2002).

Coincidimos con Echeita (2005), cuando afirma que a pesar de todo, para la mayoría atención a la diversidad hace referencia, sobre todo, a las prácticas pedagógicas dirigidas a favorecer la equiparación de oportunidades del alumnado en desventaja y, por lo tanto, en riesgo de fracaso escolar, bien sea por razones personales (discapacidad, enfermedad), sociales (desarraigo), familiares (trabajo itinerante, abandono, malos tratos), historia académica (absentismo, fracaso), o de procedencia (inmigrantes) entre otras.

Todos estos compromisos y planteamientos iniciales hay que materializarlos en normas de carácter más operativo que lleven a los centros a la adecuación de sus prácticas al modelo inclusivo. Desde este punto de vista, sin intención de realizar en este momento un análisis normativo exhaustivo de las disposiciones que regulan este asunto en el sistema educativo de Andalucía, destacamos la Orden de 25 de julio de 2008, por la que se regula la atención a la diversidad del alumnado que cursa la educación básica en los centros docentes públicos de Andalucía. El espíritu de esta Orden fue la de ofrecer a los centros educativos un abanico de

posibilidades para la atención al alumnado que requiere de una intervención diferenciada, es decir, al alumnado que presenta necesidades específicas de apoyo educativo. Los principales principios recogidos en dicha Orden son los siguientes:

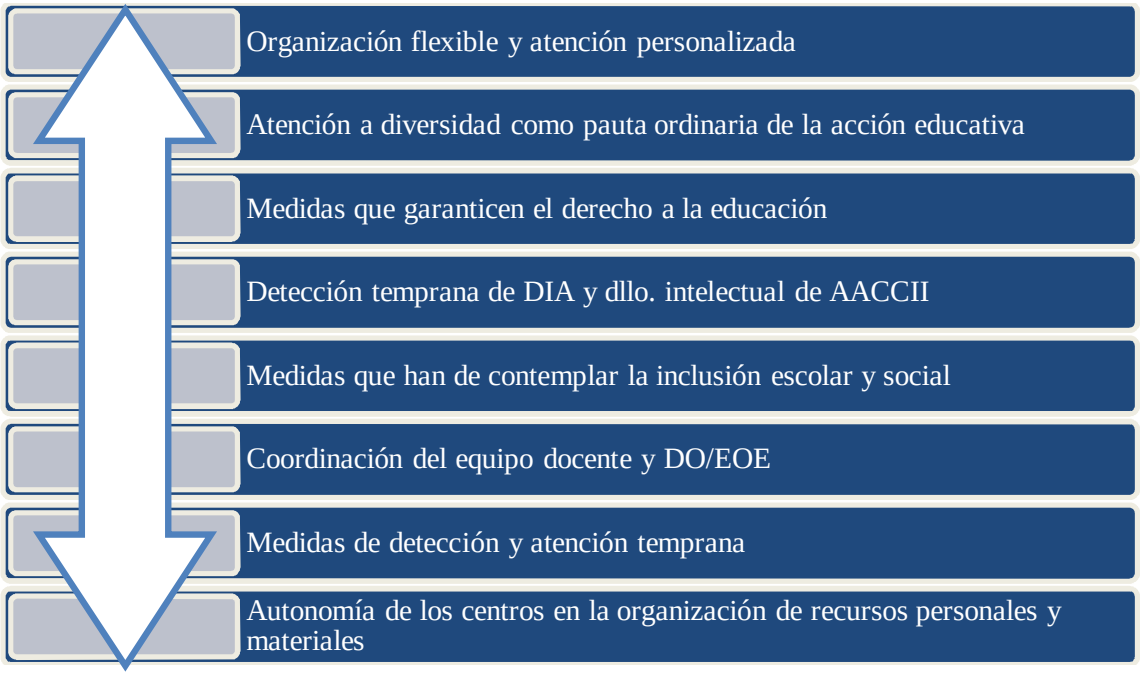


Figura 14. Principios de atención a la diversidad (Orden de 25 de julio de 2008)

El desarrollo normativo que se está produciendo en los últimos años en Andalucía, a consecuencia de los importantes cambios introducidos por la LOMCE, ha supuesto una revisión significativa de lo establecido para las etapas que constituyen la educación básica (Educación Infantil, Educación Primaria y Educación Secundaria Obligatoria) y han supuesto la modificación e incluso la derogación en algunos casos, de algunas de las medidas recogidas en la Orden de 25 de julio de 2008, superándose de este modo el concepto de atención a la diversidad y apostando por un modelo de escuela inclusiva. Las principales novedades normativas en el ámbito educativo en la comunidad andaluza son las siguientes:

EDUCACIÓN INFANTIL

- Decreto 85/2016, de 26 de abril, por el que se regula la intervención integral de la Atención Infantil Temprana en Andalucía (BOJA 29-04-2016).
- Instrucciones del 11 de marzo de 2016, de la Dirección General de Participación y Equidad, por las que se regula el procedimiento y los criterios para solicitar la permanencia extraordinaria del alumnado con necesidades educativas en el primer ciclo de la etapa de educación infantil.

EDUCACIÓN PRIMARIA
- Decreto 97/2015, de 3 de marzo, por el que se establece la ordenación y el currículo de la Educación Primaria en la Comunidad Autónoma de Andalucía. - Orden de 17 de marzo de 2015, por la que se desarrolla el currículo correspondiente a la Educación Primaria en Andalucía. - ORDEN de 4 de noviembre de 2015, por la que se establece la ordenación de la evaluación del proceso de aprendizaje del alumnado de Educación Primaria en la Comunidad Autónoma de Andalucía
EDUCACIÓN SECUNDARIA OBLIGATORIA (ESO)
- Decreto 111/2016, de 14 de junio, por el que se establece la ordenación y el currículo de la Educación Secundaria Obligatoria en la Comunidad Autónoma de Andalucía. - Orden de 14 de julio de 2016, por la que se desarrolla el currículo correspondiente a la Educación Secundaria Obligatoria en la Comunidad Autónoma de Andalucía, se regulan determinados aspectos de la atención a la diversidad y se establece la ordenación de la evaluación del proceso de aprendizaje del alumnado.

Tabla 13. Novedades normativas para Educación Infantil, Primaria y ESO en Andalucía.

El eje vertebrador de esta investigación lo constituye la escolarización en el 2º ciclo de la etapa de Educación Infantil del alumnado con trastornos en el desarrollo o en riesgo de padecerlos, realizando una apuesta decidida por ofrecer una respuesta educativa inclusiva. Superado el modelo integrador y de atención a la diversidad, avalado por los estudios que muestran sus ventajas, apostamos por el modelo de escuela y aula inclusiva. Para ello, debemos ser conscientes de que Andalucía es la comunidad autónoma más poblada de España, ocupando toda la franja meridional de la Península Ibérica. Esta circunstancia hace que los datos básicos nos muestren unas dimensiones poco habituales en sistemas educativos regionales.

Teniendo en cuenta los datos aportados por la Consejería de Educación, Andalucía cuenta con 6.912 centros educativos en los que prestan sus servicios 95.415 docentes para atender a 1.800.000 alumnos y alumnas. De este modo, el sistema educativo de Andalucía tiene auténticas dimensiones de país, siendo cuantitativamente similar al de nuestra vecina Portugal. Del total de alumnos y alumnas, el 5'4% de alumnado presenta alguna necesidad específica de apoyo educativo. Por su parte, en torno al 35% de ellos presentan necesidades educativas especiales asociadas a discapacidad.

El aula, por tanto, se constituye como un universo donde cada niño y cada niña lleva su historia, sus saberes, sus emociones,... De la conjunción de cada uno de estos "astros" es de donde surge la luz del verdadero conocimiento. Platón lo llamaba *"episteme"* y era opuesto a la

"doxa" u opinión y en su filosofía (el primer modelo de conocimiento integrado) se alcanzaba con el dialogo entre varias posturas.

> *"La educación sirve para hacer comprender a las personas que otro mundo es posible, contribuye a hacerlas conscientes de la necesidad de hacer todo lo preciso para construir sociedades más justas, democráticas y solidarias. Son las ciudadanas y ciudadanos educados quienes van a contribuir de manera decisiva a la promulgación de legislaciones para hacer realidad los derechos humanos y la democracia. Podemos decir que los sistemas educativos son uno de los pilares fundamentales para ir construyendo un mundo más justo; son uno de los recursos primordiales mediante los que todas y cada una de las personas llevan adelante la conquista de sus derechos, así como los de las comunidades y pueblos en los que viven y trabajan."* (Torres, J., 2006, 154)

Es necesario que de una vez por todas, dejemos atrás la perspectiva individual y consigamos avanzar hacia un enfoque competencial desde la perspectiva curricular o situarnos en la línea de lo que defiende López Melero (1995) cuando afirma que educar en la diversidad no se basa en la adopción de medidas excepcionales para las personas con necesidades específicas de apoyo educativo sino en la adopción de un modelo de currículo que facilite el aprendizaje de todos los alumnos y alumnas en su diversidad. La escuela no puede ignorar las peculiaridades y diferencias del desarrollo individual y cultural, imponiendo la adquisición homogénea, la mayoría de las veces sin sentido, de los contenidos perennes e intemporales de la humanidad (occidental, por supuesto), ni restringir el objeto de enseñanza al conocimiento, dejando de lado, las distintas sensibilidades, valores... El alumno y la alumna llevan a la escuela el cuerpo, el alma y el sentimiento. Despreciar los procesos, las contradicciones y conflictos que se dan en las relaciones humanas no puede llevar más que al desastre.

> *"Debemos buscar una sociedad donde la diferencia sea un mecanismo de construcción de nuestra autonomía y nuestras libertades, no la excusa para profundizar las desigualdades sociales, económicas y políticas."* (Gentille, P., 2001, 27)

Sólo así, como plantea Gentille (2001), conseguiríamos realmente que el derecho a la escolarización se convirtiera en verdadero derecho a la educación.

De este modo, si intentamos realizar una mirada hacia el futuro y visualizar el modelo educativo que nos gustaría alcanzar, tal vez una de las tareas más importantes que se deba acometer, según Echeita (2005), con relación a la atención del alumnado sea la de "equilibrar" la visión del tema, analizarlo en su complejidad y no sólo desde cada una de sus dimensiones o significados según los agentes implicados. Para ello, quizás fuera necesario llegar a plantearse

prescindir incluso de la etiqueta "atención a la diversidad" (podría parecer que lo que preocupa es "atender al alumnado implicado" y no tanto a las "políticas" y a los procesos que mantienen determinadas situaciones), y, sobre todo, planificar, llevar a cabo y evaluar políticas de carácter global y sistémico, esto es, que incidan de forma coherente y coordinada en los distintos planos y dimensiones a través de los cuales se concretan, sin olvidar que no sólo son los centros escolares quienes tienen un papel decisivo en esta cuestión, sino la sociedad en su conjunto.

Todos estos planteamientos y reflexiones nos conducen, además de a significativos cambios y transformaciones organizativas y funcionales, a modificaciones en la formación del profesorado, formación con la finalidad de *"que aprendan a enseñar y que aprendan además a enseñar a que otros lo hagan."* (Santos, M.A., 1993, 39).

De todas formas, no quisiéramos finalizar este apartado sin resaltar el hecho de que a pesar de todas las anteriores consideraciones, pensamos que la evolución del sistema educativo estatal y autonómico camina, necesariamente, hacia un modelo de escuela inclusiva. No obstante, el recorrido que se realice va a depender no sólo del propio marco legal que se establezca, sino del enfoque que el profesional le dé, del sentido con que lo desarrolle, y de las actitudes y valores que este mismo profesional tenga a la hora de ejercer su práctica docente. Como señala Arnáiz (1999), todas estas estrategias tendrán un valor inclusivo y constructivista siempre que sean entendidas como herramientas de trabajo que faciliten la toma de decisiones sobre la respuesta educativa, que mejor atienda a las características personales, competencia curricular y estilo de aprendizaje de todos y cada uno de los alumnos de un aula. Y siempre que su implementación quede enmarcada en procesos de enseñanza-aprendizaje en los que participen todos los alumnos y alumnas, y no den lugar a segregación.

En concreto, el sistema educativo andaluz, lejos de centrar su discurso exclusivamente en las medidas que se pueden aplicar al alumnado que presenta discapacidad o a aquellos que pueden evidenciar mayores dificultades en los procesos de aprendizaje, se ratifica en la idea de que la inclusión va mucho más allá de la atención a la discapacidad. Para la Consejería de Educación de la Junta de Andalucía, la inclusión busca la máxima cualificación posible de todo el alumnado, sabiendo que, de hecho, puede haber personas y colectivos, para los que haya que poner en marcha determinadas medidas compensatorias para posibilitar que alcancen los mismos fines que se prevén para toda la población.

Desde esta óptica, únicamente nombraremos algunas medidas que, sin estar dirigidas de manera específica a las personas con discapacidad, encajan perfectamente dentro de una concepción inclusiva de la educación:

- *Programa Andalucía Profundiza*. Fomento de la investigación y el aprendizaje por descubrimiento para el alumnado desde 3º de Educación Primaria a 4º de Educación Secundaria Obligatoria.

- *PROA Andalucía*. Programa para el refuerzo de los aprendizajes básicos en alumnado procedente de zonas con necesidades de transformación social.
- *Promociona*. Programa que busca la continuidad en los estudios más allá de la educación obligatoria del alumnado de etnia gitana.
- Aulas temporales de adaptación lingüística. Profesorado que se dedica a la enseñanza del español como lengua vehicular al alumnado de origen extranjero que se escolariza en nuestros centros.
- *Escuela Espacio de Paz*. Casi 2.300 centros forman parte de esta red "histórica" que promueve de manera activa la convivencia positiva y la no violencia en la escuela.
- *Protocolo de identidad de género*. Andalucía pone en marcha un protocolo que persigue la no discriminación por motivos de género o de identidad de género en los centros docentes.
- *Protocolo de ciberacoso*. El acoso a través de las redes sociales y de los medios tecnológicos que tenemos a nuestro alcance, puede ser otra de las vías de exclusión. Este protocolo da pautas claras sobre cómo actuar en estos casos, comenzando por la prevención.
- *Programa de gratuidad de libros de texto*. El Estatuto de Autonomía de Andalucía consagra este derecho del alumnado de los centros docentes andaluces: en Andalucía los libros de texto durante la educación obligatoria son completamente gratuitos.
- *Becas y ayudas al estudio.* Además de las becas que, a nivel de todo el estado español, convoca el Ministerio de Educación, Cultura y Deporte, la Consejería de Educación de la Junta de Andalucía cuenta con otras becas que amplían la atención al alumnado que presenta mayores problemas económicos. Becas tales como la Beca Adriano, la Beca Andalucía Segunda Oportunidad o la Beca 6000 son algunos ejemplos.
- *Plan de apertura de centros docentes*. Aulas matinales, comedores escolares, actividades extraescolares, transporte escolar... Todo ello conforma el plan de apertura de centros que posibilita que las alumnas y alumnos no tengan dificultades para asistir a los centros docentes a causa de la difícil conciliación de la vida laboral con la vida familiar.
- *Red Andaluza de Centros del Profesorado*. Andalucía considera que el profesorado es uno de los elementos clave para el éxito del sistema educativo y, por supuesto, para la inclusión. Por ello, mientras en otras comunidades autónomas se desmanteló el sistema de formación permanente del profesorado, en Andalucía se apostó de forma decidida por su mantenimiento. Así, en la actualidad se mantienen 32 Centros del Profesorado en Andalucía que atienden las necesidades formativas de las y los docentes de forma totalmente gratuita.

Posteriormente, en el siguiente apartado analizaremos cómo está regulada a nivel nacional y autonómico la atención educativa al alumnado con necesidad específica de apoyo educativo.

III.1.2. ALUMNADO CON NECESIDAD ESPECÍFICA DE APOYO EDUCATIVO

El principio de inclusión educativa está basado en la obligación de los Estados y sus Sistemas Educativos a garantizar a todos el derecho a la educación (Dieterlen, 2001; Gordon, 2001), reconociendo la diversidad de sus necesidades, combatiendo las desigualdades y adoptando un modelo educativo abierto y flexible que permita el acceso, la permanencia escolar de todo el alumnado, sin excepción, así como resultados escolares aceptables (UNESCO, 1994).

Los planteamientos expuestos en el apartado anterior suponen una base argumentativa suficiente para poder afirmar que, sin menospreciar las aportaciones de la atención a la diversidad, la educación ha de orientarse hacia la inclusión educativa, concebida como un principio básico para la atención de cualquier alumno o alumna en cualquier momento de su escolarización, con independencia de que presente o no alguna necesidad específica de apoyo educativo. No obstante, en el actual ordenamiento educativo, a nivel nacional y autonómico, se hace efectiva en la respuesta individual y personalizada a las necesidades específicas de apoyo educativo del alumnado. La finalidad es garantizar los indiscutibles principios de igualdad de oportunidades y de equidad en la educación, que permita al alumnado la plena integración social a lo largo del ciclo vital.

En este sentido, podemos afirmar que la inclusión educativa constituye el mecanismo de ajuste de la oferta pedagógica a las capacidades, intereses y necesidades de los alumnos y alumnas, actuando como corrector de posibles desigualdades en las condiciones de acceso al currículum.

Si pretendemos realizar un correcto y riguroso análisis de la atención educativa que se ofrece en nuestro sistema educativo al alumnado con necesidades específicas de apoyo educativo, resulta fundamental que comencemos definiendo con claridad qué se entiende por necesidades específicas de apoyo educativo. De este modo, realizando una revisión de la legislación vigente se puede comprobar cómo a nivel estatal y regional se coincide en señalar que la adecuada respuesta educativa a todos los alumnos y alumnas se concibe a partir del principio de inclusión, entendiendo que únicamente de ese modo se garantiza el desarrollo de todos, se favorece la equidad y se contribuye a una mayor cohesión social. La atención a la diversidad es una necesidad que abarca a todas las etapas educativas y a todos los alumnos y alumnas. Es decir, se trata de contemplar la diversidad del alumnado como principio y no como una medida que corresponde a las necesidades de unos pocos.

Así, la LOMCE en su Título II referido a la *"Equidad en la Educación"*, en el Capítulo I denominado *"Alumnado con necesidad específica de apoyo educativo"* concretamente en el artículo 71, establece que el alumnado con necesidades específicas de apoyo educativo son:

> *"Los alumnos y alumnas que requieran una atención educativa diferente a la ordinaria, por presentar necesidades educativas especiales, por dificultades específicas de aprendizaje, TDAH, por sus altas capacidades intelectuales, por haberse incorporado tarde al sistema educativo, o por condiciones personales o de historia escolar, puedan alcanzar el máximo desarrollo posible de sus capacidades personales y, en todo caso, los objetivos establecidos con carácter general para todo el alumnado."*

Se hace hincapié en este mismo artículo en el hecho de que las Administraciones educativas establezcan los procedimientos y recursos precisos para identificar tempranamente las necesidades educativas específicas de los alumnos y alumnas, de modo que puedan recibir una atención integral que deberá iniciarse desde el mismo momento en que dicha necesidad sea identificada, la cual se regirá por los principios de normalización e inclusión. Asimismo, se determina que serán las Administraciones educativas quieres han de garantizar la escolarización y, regular y asegurar la participación de los padres o tutores en las decisiones que afecten a la escolarización y a los procesos educativos de este alumnado, habiendo contado para ello con el debido asesoramiento individualizado, así como la información necesaria que les ayude en la educación de sus hijos e hijas.

Por su parte, la LEA en su Título III también denominado *"Equidad en la Educación"*, en el capítulo I *"Alumnado con necesidades específicas de apoyo educativo"*, concretamente en el artículo 113, se establece que:

> *"2. Se considera alumnado con necesidades específicas de apoyo educativo aquel que presenta necesidades educativas especiales debidas a diferentes grados y tipos de capacidades personales de orden físico, psíquico, cognitivo o sensorial; el que, por proceder de otros países o por cualquier otro motivo, se incorpore de forma tardía al sistema educativo, así como el alumnado que precise de acciones de carácter compensatorio.*
>
> *3. Asimismo, se considera alumnado con necesidad específica de apoyo educativo al que presenta altas capacidades intelectuales, de acuerdo con lo establecido en el artículo 71.2 de la Ley Orgánica 2/2006, de 3 de mayo."*

Planteados los conceptos sobre necesidades específicas de apoyo educativo que se establecen en LOMCE y LEA respectivamente, podemos identificar uno de los aspectos que mayor controversia ha generado la publicación de la LOMCE. Se trata de las significativas modificaciones que esta Ley Orgánica ha introducido en las categorías que componen el concepto de necesidades específicas de apoyo educativo. En la siguiente tabla mostramos estas diferencias de forma muy gráfica:

ALUMNADO NEAE SEGÚN LOMCE Y LEA	
LOMCE (2013):	**LEA (2007):**
Necesidades educativas especiales	**Necesidades educativas especiales**
Dificultades específicas de aprendizaje	**Dificultades de aprendizaje**
TDAH	
Incorporación tardía	**Incorporación tardía**
Condiciones personales o de historia escolar	**Alumnado que precise acciones de carácter compensatorio**
Altas capacidades intelectuales	**Altas capacidades intelectuales**

Tabla 14. Diferencias LOMCE/LEA en las categorías de alumnado NEAE.

Como se puede apreciar en la tabla anterior, la publicación de la LOMCE introduce en el ordenamiento educativo dos categorías dentro del concepto de NEAE que marcan una diferencia significativa con respecto a lo que establecía la LOE y como consecuencia, con respecto a lo que establece la LEA. Especialmente significativa ha sido la consideración del alumnado con trastornos por déficit de atención con o sin hiperactividad (TDAH) como una categoría diferenciada, con entidad propia y al nivel de las demás. Las principales consecuencias de esta nueva categoría fuera de su consideración como alumnado con necesidades educativas especiales ha supuesto en la comunidad andaluza una gran controversia, debido a la ausencia de un desarrollo normativo que defina para este tipo de alumnado un tipo de respuesta educativa específica, dado que hasta el momento su atención educativa se identificaba con el conjunto de medidas y recursos que se ponen a disposición del alumnado que presenta NEE.

Tras diversas indagaciones y el análisis de diferentes declaraciones públicas de los principales responsables del movimiento asociativo más ligado a este tipo de trastorno a nivel nacional, entendemos que se trata de una reivindicación de éstos, de la cual el propio Ministerio de Educación, Cultura y Deporte se hace eco y tiene a bien, considerarla en la redacción final de la LOMCE. La reflexión que puede realizarse a continuación es, si realmente el movimiento asociativo ha calculado en su justa medida los efectos y consecuencias de esta consideración del TDAH como una categoría diferenciada de las demás, sin que previamente se hayan definido y articulado las estrategias, medidas y recursos que este colectivo precisa en su atención educativa de manera específica.

En este sentido, y desde un punto de vista muy particular, la Consejería de Educación realiza una apuesta decidida y arriesgada, una vez advertidas las cuestiones que acabamos de plantear respecto a la atención educativa que un alumno o alumna que presenta un TDAH puede

recibir, sin que ello suponga un menoscabo en sus atenciones al haber sido considerada una categoría de NEAE diferenciada. Por ello, con objeto de definir, ordenar y finalmente regular los procesos de atención a la diversidad en esta comunidad autónoma, se publican las Instrucciones de 8 de marzo de 2017, de la Dirección General de Participación y Equidad por las que se establece el protocolo de detección, identificación del alumnado con necesidades específicas de apoyo educativo y organización de la respuesta educativa, en cuyo Anexo III se realiza con el propósito descrito anteriormente una modificación de la Circular de 10 de septiembre de 2012 de la Dirección General de Participación y Equidad por la que se establecen criterios y orientaciones para el registro y actualización de datos en el censo del alumnado con necesidades específicas de apoyo educativo en el sistema de información "Séneca".

Presentamos a continuación el censo de alumnado con NEAE, recogido en las citadas Instrucciones de 8 de marzo de 2017, donde se realizan las modificaciones a las que hemos hecho referencia:

ALUMNADO CON NECESIDADES ESPECÍFICAS DE APOYO EDUCATIVO	
1. Alumnado con necesidades educativas especiales	
Trastornos graves del desarrollo	Retrasos evolutivos graves o profundos Trastornos graves del desarrollo del lenguaje Trastornos graves del desarrollo psicomotor.
Discapacidad visual	Baja visión Ceguera
Discapacidad intelectual	Discapacidad intelectual leve Discapacidad intelectual moderada Discapacidad intelectual grave Discapacidad intelectual profunda
Discapacidad auditiva	Hipoacusia Sordera
Trastornos de la comunicación	Afasias Trastornos específicos del lenguaje - Expresivos - Mixtos - Semántico-pragmático Trastornos de habla - Disartrias - Disglosias - Disfemias
Discapacidad física	Lesiones de origen cerebral Lesiones de origen medular Trastornos neuromusculares Lesiones del sistema osteoarticular

Trastornos del Espectro Autista	Autismo Síndrome de Asperger Síndrome de Rett Trastorno desintegrativo infantil Trastorno generalizado del desarrollo no especificado
Trastornos graves de conducta	Trastorno disocial Trastorno negativista desafiante Trastorno de comportamiento perturbador no especificado
Trastorno por déficit de atención con o sin hiperactividad	TDAH: Predominio del déficit de atención TDAH: Predominio de la impulsividad - hiperactividad TDAH: Tipo combinado
Otros trastornos mentales	
Enfermedades raras y crónicas	
2. Alumnado con dificultades de aprendizaje	
Dificultad específica de aprendizaje	Dificultad específica en el aprendizaje de la lectura o dislexia Dificultad específica en el aprendizaje de la escritura - disgrafía Dificultad específica en el aprendizaje de la escritura - disortografía Dificultad específica en el aprendizaje del cálculo o discalculia
Dificultad de aprendizaje por retraso en el lenguaje	
Dificultad de aprendizaje por capacidad intelectual límite	
Dificultades del aprendizaje derivadas de trastorno por déficit de atención con o sin hiperactividad.	
3. Alumnado con altas capacidades intelectuales	
Sobredotación intelectual	
Talento simple	
Talento complejo	
4. Alumnado que precisa de acciones de carácter compensatorio	

Tabla 15. Censo Alumnado NEAE (Circular de 10 de septiembre de 2012, con las modificaciones que introduce las Instrucciones de 8 de marzo de 2017).

En el texto de la Circular de 10 de septiembre de 2012 con las modificaciones introducidas por las Instrucciones de 8 de marzo de 2017 se establece, entre los criterios para la asignación del alumnado con necesidades específicas de apoyo educativo a cada una de las categorías del censo, la definición del alumnado con necesidades educativas especiales, según lo establecido en la LEA:

> *"Alumnado que requiere, por un periodo de su escolarización o a lo largo de toda ella, una atención específica, derivadas de diferentes grados y tipos de capacidades personales de orden físico, psíquico, cognitivo o sensorial.*
>
> *A estos efectos, se considerará atención específica la aplicación de medidas específicas que impliquen necesariamente la dotación de recursos personales y/o materiales específicos. En consecuencia, si un alumno o alumna con diferente grado y tipo de capacidad personal de orden físico, psíquico, cognitivo o sensorial no precisa de atención específica, no será considerado como alumno o alumna con NEE y por tanto no será objeto de dictamen de escolarización."*

Teniendo en cuenta la conceptualización de las NEE en la LOMCE y la establecida en la LEA, la Consejería de Educación ha tenido a bien realizar una doble consideración para el alumnado con TDA-H. En este sentido, la justificación para la consideración del alumnado TDAH en la categoría de NEE o de dificultades de aprendizaje, se realiza en los siguientes términos:

> *"El alumnado que presenta trastorno por déficit de atención con hiperactividad a partir de lo establecido en la Ley Orgánica 2/2006, de 3 de mayo, de Educación modificada por la Ley Orgánica 8/2013, de 9 de diciembre, para la mejora de la calidad educativa, se considera en el artículo 71.2, como un colectivo diferenciado dentro de las necesidades específicas de apoyo educativo. Con objeto de dar una respuesta lo más ajustada posible a sus necesidades educativas se establece la posibilidad de considerarlo tanto como alumnado con necesidades específicas de apoyo educativo asociadas a dificultades de aprendizaje, como alumnado con necesidades educativas especiales. El criterio para determinar que este alumnado presenta necesidades específicas de apoyo educativo asociadas a dificultades de aprendizaje, será que presente un patrón persistente de falta de atención e impulsividad con o sin hiperactividad, afectando al aprendizaje escolar y a la adaptación social y familiar, precisando por ello una atención educativa diferente a la ordinaria, es decir la aplicación de medidas específicas que no implique recursos específicos para su desarrollo (por ejemplo una adaptación curricular no significativa).*
>
> *En los casos que el alumno o alumna TDA-H precise atención específica, es decir medidas específicas que impliquen recursos específicos (por ejemplo adaptación curricular significativa y/o programas específicos) se considerará como alumnado con necesidades educativas especiales (apartado 1.9.)"*

Una vez identificada y planteada esta novedad, dada su significatividad en lo que a la atención de este colectivo supone, será necesario valorar en el corto/medio plazo si esta diferenciación y la fórmula propuesta por la Consejería de Educación han sido pertinentes y eficaces para favorecer la intervención en las necesidades educativas que presentan estos alumnos y alumnas.

No obstante, aún reconociendo que cada vez está siendo más habitual encontrar alumnos y alumnas que, en su inicio del 2º ciclo de Educación Infantil, aportan informes clínicos con un diagnóstico de TDA-H, lo cual es un tema sobre el que sería necesario realizar una reflexión en profundidad y puesto que no es objeto de esta investigación, no tenemos intención de desarrollar. Por ello, vamos a centrarnos en el alumnado que inicia su escolarización en el 2º ciclo la etapa de Educación Infantil, habiendo estado escolarizado o no en el 1er ciclo de la misma. En concreto, debemos hacer especial hincapié en la categoría dirigida específicamente a ellos dentro del colectivo de alumnado que presenta necesidades educativas especiales, teniendo en cuenta que el alumnado escolarizado en el primer ciclo, aún presentando algún trastorno en el desarrollo no ha sido considerado como tal y sólo o será una vez valorado por EOE y siempre que se hayan identificado necesidades educativas especiales, en el correspondiente dictamen de escolarización.

Es necesario tener en cuenta que la evaluación psicopedagógica realizada por el EOE no tiene como finalidad establecer diagnóstico alguno, sino la determinación de las NEE del alumno o alumna. Con mayor énfasis debemos resaltar esta cuestión, cuando nos referimos a niños y niñas con 3 años de edad. Los propios clínicos se refieren a las clasificaciones diagnósticas como un asunto muy serio y complicado (Simeonsson, 2009) en el que hay que proceder con la mayor de las cautelas, procurando un alto control de las variables, población elegible, formación de los profesionales, composición de los equipos, procedimiento de clasificación, etc., máxime en un ámbito relativamente nuevo como es el de la atención infantil temprana.

Las NEE que se definen para el alumnado entre 3 y 6 años, son denominados *"Trastornos graves del desarrollo"*, cuya conceptualización queda establecida en la citada Circular de 12 de septiembre de 2012 de la siguiente forma:

> *"Retraso grave en la aparición de los hitos evolutivos, que requiere un diagnóstico inicial o provisional. Se aplicará sólo en la Etapa de Educación Infantil. A efectos de clasificación se considerarán tres grupos:*
>
> - *Retraso evolutivo grave o profundo: Retraso en la aparición de los hitos evolutivos promediados en dos o más de las áreas de desarrollo (psicomotor, perceptivo-cognitivo, comunicación, autonomía, relación personal, etc.) de dos o más desviaciones típicas.*
> - *Trastornos graves del desarrollo del lenguaje: Alteración o retraso grave en el desarrollo del lenguaje en dos o más desviaciones típicas, sin ser posible aún un diagnóstico.*
> - *Trastornos graves en el desarrollo psicomotor: Alteración grave en el desarrollo psicomotor en dos o más desviaciones típicas y no se ha diagnosticado una discapacidad física."*

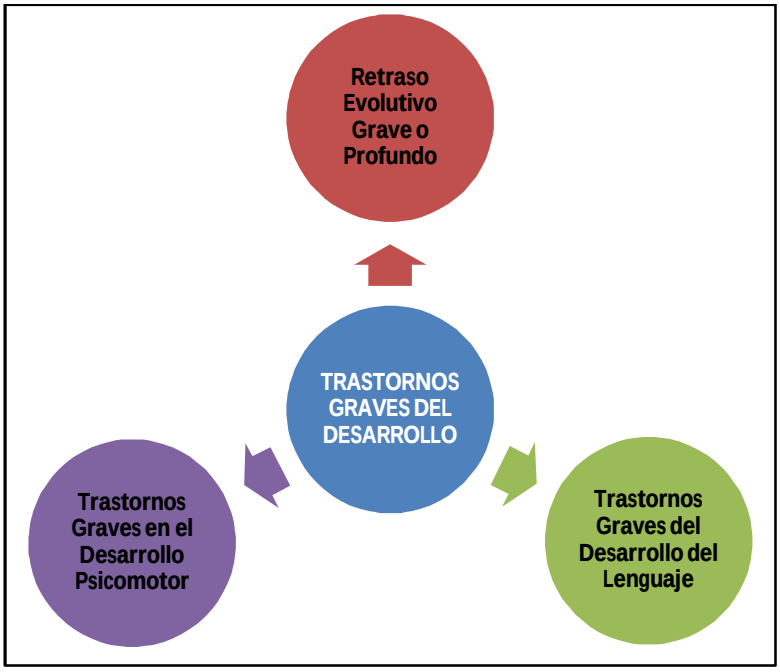


Figura 15. Trastornos graves del desarrollo (Circular de 10 de septiembre de 2012, con las modificaciones que introduce las Instrucciones de 8 de marzo de 2017).

Se trata de la definición de una categoría que contempla de forma específica el periodo evolutivo en el que se encuentra un niño o una niña entre 0 y 6 años de edad, entendiendo que resulta imposible determinar para muchos profesionales clínicos (psicólogía infantil/ pediatría/ neuropediatría/ psiquiatría infantil) un diagnóstico cerrado o definitivo. A excepción de los trastornos motores y sensoriales, cuyos procedimientos de detección están muy bien definidos por la Consejería de Salud y el Servicio Andaluz de Salud, con protocolos específicos de aplicación general a todos los recién nacidos, existen otros muchos trastornos que requieren de una maduración del propio niño o niña, que en la mayoría de los casos supera los 6 años de edad, para poder emitir un juicio clínico con garantías. Se incurriría en una mala praxis por parte de estos profesionales al establecer un diagnóstico cerrado o definitivo antes de los 6 años de edad, de trastornos tales como:

- Discapacidad intelectual
- Trastornos de la comunicación
- Trastornos del Espectro Autista
- Trastornos graves de conducta
- Trastorno por déficit de atención con o sin hiperactividad

Además, se da la circunstancia de que Salud y Educación utilizan lenguajes diferentes para denominar un mismo tipo de trastorno, lo cual genera no pocas incidencias en la más que necesaria coordinación entre profesionales y muy especialmente, en la información que puede trasladarse a una familia desde los dos ámbitos. En el capítulo siguiente podremos profundizar más en esta problemática.

Sin embargo, con independencia de ésta y otras posibles incidencias, a modo de reflexión, y reconociendo que este tipo de categorizaciones forman parte de la evolución del sistema educativo andaluz, que con la mejor de las intenciones ha intentado organizar la respuesta educativa necesaria según la determinación de un tipo u otro de NEAE en el alumno o alumna, ¿nos encontramos ante un modelo de escuela inclusiva?.

Es imprescindible que los profesionales de la orientación, responsables de la realización de la evaluación psicopedagógica y el dictamen de escolarización, reflexionemos y reorientemos nuestros posicionamientos para lograr abandonar la cultura de la "discapacidad" centrada en las capacidades del individuo y comencemos a pensar en la cultura de la inclusión educativa.

En el contexto de las profundas transformaciones sociales, culturales, económicas y políticas surgidas a partir de la globalización y la sociedad del conocimiento, los sistemas escolares se hallan sometidos a fuertes contradicciones y tienen serios problemas e incapacidades estructurales y dinámicas para lograr las altas expectativas en ellos depositadas (Castel, 2004; Tezanos, 1999). Una buena parte de las mismas se manifiesta en que no logran entender como es debido, ni promover como es justo, políticas efectivas de inclusión de todo el alumnado en el logro de los aprendizajes básicos de la educación obligatoria.

III.1.3. DETERMINACIÓN DE ALUMNADO CON NECESIDAD ESPECÍFICA DE APOYO EDUCATIVO

El objetivo prioritario de los procesos de detección y evaluación de las NEAE que presenta un alumno o alumna, ha de ser la determinación de las actuaciones educativas o ayudas que será necesario proporcionarle. Tradicionalmente, en la evaluación, siguiendo el modelo médico, se ha hecho más hincapié en el déficit y en la posterior etiquetación. Una consecuencia inevitable, entre otras, es que la etiqueta con la que siempre se concluía el diagnóstico, se convertía poco a poco en explicativa y en "causa" del comportamiento del niño o niña con algún trastorno en su desarrollo, tal y como afirma Giné (2002).

La determinación de que un alumno o alumna presenta NEAE se realizará cuando tras el correspondiente proceso de evaluación psicopedagógica se establezca que, requiere, por un periodo de su escolarización o a lo largo de toda ella, una atención educativa diferente a la ordinaria, por presentar necesidades educativas especiales; dificultades del aprendizaje; altas capacidades intelectuales; o precisar acciones de carácter compensatorio, tomando como referencia, como ya hemos comentado, los criterios establecidos en la Circular de 10 de septiembre de 2012, con las modificaciones que introduce las Instrucciones de 8 de marzo de 2017. En cualquier caso, la Consejería de Educación de la comunidad autónoma de Andalucía ha insistido en que esta determinación no habrá de entenderse en ningún caso como un diagnóstico o juicio clínico por parte del orientador u orientadora, sino como la identificación de aquellas NEAE que requieren una respuesta educativa diferente a la ordinaria, referida a la

aplicación de medidas específicas que impliquen o no recursos específicos y a la intensidad de las mismas.

Sin ánimo de realizar una extensa descripción del proceso de evaluación psicopedagógica, dado que no es el objeto de esta investigación, sí se considera conveniente ofrecer un planteamiento actualizado sobre su concepción e implicaciones. De este modo, podemos decir que la evaluación psicopedagógica y la organización para la prestación de una atención educativa equitativa son actuaciones que realiza la Administración educativa en el ejercicio de las potestades que tiene conferidas para garantizar el derecho fundamental a la educación (artículos 71, 74 y disposición adicional vigesimotercera de la Ley Orgánica 2/2006, de 3 de mayo, de Educación, modificada por la Ley Orgánica 8/2013, de 9 de diciembre, para la mejora de la calidad educativa, y, artículo 7 de la Ley 9/1999, de 18 de noviembre, de Solidaridad en la Educación).

Asimismo, tomando como referencia lo establecido en el Decreto 147/2002, de 14 de mayo, por el que se establece la ordenación de la atención educativa de los alumnos y alumnas con necesidades educativas especiales asociadas a sus capacidades personales y lo establecido en la Orden de 19 de septiembre de 2002, por la que se regula la realización de la evaluación psicopedagógica y el dictamen de escolarización, se define la evaluación psicopedagógica como el conjunto de actuaciones encaminadas a recoger, analizar y valorar la información sobre las condiciones personales del alumno o alumna, su interacción con el contexto escolar y familiar y su competencia curricular, con objeto de delimitar sus necesidades educativas y fundamentar la toma de decisiones que permita proporcionar una respuesta educativa que logre desarrollar, en el mayor grado posible, las competencias y capacidades establecidas en el currículo.

La evaluación psicopedagógica, como requisito para la identificación de las NEAE, se concibe como una parte del proceso de la intervención educativa y ha de poner el énfasis en lograr el ajuste adecuado entre las necesidades del alumno o la alumna y la respuesta educativa que se le proporcione. Para ello, la evaluación psicopedagógica se entiende como un proceso interactivo, participativo, global y contextualizado, que transcienda de un enfoque clínico de la evaluación y profundice en la detección de necesidades desde un enfoque holístico, ofreciendo orientaciones útiles y precisas para el ajuste de la respuesta educativa.

De acuerdo con lo establecido en el citado Decreto 147/2002, de 14 de mayo y en la Orden de 19 de septiembre de 2002, la evaluación psicopedagógica es competencia de los equipos de orientación educativa en los centros públicos de educación infantil y primaria, de los departamentos de orientación en los institutos de educación secundaria o, en el caso de los centros privados concertados, de las y los profesionales que desarrollan las labores de orientación educativa en los mismos.

Presentamos a continuación, de forma gráfica, el procedimiento que implica realizar una evaluación psicopedagógica, según lo establecido en el anexo I de las Instrucciones de 8 de junio de 2015:

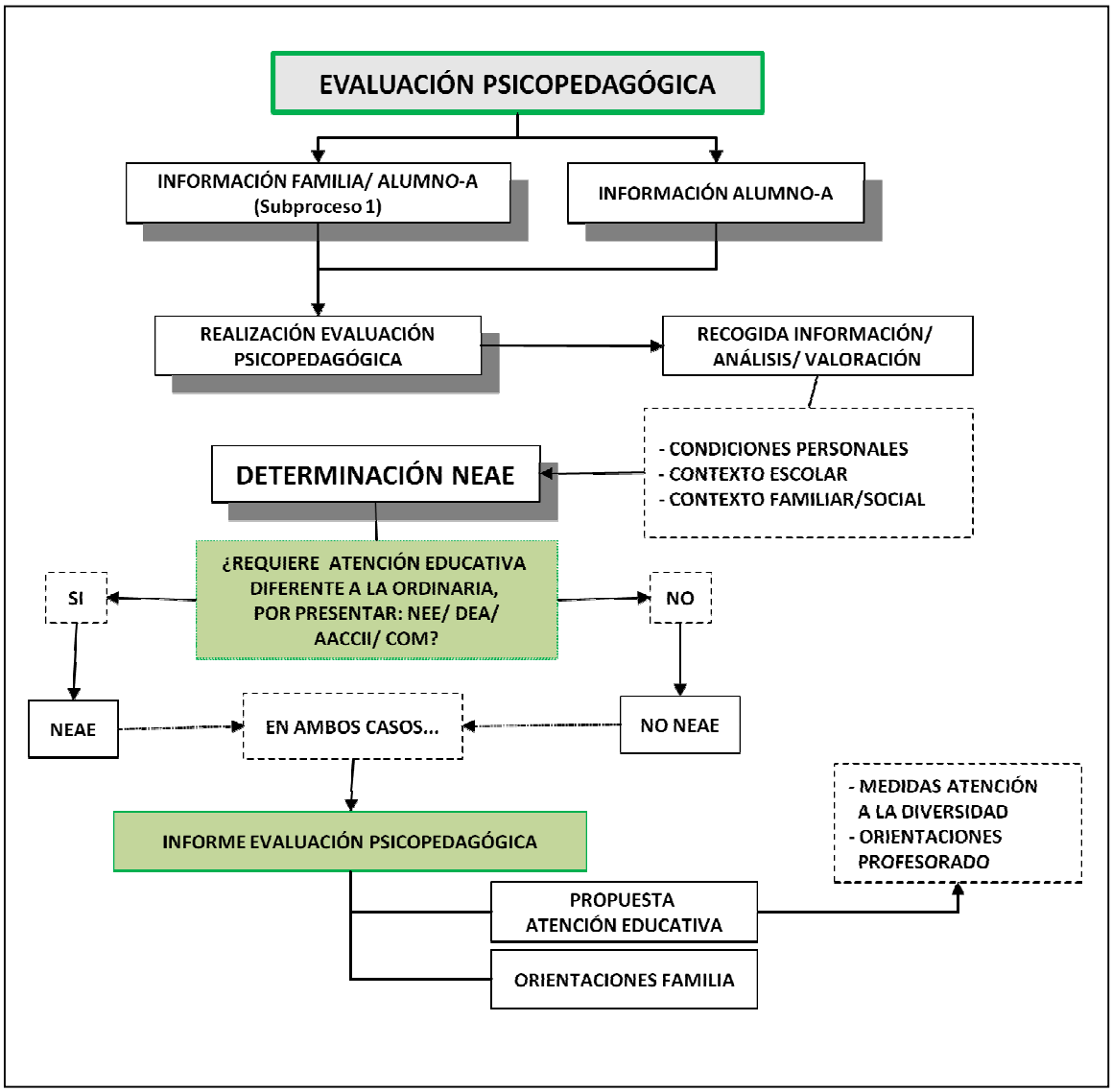


Figura 16. Proceso de Evaluación Psicopedagógica (Instrucciones de 8 de marzo de 2017, Consejería de Educación)

Este proceso de evaluación psicopedagógica tiene la finalidad de identificar necesidades educativas así como proponer la atención educativa que dé respuesta a dichas necesidades. Por tanto, en función de la atención educativa que se precise para dar respuesta a las necesidades educativas identificadas en un alumno o alumna se determinará si presenta o no NEAE, así como el tipo de NEAE identificado, según los criterios establecidos en la Circular de 10 de septiembre de 2012, con las modificaciones que introduce las Instrucciones de 8 de marzo de 2017.

Las conclusiones obtenidas tras el proceso de evaluación psicopedagógica se deberán recoger en el correspondiente informe de evaluación psicopedagógica, cuya elaboración es responsabilidad del profesional de la orientación que ha coordinado el proceso, según se establece en la Orden de 19 de septiembre de 2002, por la que se regula la evaluación psicopedagógica y el dictamen de escolarización.

El informe de evaluación psicopedagógica es un documento en el que se refleja la situación evolutiva y educativa del alumno o la alumna en interacción con los diferentes contextos de desarrollo y enseñanza, se especifican sus necesidades específicas de apoyo educativo, si las tuviera, y se concreta la propuesta de atención educativa necesaria para facilitar y estimular su progreso durante su escolarización. Este informe, se elabora según el modelo recogido en el módulo de gestión de la orientación del sistema de información SÉNECA, que consta de los siguientes apartados:

Datos personales
Datos escolares
Datos de la evaluación psicopedagógica
Información relevante del alumno o alumna
Información relevante sobre el entorno familiar y el contexto social
Determinación de las necesidades específicas de apoyo educativo
Propuesta de atención educativa. Orientaciones al profesorado
Orientaciones a la familia o a los representantes legales

Tabla 16. Apartados del Informe de Evaluación Psicopedagógica
(Instrucciones de 8 de marzo de 2017, Consejería de Educación)

En cualquier caso, la decisión respecto a si un alumno o alumna presenta NEAE no puede centrarse exclusivamente en la valoración de sus condiciones personales, sino en la interacción de éstas con su contexto, tanto escolar como socio-familiar y la atención educativa que precise para dar respuesta a estas necesidades.

En este sentido, las Instrucciones de 8 de marzo de 2017, donde se establece que todos los informes de evaluación psicopedagógica iniciados durante un curso deberán estar firmados y bloqueados en el módulo de gestión de la orientación del sistema de información SÉNECA antes de finalizar dicho curso, incluye una excepcionalidad en el caso del alumnado de nueva escolarización en el Segundo Ciclo de Educación Infantil pues, con objeto de garantizar la adecuada planificación de las medidas y recursos que necesite, autoriza a que dicho informe de

evaluación psicopedagógica se termine de realizar cuando el alumno o alumna esté escolarizado, pudiendo así concluir la evaluación psicopedagógica valorando al alumno o alumna en interacción con entorno, es decir su nuevo centro docente. No obstante, con objeto de que dichos informes se finalicen, establecen las Instrucciones que tendrán que estar bloqueados durante el primer trimestre del curso que comience el alumno o alumna, siendo responsable de su finalización el orientador u orientadora de referencia en ese momento.

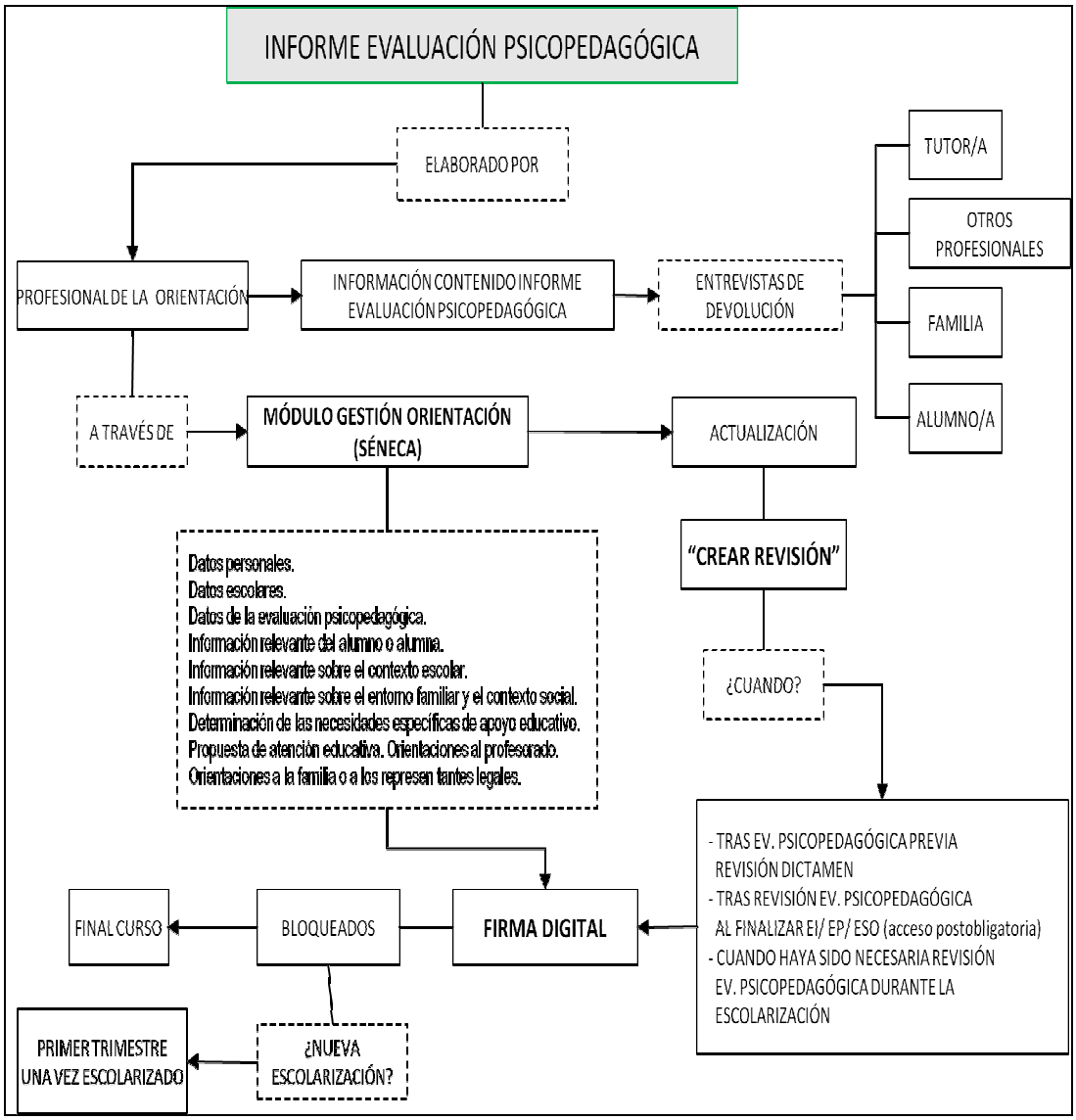


Figura 17. Proceso de elaboración del informe de evaluación psicopedagógica
(Instrucciones de 8 de marzo de 2017, Consejería de Educación)

Además, en aquellos casos en los que se determine que el alumno o alumna, objeto del proceso de evaluación psicopedagógica, presenta necesidades educativas especiales, éste deberá ser objeto de dictamen de escolarización. De acuerdo con lo establecido en el preámbulo de la Orden de 19 de septiembre de 2002, el dictamen de escolarización es un informe fundamentado en la evaluación psicopedagógica en el que se determinan las necesidades educativas especiales y se concreta la propuesta de modalidad de escolarización y la propuesta de las ayudas, los

apoyos y las adaptaciones que cada alumno o alumna requiera. Esta misma Orden determina en su artículo 7, que la finalidad del dictamen de escolarización es determinar la modalidad de escolarización que se considera adecuada para atender las NEE del alumno o alumna.

De otro lado, se considera alumnado con NEE a todo aquel que requiera, por un período de su escolarización o a lo largo de toda ella, atención específica, derivadas de diferentes grados y tipos de capacidades personales de orden físico, psíquico, cognitivo o sensorial. A su vez, esta atención específica se define como "*la aplicación de medidas específicas que impliquen necesariamente la dotación de recursos personales y/o materiales específicos*", según lo establecido en las Instrucciones de 8 de marzo de 2017. En consecuencia, si un alumno o alumna con diferente grado y tipo de capacidad personal de orden físico, psíquico, cognitivo o sensorial no precisa de atención específica, no será considerado como alumno o alumna con NEE y por tanto, no será objeto de dictamen de escolarización.

Este documento, el dictamen de escolarización es competencia exclusiva, según el artículo 7 del Decreto 147/2002, de los equipos de orientación educativa. Por ello, el orientador u orientadora de referencia del EOE será quien elabore el dictamen de escolarización, no obstante, dado el carácter multiprofesional de dicho documento, la propuesta de la modalidad de escolarización será adoptada por el equipo de orientación educativa de forma colegiada.

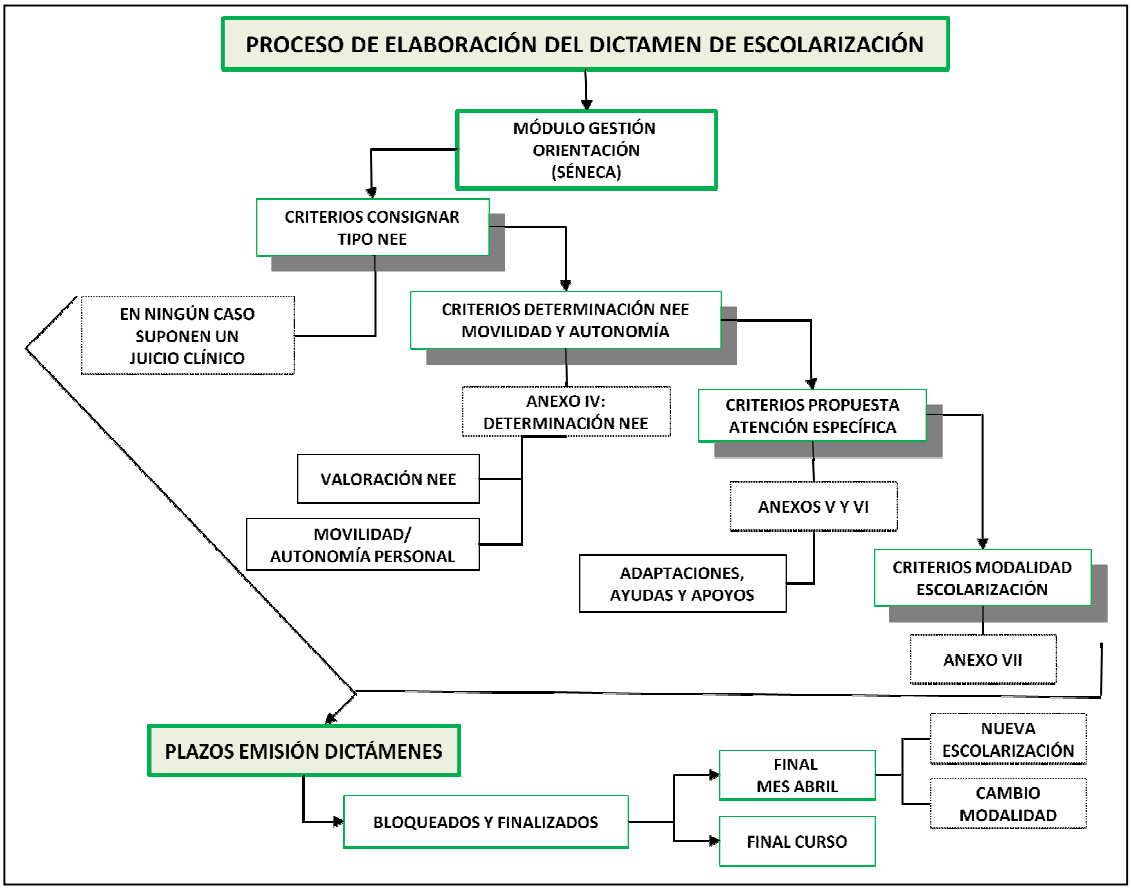


Figura 18. Proceso de elaboración del Dictamen de Escolarización
(Instrucciones de 8 de marzo de 2017, Consejería de Educación)

Al igual que el informe de evaluación psicopedagógica, el dictamen de escolarización es elaborado por el orientador u orientadora de EOE en el módulo de gestión de la orientación del Sistema de información SÉNECA, e incluye los siguientes apartados:

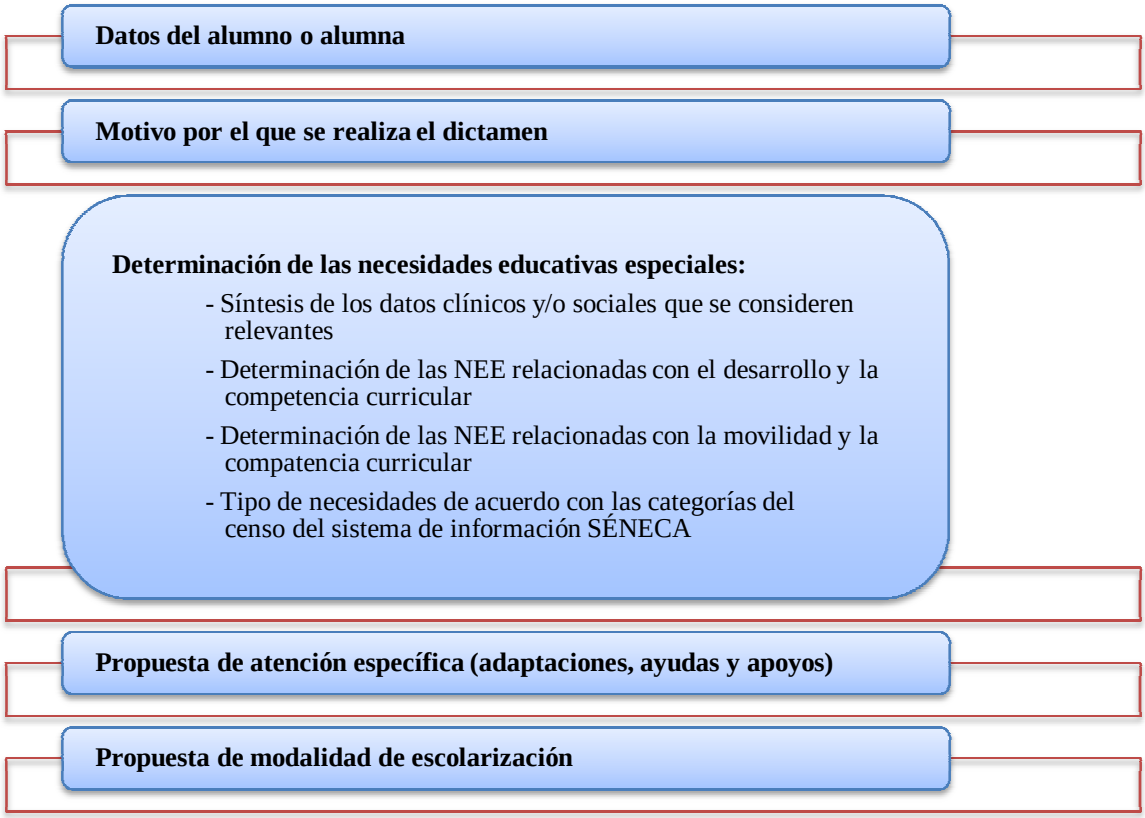
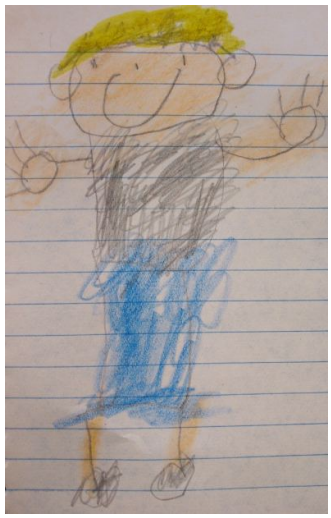


Tabla 17. Apartados del Dictamen de Escolarización (Instrucciones de 8 de marzo de 2017, Consejería de Educación)

Siguiendo a Peñafiel (2004) para el desarrollo de sus funciones, el orientador u orientadora, ha adoptado a lo largo de los últimos 40 años diversos enfoques y perspectivas a la hora de entender la atención a la diversidad, determinando los diferentes modelos y marcos globales de actuación. Los modelos de intervención en la orientación que él plantea son el modelo clínico, el modelo psicopedagógico y el modelo socio-psico-pedagógico.

El modelo clínico está caracterizado por la atención a núcleos parciales de la población escolar, de carácter terapéutico, actuación sobre el problema y no sobre el contexto donde se produce, evaluación basada en la categorización de los sujetos, relación uno a uno como forma predominante de actuación, Desde el modelo psicopedagógico se interviene con los alumnos y alumnas, los profesores y profesoras, la institución escolar y las familias la facilitación de métodos de estudio y trabajo. Este modelo requiere algún tipo de "negociación" y definición consensuada de las funciones del orientador u orientadora en el centro. El modelo socio-psico-pedagógico que plantea Peñafiel (2004) recoge todos los presupuestos e instrumentos de trabajo del modelo anterior e intenta no perder de vista la comunidad, el entorno social en el que la escuela está enclavada. Desde este modelo se trata de coordinar esfuerzos de todos los

profesionales de la educación, de los servicios sociales, de salud,…desde un paradigma de colaboración y cooperación institucional, como actualmente recoge el marco normativo de Andalucía.



Sin embargo, tras el breve análisis que hemos realizado de la intervención de los orientadores y orientadoras en el terreno de la identificación y posterior determinación del alumnado que presenta algún tipo de NEAE, así como haciéndonos eco de las muchas voces dentro del propio campo de la orientación, es más que cuestionable que el actual modelo esté avanzando en la línea de la inclusión educativa, cuando se parte de la prescriptiva categorización del alumnado y en función de esta, del tipo de respuesta educativa que se le puede ofrecer. Se trata, sin lugar a dudas de una reflexión más que obvia cuando se llega a hablar de la "perversión del sistema", cuyo objetivo es manipular la realidad con el objetivo de poder ofrecer al alumno o alumna con NEAE las medidas y recursos que realmente requiere.

Vamos a seguir profundizando en la respuesta educativa en el apartado siguiente, por lo que intentaremos valorar de forma más completa y global esta controversia que está generando en la propia Administración educativa la necesidad de replantearse el modelo educativo actual, dado que la tendencia de los últimos años ha supuesto y supone de cara a un futuro a corto plazo, la necesidad inagotable de recursos personales para la atención al alumnado que presenta NEAE. Así se ha evidenciado en las Jornadas autonómicas para el análisis del modelo de atención a la diversidad que la Dirección General de Participación y Equidad de la Consejería de Educación organizó el pasado 16 de enero de 2017 en Sevilla.

III.2. LA ATENCIÓN INFANTIL TEMPRANA EN LA ETAPA DE EDUCACIÓN INFANTIL

La etapa de Educación Infantil, tal y como hemos definido en el capítulo anterior, contribuye de forma decisiva al desarrollo y aprendizaje de los niños y las niñas desde los primeros años de su vida. Desarrolla las capacidades y competencias necesarias para su integración activa en la sociedad y posibilita aprendizajes relevantes en continua interacción con el medio físico, natural, social y cultural a través de la utilización de diversos lenguajes.

Se ordena en dos ciclos:

- Primer ciclo: comprendido entre 0 y 3 años.
- Segundo ciclo: comprendido entre 3 y 6 años.

El primer ciclo (0-3 años) de Educación Infantil impartido en escuelas infantiles o centros de educación infantil autorizados por la Administración educativa, ayuda al desarrollo equilibrado de las capacidades afectivas, motrices, cognitivas y de comunicación y lenguaje de los niños y niñas desde el nacimiento hasta los 3 años de edad.

Por su parte, el segundo ciclo (3-6 años) impartido en escuelas infantiles o centros de educación infantil y primaria (CEIP), continúa progresivamente su contribución al desarrollo afectivo, al movimiento y a los hábitos de control corporal, a las manifestaciones de la comunicación y del lenguaje, a las pautas elementales de convivencia y relación social, así como al descubrimiento de las características físicas y sociales del medio. Además, facilita que niños y niñas elaboren una imagen de sí mismos positiva y equilibrada y adquieran autonomía personal.

En los últimos años, la educación y las necesidades básicas en la infancia han suscitado un gran interés a nivel internacional. Esto es fomentado en parte, por diferentes estudios e investigaciones, como las realizadas por Paniagua y Palacios (2005) donde se puntualiza la importancia de las experiencias tempranas para el desarrollo integral del niño/a, y su éxito en el entorno. Es cierto que la etapa de Educación Infantil (0-6 año), a pesar de su carácter voluntario, es imprescindible, por tener un marcado carácter preventivo y compensador para niños y niñas considerados de riesgo o con dificultades en su desarrollo (Cámara, 2011). En este sentido, de acuerdo con Aranda (2008) la Atención Temprana se configura como una serie de actuaciones cuyos procesos de prevención, diagnóstico e intervención posibilitan y aportan los recursos necesarios para potenciar las capacidades del niño o de la niña y, facilitar su integración social. La importancia de este proceso, también se refleja en las recientes Instrucciones de 8 de marzo de 2017, que establecen el protocolo de detección e identificación del alumnado con necesidades específicas de apoyo educativo y organización de la respuesta educativa. Por tanto, en la actualidad difícilmente encontraremos estudios que estén en desacuerdo con la afirmación de que la Educación Infantil y la Atención Infantil Temprana son campos importantes para la atención a las necesidades, y el desarrollo de la primera infancia.

En este sentido, especialmente el primer ciclo de la etapa de Educación Infantil tiene que prepararse tanto en instalaciones y material, como en personal cualificado para escolarizar a niños y niñas que presenten un trastorno en el desarrollo o el riesgo de padecerlo. La escolarización de este tipo de alumnado es cada vez más frecuente, lo cual supone un importante logro de la sociedad, pero ello implica poder ofrecerles la atención de calidad que requieren. Por tanto, la Administración educativa deberá replantearse en los próximos años cómo afronta las necesidades cada vez más evidentes, de este tipo de alumnado en el periodo de 0 a 3 años, dotando a los centros de los recursos materiales y personales de carácter específico que sean necesarios. Al mismo tiempo, se deben mejorar los procesos de detección, derivación, identificación e intervención a través de los orientadores y orientadoras especialistas en AIT, así como los procedimientos de coordinación con los servicios sanitarios, de modo que los docentes

que imparten el primer ciclo cuenten con el adecuado asesoramiento para la atención educativa de este alumnado.

III.2.1. RELACIÓN DE DEPENDENCIA ENTRE EDUCACIÓN INFANTIL Y ATENCIÓN INFANTIL TEMPRANA

Según el argumento planteado en el párrafo anterior, la etapa de Educación Infantil y la Atención Infantil Temprana son procesos que deben transcurrir de forma absolutamente transversal, puesto que ambos se necesitan y se complementan. En este sentido, el valor de la Educación Infantil radica en que constituye un marco privilegiado para la atención a todos los niños y niñas, máxime para aquellos que presenten un trastorno en el desarrollo o el riesgo de padecerlo. Desde un planteamiento globalizador e integrador, los centros de primer y segundo ciclo se convierten en el contexto idóneo para detectar, identificar y atender las necesidades educativas que se deriven del posible trastorno en el desarrollo que puedan presentar determinados alumnos y alumnas.

La incorporación a la etapa de Educación Infantil de las niñas y los niños que presenten un trastorno en el desarrollo o el riesgo de padecerlo en estas edades, supone entrar en contacto con una realidad cada vez más amplia y diversa, multiplicándose las oportunidades de interaccionar con lo que les rodea. Las distintas situaciones vividas y las múltiples experiencias que la escuela les procura, les permitirá recibir una estimulación que ningún otro entorno o profesional puede proporcionar, además de tomar conciencia del medio en el que transcurre nuestra vida y del que formamos parte.

Nos encontramos por tanto, en una etapa educativa que necesariamente juega un papel fundamental en la atención a niños y niñas que presentan un trastorno en el desarrollo o riesgo de padecerlo. El tramo de edad que abarca y la finalidad propia de la etapa, constituyen aspectos que la atención infantil temprana (AIT) no puede obviar si realmente pretende ofrecer una atención integral del niño o niña desde un enfoque multidisciplinar e interadministrativo. Son tantos los beneficios que el alumnado que es objeto de atención infantil temprana obtiene de un trabajo adecuadamente coordinado y planificado, que las Consejerías de Educación y de Salud han de liderar un proceso en el que se rentabilicen al máximo los recursos existentes en ambas administraciones, proporcionando a los menores y a sus familias la atención que requieren.

La etapa de Educación Infantil y en especial el primer ciclo, adquieren una gran relevancia en el proceso de AIT, dado que supone:

1. De un lado, ofrecer un espacio de estimulación sin igual a los niños y niñas que presentan un trastorno en el desarrollo o riesgo de padecerlo y que son atendidos en los CAIT dependientes de la Consejería de Salud. Una estimulación multisensorial natural y espontánea ofrecida por sus propios iguales en primera instancia y por los docentes de forma estructurada.
2. De otro lado, permite la detección temprana de multitud de signos de alerta que pueden pasar inadvertidos en los procesos de detección previstos por los servicios sanitarios, especialmente los relacionados con la interacción social y el lenguaje y la comunicación

La estructura, la finalidad, la metodología y las condiciones específicas de la Educación Infantil y especialmente, las interacciones que se producen en el contexto escolar, diferentes a las del medio familiar, permiten, en la mayoría de los casos, poner de manifiesto la presencia de desviaciones en el proceso evolutivo, desajustes en el desarrollo psico-afectivo del niño o niña y/o alteraciones en su comportamiento, que por su propio carácter o por la menor gravedad del trastorno, pueden pasar fácilmente inadvertidas a los padres y también al personal sanitario, no siendo detectadas hasta que el menor se escolariza en un centro docente.

De ahí el gran valor que es necesario otorgar a los profesionales de esta etapa educativa pues, cuando un niño o niña asiste a la escuela infantil, los maestros y educadores de la misma constituyen un importante agente de detección. En esta etapa pueden apreciarse problemas en las capacidades y comportamientos básicos para el aprendizaje: habilidades motoras, de socialización, de lenguaje, dificultades atencionales y perceptivas y limitaciones cognitivas o emocionales que antes no habían sido detectadas. Resulta fundamental por tanto, que estos profesionales cuenten con la formación necesaria y con el asesoramiento adecuado.

La Consejería de Salud y, ni que decir tiene, la Consejería de Educación, pueden dejar de otorgar el valor que tiene y de reconocer la relevancia de una etapa en la que se sientan las bases para el desarrollo futuro de las niñas y los niños tanto en su dimensión personal como social. En ella se cimientan los valores que hacen posible la vida en sociedad, se inicia la adquisición de hábitos de convivencia democrática y de respeto mutuo y se trabaja con los niños y las niñas para que, en el futuro, participen responsablemente en la vida social y ciudadana.

III.2.2. ESTRUCTURAS DE ORIENTACIÓN EN LA ETAPA DE DE EDUCACIÓN INFANTIL

Los servicios de orientación y de atención a la diversidad que la Consejería de Educación de la Junta de Andalucía ha dispuesto para la etapa de Educación Infantil difieren significativamente entre el primer y el segundo ciclo. Mientras en el segundo ciclo (3-6 años) los centros cuentan, en la mayoría de los casos, con profesionales de la orientación (EOE), profesorado especialista de educación especial, recursos materiales específicos, medidas

específicas de carácter educativo y de carácter asistencial,…, en el primer ciclo de Educación Infantil sólo se dispone actualmente del orientador u orientadora especialista en AIT.

Entendemos que esta realidad se muestra muy contraria a lo establecido por la propia Ley 17/2007, de 10 de diciembre, de Educación de Andalucía, cuando en su artículo 114 determina que *"la Administración de la Junta de Andalucía debe establecer el conjunto de actuaciones dirigidas a la población infantil, con especial atención en el periodo de cero a seis años, a sus familias y al entorno con la finalidad de prevenir, detectar e intervenir de forma precoz sobre cualquier trastorno en su desarrollo, o riesgo de padecerlo".*

Teniendo en cuenta esta realidad como punto de partida, describiremos a continuación, de forma resumida, las diferentes estructuras de orientación y su vinculación con la etapa de Educación Infantil.

III.2.2.1. Equipo de Orientación Educativa (EOE)

El Decreto 213/1995, de 12 de septiembre, por el que se regulan los Equipos de Orientación Educativa, define los citados Equipos como:

> *"Los Equipos de Orientación Educativa son unidades básicas de orientación psicopedagógica, que mediante el desarrollo de funciones especializadas en las áreas de orientación educativa, atención al alumnado con necesidades educativas especiales, compensación educativa y apoyo a la función tutorial del profesorado actúan en el conjunto de centros de una zona".(*Decreto 213/1995, de 12 de septiembre).

El mencionado Decreto estableció los elementos básicos de la organización de los Equipos y determinó sus funciones generales y especializadas, referidas a las áreas y ámbitos que constituyen el objeto de su intervención profesional: el apoyo a la función tutorial, la orientación vocacional y profesional, la atención a las necesidades educativas especiales y la compensación educativa.

Los EOE desarrollan sus funciones en un ámbito de trabajo "zonal", por lo que atienden a todos los centros docentes que conforman esa zona educativa y desarrollan sus funciones fundamentalmente en las etapas de Educación Infantil, en su tramo de edad de 3 a 6 años y en Educación Primaria, coordinando el proceso de escolarización entre el primer y el segundo ciclo de Educación Infantil, así como el programa de tránsito de Educación Primaria a Educación Secundaria Obligatoria.

A su vez los EOE cuentan como órgano de planificación y coordinación en cada Delegación Provincial, con un Equipo Técnico Provincial para la Orientación Educativa y Profesional, dependiente del Servicio de Ordenación Educativa (ETPOEP). Las funciones específicas de estos ETPOEP se refieren a la planificación, impulso, desarrollo, evaluación y

coordinación de las actuaciones de los Equipos y Departamentos de Orientación, así como la formación permanente de los profesionales y la determinación de las líneas de actuación prioritarias, de acuerdo con las directrices que la Consejería de Educación determine.

Como hemos podido comprobar, sus actuaciones no se inician con el alumnado hasta que se escolarizan en el 2º ciclo de Educación Infantil, no interviniendo por tanto en el primer ciclo. No obstante, hemos tenido ocasión de ver en el apartado *III.1.3. "Determinación de Alumnado con Necesidad Específica de Apoyo Educativo"*, que los EOE juegan un papel fundamental en la escolarización del alumnado que presente algún trastorno en el desarrollo o el riesgo de padecerlo, en el 2º ciclo, pues son los encargados de la identificación de este alumnado y en concreto, del alumnado que presente NEE. Su importancia radica en que la determinación de NEE, la propuesta de modalidad de escolarización y la propuesta de atención específica que realicen, condiciona de forma decisiva el futuro académico de un niño o niña a edades muy tempranas.

Este proceso adquiere por tanto, tal relevancia y trascendencia que ha requerido la definición de nuevos protocolos y procedimientos para garantizar que los procesos de identificación y determinación de la modalidad de escolarización se realicen con el máximo rigor y el mejor criterio técnico y profesional. Implica además, la necesidad de contar con valoraciones previas de aquellos profesionales que sí llevan trabajando con los niños y niñas identificados desde meses e incluso años anteriores, nos referimos tanto a los profesionales de los CAIT o entidades privadas, como de los centros de primer ciclo donde hayan estado escolarizados.

Los EOE constituyen una pieza clave en el proceso de atención infantil temprana, en el proceso de nueva escolarización y en la organización de la respuesta educativa del alumnado a partir del 2º ciclo de Educación Infantil. No se "*entiende"* el motivo por el que la atención de estos profesionales al alumnado escolarizado no se extiende también al primer ciclo, cuando realmente se podría anticipar una respuesta educativa de carácter preventivo capaz de minimizar en muchos casos los posibles efectos adversos de determinados trastornos en el desarrollo. Es por ello, que la Consejería de Educación, si realmente quiere formar parte del proceso de AIT, ofreciendo una respuesta lo más tempranamente posible a los niños y niñas que presentan un trastorno en el desarrollo o el riesgo de padecerlo, tal y como establece la normativa que esta Administración ha desarrollado, deberá replantearse a corto plazo un cambio en el enfoque de la intervención de estos profesionales.

III.2.2.2. Equipo de Orientación Educativa Especializado

Una situación similar a la descrita en el apartado anterior respecto a los EOE, encontramos al hablar del EOE Especializado, a excepción de uno de sus componentes, cuya designación es específica para el desarrollo del proceso de AIT, nos referimos al orientador u

orientadora especialista en AIT (sobre el que podremos profundizar en el siguiente apartado) dado que es el único profesional con competencias en el primer ciclo de Educación Infantil.

Al amparo del marco normativo de mayor rango a nivel nacional y autonómico, la Ley Orgánica 2/2006 de 3 de mayo de Educación, así como la Ley 17/2007 de 10 de diciembre de Educación en Andalucía, se recoge, en sus capítulos dedicados al alumnado con necesidades específicas de apoyo educativo, que las Administraciones establecerán las actuaciones necesarias dirigidas a la población infantil de cero a seis años, a sus familias y al entorno con la finalidad de prevenir, detectar e intervenir de forma precoz sobre cualquier trastorno en su desarrollo, o riesgo de padecerlo.

Así mismo, el propio desarrollo de las Leyes anteriores, como fue la Orden de 23 de julio de 2003, mediante la cual se regularon diferentes aspectos sobre la organización y el funcionamiento de los EOE, quedó establecida la necesidad de ir configurando, en cada provincia andaluza, un EOE-E que atendiese al alumnado con NEE asociadas a discapacidad motora, sensorial, trastornos generales del desarrollo y trastornos graves de conducta, así como aquel otro alumnado que la Consejería de Educación determinase. Estos equipos dependerían a su vez, del Coordinador o Coordinadora del ETPOEP y desarrollarían sus funciones en coordinación con los EOE.

Finalmente, a las especialidades ya establecidas en la Orden de 23 de julio de 2003, la Consejería de Educación consideró necesario incluir además, la de especialista en atención infantil temprana, por lo que en la actualidad los ocho EOE-E con los que cuenta la comunidad autónoma de Andalucía están conformados por seis especialidades, pudiendo contar en algunas provincias con más de un especialista por especialidad, valga la redundancia, dada la población a atender. Las especialidades a las que nos referimos son las siguientes:

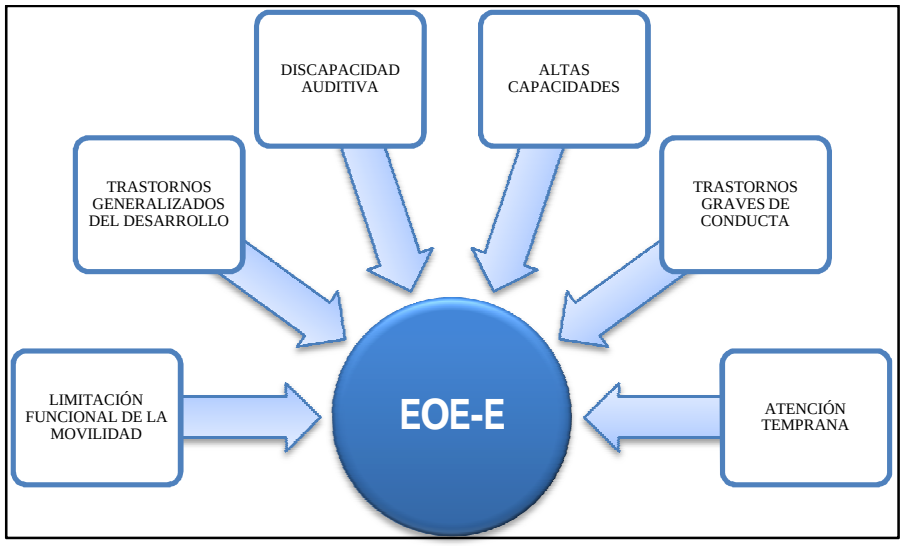


Figura 19. Especialidades que conforman el EOE Especializado

La actuación de estos Equipos ha supuesto un avance en la atención al alumnado que presenta NEE, completando, con una intervención de mayor especialización, la atención que se ofrece al mismo desde los centros educativos y otros servicios como los EOE.

La concreción de sus funciones se realiza a partir de la publicación de las Instrucciones de 28-06-2007, por la que se regulan determinados aspectos sobre la organización y el funcionamiento de los EOE Especializados. En dichas Instrucciones se definen en primer lugar como principios de intervención:

- Prevención y anticipación para la detección y atención Temprana.
- Detección temprana de necesidades educativas especiales.
- Coordinación intrainstitucional e interinstitucional.
- Enfoque multidisciplinar de la intervención.

Además, mediante las mencionadas Instrucciones, se establecen por primera vez, las funciones a desempeñar por cada uno de los especialistas que componen el EOE-E. De forma general son:

Funciones EOEE	a) Colaborar con los EOE y los DO en la identificación y valoración de las NEE del alumnado. b) Asesorar al profesorado y a los padres y madres del alumnado en lo relativo a técnicas, métodos y recursos apropiados para la acción educativa, tanto en el marco escolar como en el familiar. c) Colaborar en el diseño de planes de actuación y ACIs dirigidas al alumnado que sea objeto de su actuación profesional. d) Contribuir a la formación especializada del profesorado y de los profesionales de los EOE y DO, en el ámbito de las NEE que son objeto de su intervención profesional. e) Seleccionar, analizar y/o elaborar materiales didácticos, promocionar el uso de las tecnologías de la información y dinamizar el empleo de materiales y equipamiento técnico específico.

Tabla 18. Funciones Generales del EOE-E (Instrucciones de 28-06-2007, por la que se regulan determinados aspectos sobre la organización y el funcionamiento de los EOE Especializados)

Según lo establecido en las Instrucciones de 8 de marzo de 2017, en el proceso de evaluación psicopedagógica, en la elaboración del dictamen de escolarización y en cualquier otra cuestión en la que se requiera asesoramiento especializado, el o la profesional de la orientación podrá requerir la colaboración del EOE-E. En estas Instrucciones se introducen aspectos relativos a la organización y funcionamiento de estos equipos, no descritas en normativa anterior, referente a la prescriptiva participación de determinados especialistas, entre los que se encuentra el especialista en AIT, ante la emisión de dictámenes de escolarización en los que se realice una propuesta de modalidad de escolarización C “aula de educación especial

en centro ordinario" o modalidad D "centro específico de educación especial". Se establece que el especialista emita el correspondiente informe donde valore y se pronuncie sobre la conveniencia de la propuesta de modalidad de escolarización realizada por el EOE, en los siguientes casos:

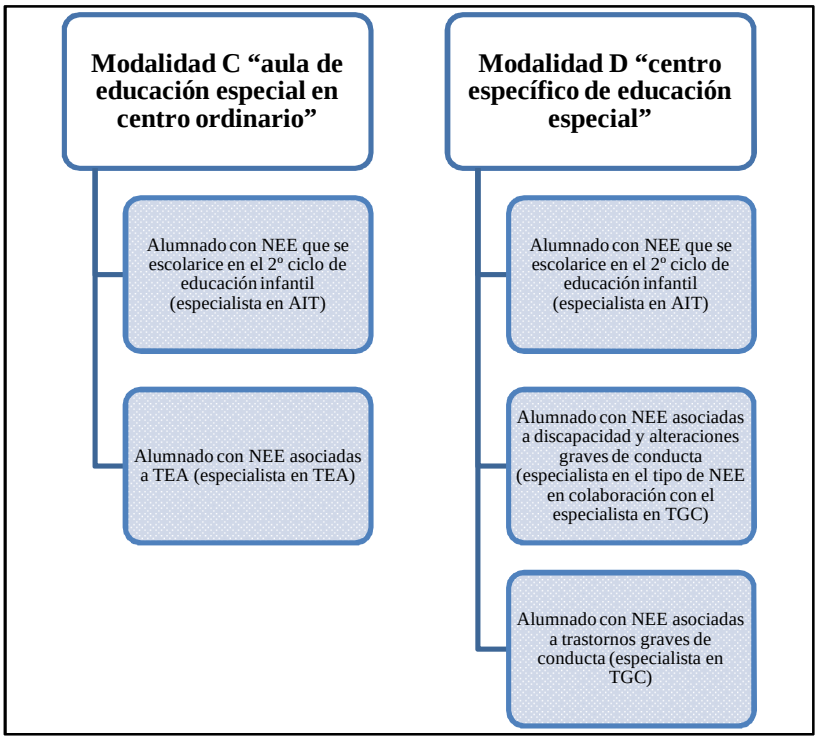


Figura 20. Participación del EOE-E en Dictámenes de Escolarización (Instrucciones 8 de marzo de 2017)

No obstante, en el resto de dictámenes de escolarización en los que se proponga modalidad "aula de educación especial en centro ordinario" o "centro específico de educación especial", será necesaria la coordinación con el EOE-E, en caso de que se disponga de un orientador u orientadora especialista en el tipo de NEE objeto del dictamen.

El objetivo que trasciende de estas nuevas actuaciones, que implican a determinados especialistas del EOE-E, es sin lugar a dudas, dotar de mayor rigor y carácter técnico las decisiones que condicionan de forma sensible la vida escolar y social de un niño o niña, con especial acento, cuando es necesario realizar esta toma de decisiones en edades muy tempranas, procurando siempre el entorno educativo menos restrictivo y por tanto, más inclusivo a nivel educativo y social.

Otra de las novedades que las Instrucciones de 8 de marzo de 2017 introducen respecto a las intervenciones del EOE-E se refiere a la solicitud de recursos materiales específicos. En este sentido, se establece que cuando la atención específica de un alumno o alumna requiera la dotación de un recurso específico, su prescripción será realizada por el orientador u orientadora del EOE-E a través del correspondiente Informe especializado, que se cumplimentará según el

modelo habilitado en el sistema de información SÉNECA, de acuerdo a las necesidades del alumno o alumna que lo justifiquen y previo análisis de los recursos disponibles en el centro. La necesidad y solicitud de dicho recurso será comunicada a la familia, a la dirección del centro y al profesional de la orientación.

No podemos olvidar ni dejar de mencionar, que las funciones de las y los profesionales especialistas de los EOE-E tienen un ámbito de actuación provincial, abarcando a alumnado desde el 2º ciclo de Educación Infantil hasta la Educación Secundaria Obligatoria, lo cual supone una limitación considerable en la eficacia y calidad de sus intervenciones. El primer ciclo queda únicamente en la parcela de actuación del especialista en AIT, por lo que de nuevo el enfoque de la Consejería de Educación a este respecto, no prioriza la detección e intervención temprana, comenzando la actuación de todos los recursos especializados a partir del 2º ciclo.

Consideramos imprescindible, presentar a continuación con mayor detalle el papel que ha de desempeñar en este equipo el orientados u orientadora especialista en atención infantil temprana. Se trata, como ya hemos señalado anteriormente, del único recurso con carácter especializado que tiene competencias para intervenir en el primer ciclo de Educación Infantil. Por ello, el desarrollo de sus actuaciones, anticipamos que no se encuentra exenta de dificultades y carencias, a la vez que de grandes retos y expectativas ante el apasionante campo al que se enfrenta.

III.2.2.3. EOE Especializado: Profesionales Especialistas en Atención Infantil Temprana

Con posterioridad a la regulación y creación del los EOE-E y amparándose en el mismo marco normativo, surge en el curso escolar 2009/2010 la figura del orientador u orientadora especialista en Atención Infantil Temprana como miembro de los Equipos de Orientación Educativa Especializados.

Las funciones de las y los profesionales especialistas en AIT al igual que el resto de miembros de los EOE-E tienen un ámbito de actuación provincial intentando ofrecer una adecuada atención a todos los niños y niñas de 0 a 6 años que presentan un trastorno en su desarrollo o el riesgo de padecerlo, siempre que se encuentren escolarizados. Según las Instrucciones de 20-09-2010, sobre organización y funcionamiento de los especialistas en AIT. en el marco de los EOE Especializados, una prioridad de sus intervenciones es el primer ciclo de la etapa de Educación Infantil, principalmente motivado porque los profesionales que trabajan en el primer ciclo no disponen del asesoramiento y apoyo de un orientador u orientadora de un EOE de referencia, para atender a sus necesidades y demandas.

La realidad de un único profesional que ha de atender a toda la población de niños y niñas de entre 0 y 6 años de una provincia, que presentan trastornos en el desarrollo o el riesgo

de padecerlo, no se antoja una tarea fácil. A pesar de ello, se intentó delimitar mediante la publicación de las citadas Instrucciones de 20-09-2010, cuáles debían ser las líneas prioritarias de actuación de este especialista.

OBJETIVOS	**1) Promover, facilitar o potenciar la evolución de todas las posibilidades de desarrollo de cualquier niño que lo requiera.** a. Detección de las necesidades del niño. b. Conocimiento previo de los procesos madurativos y la realidad biológica de cada niño así como las características de su entorno familiar y social. c. Diseño conjunto de un plan de acción, por los distintos servicios que intervengan. d. Intervención interprofesional dentro de cada servicio. e. Coordinación y Evaluación del seguimiento entre las instituciones que intervengan en el programa de intervención individual. **2) Planificar las acciones encaminadas a desarrollar o posibilitar en su mayor grado las opciones de integración familiar, educativa y socio-ambiental de cada niño.** a. Ejercer las funciones de información, formación y apoyo familiar, que potencien la plena integración. b. Realizar las acciones de manera coordinada entre los diferentes servicios, para facilitar la integración. c. Promover las acciones adecuadas para alcanzar progresivamente el máximo de desarrollo. d. Garantizar el principio de inclusión social y educativa del niño/a.

Tabla 19. Objetivos del Especialista en AIT del EOE-E

	Actuaciones Generales
ACTUACIONES	- Coordinación con los diferentes componentes de los EPAT y de los EOE de la provincia, para la planificación y establecimiento de líneas prioritarias de trabajo, así como un calendario de reuniones trimestral. Adopción de instrumentos de trabajo unificados (informes, protocolos,…) - Trasladar a todos los centros infantiles de la provincia protocolos para la detección precoz de situaciones de riesgo. - Promover y participar en la elaboración de programas de prevención de trastornos del desarrollo, de estimulación multisensorial, SAAC, apoyos,… - Creación de un banco de recursos adaptados y materiales específicos, propios de la atención temprana. - Actualización permanente desde el punto de vista educativo de una Guía de Recursos Socio-Sanitarios-Educativos, aportando los datos necesarios para ello. - Coordinación y colaboración permanente con asociaciones, entidades y/o instituciones privadas implicadas en la atención de niños de 0 a 6 años que padezcan algún tipo de trastorno. - Facilitar la participación, colaboración y coordinación de las familias en los centros educativos. - Participar activamente en propuestas formativas que se incluyan en los programas de formación dirigidos a profesionales. - Diseñar y aplicar instrumentos de evaluación que permitan valorar la idoneidad de las diferentes actuaciones desarrolladas.

	Actuaciones Específicas para el 1er Ciclo de Educación Infantil
	a. Elaboración de informes técnicos que puedan ser solicitados desde la Delegación Provincial de Educación. b. Definir y elaborar un programa de tránsito del 1er ciclo al 2º ciclo de Educación Infantil. c. Priorizar y derivar demandas de asesoramiento y/o intervención de otros Equipos Especializados. d. Promoción de la sensibilización del entorno comunitario respecto del desarrollo infantil y la comprensión del niño con trastornos en el desarrollo.
	Actuaciones Específicas para el 2º Ciclo de Educación Infantil
	1. Colaboración y coordinación sistemática con los EOE de la provincia, canalizando y facilitando sus demandas. 2. Participar en la elaboración de dictámenes de escolarización, especialmente en lo que ha procesos de escolarización se refiere. 3. Impulsar y favorecer el adecuado desarrollo y aplicación de los programas de tránsito del 1er ciclo al 2º ciclo y del 2º ciclo a la Educación Primaria.

Tabla 20. Plan de Actuación del Especialista en A.T.

No es necesario ser un experto en la materia para comprobar que ocho profesionales, uno por provincia, con un ámbito de actuación provincial, son un recurso del todo insuficiente para poder atender a un total de 1.901 centros y escuelas infantiles que ofertarán el próximo curso 2017/2018, hasta 112.796 plazas, más de 14.500 que el curso anterior, para el primer ciclo de Educación Infantil en Andalucía.

Debido a las necesidades sociales, laborales y familiares de nuestro entorno, es cada vez más frecuente que las familias decidan escolarizar a sus hijos e hijas en el primer ciclo a edades más tempranas. Esto implica que estos niños y niñas van a pasar en el entorno escolar una media de 5-8 horas diarias, lo cual convierte a los profesionales de este ciclo en agentes de gran importancia para la detección de signos de alerta o factores de riesgo en el desarrollo. Resulta imprescindible que, por parte del orientador u orientadora especialista en AIT, se establezcan protocolos que definan y estructuren los procesos de solicitud de intervención, a partir de los cuales se puede iniciar el proceso de derivación y de intervención que fuese necesario, siendo clave para ello que la información llegue a todos los centros de primer ciclo. La intervención del especialista puede dar lugar a distintos ámbitos de intervención: asesoramiento sobre programas a desarrollar en el contexto escolar, orientaciones a las familias sobre pautas educativas encaminadas a mejorar sus competencias como educadores de sus hijos e hijas, informes de derivación dirigidos a los pediatras valorando las señales de alertas detectadas, etc.

Por otra parte, una de las funciones más importantes que tiene asignada este especialista es facilitar el tránsito del primer al segundo ciclo de Educación Infantil de los niños y niñas con trastornos en el desarrollo que están siendo atendidos en un CAIT. El proceso complejo y a la vez decisivo de elegir colegio, que es duro para cualquier padre o madre, suele generar más inseguridades y miedos en las familias cuyo hijo o hija presentan un trastorno en el desarrollo, a

partir del cual se han identificado necesidades educativas especiales. Tan solo algunos ejemplos de las inseguridades que pueden manifestar las familias en este difícil proceso de escolarización en el 2º ciclo de Educación Infantil se manifiestan en preguntas como: ¿qué necesita mi hijo?, ¿qué colegio dispone de los recursos adecuados?, ¿estará bien atendido?.

Hemos de reconocer que un porcentaje muy alto de los niños y niñas con trastornos en su desarrollo o riesgo de padecerlos y sus familias están siendo atendido en centros de atención infantil temprana. Esto permite que exista a priori un control de esta población, de modo que en el tránsito toda la información se traslade a los EOE y así se garantice la adecuada planificación de la respuesta educativa que cada niño o niña requiera. Dentro de las actuaciones de coordinación interinstitucional, el equipo provincial de atención infantil temprana (EPAT), como estructura de coordinación a nivel provincial (sobre el que se va a profundizar en el apartado IV.2.2.3.) realiza una importante labor para facilitar y potenciar la coordinación entre los profesionales de los CAIT y los EOE.

Además, específicamente para el proceso de escolarización, se elaboran los informes previos a la escolarización por parte de los CAITs donde los niños y niñas están recibiendo tratamiento. Estos informes, recogen información sobre el desarrollo evolutivo de los menores, diagnóstico ODAT,…, aunque en los últimos años, gracias a la coordinación del EPAT y al impulso generado por las Consejerías implicadas, están adquiriendo gran relevancia por la valiosa información que aportan, las reuniones entre EOE y CAIT. Mantener un intercambio directo, entre todos los profesionales, enriquece la información recogida en los informes previos a la escolarización, así como concreta determinadas realidades y pone en valor determinados aspectos que sin la comunicación directa no sería posible.

Del mismo modo, es fundamental la coordinación de este especialista con los demás componentes del EOE Especializado, pues la información que se traslada a los EOE, también es trasladada a cada especialista, según el diagnóstico ODAT, facilitándoles a estos profesionales su labor de asesoramiento a los EOE en la valoración de los niños y niñas con trastornos directamente vinculados a su especialidad, así como en la solicitud de recursos materiales específicos, adaptaciones del puesto escolar, etc., necesarias para cada uno de los alumnos y alumnas.

Se ha intentado recoger de forma muy breve y simplificada las principales actuaciones que competen al orientador u orientadora especialista en AIT, aunque no puedo evitar tener la sensación de dejar muchas cuestiones de su realidad profesional sin contemplar en este apartado. Sin embargo, de un modo u otro, estoy seguro que esas cuestiones se van a ir abordando a lo largo del desarrollo de todo el marco teórico y por supuesto, en el propio desarrollo de la investigación. No obstante, es primordial que se insista una vez más en la necesidad de atender a una población, niños y niñas de 0 a 6 años con trastornos en el desarrollo

o en riesgo de padecerlos, que requiere y exige de una atención especializada desde el ámbito educativo, sanitario y social, aspecto que intentaremos desarrollar en el siguiente apartado.

III.3. LA RESPUESTA EDUCATIVA EN LA ETAPA DE EDUCACIÓN INFANTIL

La reflexión acerca del modelo educativo hacia el que deberíamos caminar, es una reflexión que puede condicionar significativamente el enfoque con el que planteemos este apartado. Hemos de ser conscientes de que la educación inclusiva supone aún hoy, un reto y una controversia no cerrada. Un reto por lo que supone de cambio en el papel del profesorado al tener que adoptar nuevas perspectivas educativas en el trabajo docente, y en la organización de los centros y de las aulas en cuanto a medidas de ajuste y trabajo con grupos heterogéneos. Y una controversia porque la educación inclusiva, por sí sola, no garantiza totalmente la consecución de un sistema educativo inclusivo.

La respuesta a este reto y a esta controversia, no sólo no resuelta aún, sino que supone en la actualidad un debate muy vivo, depende en gran medida de dos concepciones: la que se tenga de la diversidad y del propio proceso educativo y, la del modelo curricular subyacente en todos y cada uno de los niveles del proceso educativo. Como señalan Vidal y Manjón (2003), el modelo educativo propuesto actualmente en nuestro país para los tramos de la educación obligatoria o básica, a la que yo añadiría la etapa de Educación Infantil (1er y 2º ciclo), asume como uno de sus planteamientos básicos el concepto de necesidades específicas de apoyo educativo, lo que supone un cambio profundo en la manera de plantear la atención a la diversidad como el conjunto de recursos y medidas que se ponen en juego para responder a las NEAE, conjugando dos principios básicos:

> *"1. Lograr el mayor grado de desarrollo de las diferentes capacidades-objetivos para todos y cada uno de los alumnos y alumnas, incluidos aquellos cuyas necesidades educativas son descritas como específicas de apoyo educativo.*
>
> *2. Hacerlo con el mayor grado de normalización en cuanto a la provisión de servicios educativos, del currículum y de los emplazamientos escolares, es decir, de acuerdo con el denominado principio de inclusión educativa y social."* (Vidal, J.G. y Manjón, D.G., 2003, 128)

No obstante, en muchos centros educativos existen múltiples y singulares maneras de incorporar tantas medidas de atención a la diversidad, que bien podrían valorarse como una vía y apuesta por una inclusión insuficiente (Martínez, 2002 y 2004). Sin embargo, es la incorporación generalizada de tantas medidas excepcionales de atención a la diversidad en la educación básica, tal y como indica Martínez (2010), lo que nos lleva a plantear con mayor

preocupación que sea a través de éstas como paradójicamente se esté *"dibujando"* dentro del sistema escolar único, diversas trayectorias escolares devaluadas, segregadas y paralelas, por las que se va derivando al alumnado más vulnerable hacia la inclusión, a través de un proceso *"perverso"* como define el propio Martínez (2010, 173):

a. *"La Administración educativa regula quién es el alumnado "adecuado" para ser acogido en cada una de las medidas específicas. Y después ofrece a los centros que soliciten cada año la ayuda que necesitan, justificándola con la existencia de un número suficiente de alumnado que responda a esas características, iniciando así un camino de tipificación y etiquetaje de estudiantes en cuyo juego entran pronto los centros.*
b. *El centro, una vez que ha conseguido poner en marcha una medida, no cuestiona la posibilidad de que sea transitoria. De hecho, sucede lo contrario: cuantas más medidas se aprueban en un centro, más solicitan otras nuevas sin que se extingan las primeras (Galarreta et al., 2003 y 2006). A nuestro entender, eso es una evidencia de que se gastan más energías en aplicar medidas extraordinarias y muchas menos en hacer uso de ellas procurando superar las barreras de exclusión que persisten en las aulas ordinarias. Iniciado y consolidado un proceso de "exclusión" de la diversidad, lo que a la postre se "normaliza" en el centro es la salida de un porcentaje cada vez mayor del alumnado de los grupos ordinarios, por "razones" o "motivos" cada vez más diversos, y su adscripción a tantos grupos homogéneos y programas excepcionales como medidas tengan aprobadas.*
c. *La acumulación en los centros de todas las medidas ha ido generando en éstos una complejidad organizativa en la adscripción de grupos, aulas, profesorado, recursos, horarios, etc. Consiguientemente, el reto de adaptación y coordinación del currículo es muy difícil de gestionar. En la práctica "se resuelve" adoptando en cada una de las medidas la opción más excluyente. Lo malo es que, a la postre, esa práctica sostenida en el tiempo no solo desvirtúa la mejor intención con la que han sido diseñadas las medidas, sino que así se refuerza una práctica organizativa basada en la burocratización, la fragmentación y la rutina que, desde luego, en nada favorece la mejora y, mucho menos, la creación de los circuitos necesarios para la inclusión.*
d. *Todo esto trae consigo un proceso de "dualización de la enseñanza", tanto de los profesores como de los estudiantes. Así, mientras por una parte se encuentra el profesorado, alumnado, programas y recursos "ordinarios" con mayor prestigio, por otra se va conformando un nuevo colectivo (a veces invisible, otras devaluado y estigmatizado), formado por el profesorado, alumnado, programas y recursos "especiales", "excepcionales", o de forma más eufemística denominados "de atención a la diversidad".*
e. *Finalmente, la vivencia "normalizada" de los procesos de segregación y exclusión a la que parecen seguir asistiendo muchos jóvenes de las nuevas generaciones y sus profesores, contribuyen a reforzar ideas que creíamos superadas, pero que seguimos escuchando: "la inclusión es una utopía", "una cosa es la teoría y otra la práctica", "hay personas que no pueden o no quieren seguir estudiando", "la diversidad es un problema", etc.".* (Martínez, B., 2010, 173)

De todas formas, aún reconociendo que la realidad de la Administración educativa y de los centros educativos queda perfectamente reflejada en estas líneas de Martínez (2010), no

quisiéramos enfocar este apartado desde un punto de vista tan pesimista y por tanto, sin resaltar el hecho de que a pesar de todas las anteriores limitaciones que hemos analizado respecto a la propia dinámica de los centros en cuanto a la gestión de la atención a la diversidad y de la respuesta educativa que se ofrece al alumnado, pensamos que su utilidad, valor y beneficio, va a depender no sólo de la propia propuesta en sí, sino del enfoque que el o la profesional le dé, del sentido con que la dote, y de las actitudes y valores que este mismo profesional tenga a la hora de realizarla y llevarla a la práctica. Como señala Arnáiz (1999), todas estas estrategias tendrán un valor inclusivo y constructivista siempre que sean entendidas como herramientas de trabajo que faciliten la toma de decisiones sobre la respuesta educativa, que mejor atienda a las características personales, competencia curricular y estilo de aprendizaje de todos y cada uno de los alumnos y alumnas de un aula. Y siempre que su implementación quede enmarcada en procesos de enseñanza-aprendizaje en los que participen todo el alumnado y no den lugar a segregación.

III.3.1. ORGANIZACIÓN DE LA RESPUESTA EDUCATIVA AL ALUMNADO CON NECESIDAD ESPECÍFICA DE APOYO EDUCATIVO

Una de las características básicas de cualquier sistema educativo es, sin lugar a dudas, la concepción de la diversidad que se propone y el conjunto de respuestas educativas que se establecen para su tratamiento. La respuesta educativa que desde nuestro Sistema Educativo, en general, y los centros docentes en particular, se pueden y deben plantear para todo el alumnado en general y de forma específica para el alumnado con necesidades específicas de apoyo educativo pueden agruparse en 2 grandes grupos (Gimeno, J. 2001):

- El currículum (medidas de flexibilización curricular).
- Orientación y tutoría (acciones tutoriales, orientación psicopedagógica, vocacional).

Sin embargo, la experiencia nos demuestra, de manera repetida, que cuando estas medidas se intentan llevar a cabo suelen chocar con una serie de problemas y dificultades (algunas veces son simples excusas que esconden otras razones mucho más reales), que las hacen ineficaces en un elevado número de casos y que habitualmente tienen que ver con la concepción educativa general, y no sólo de la diversidad, que un centro/equipo docente posee en un determinado momento. Es por esto que hemos considerado, añadir a los 2 grupos anteriores de respuesta uno, que sería previo y muchas veces constituye una respuesta no explícita, referido a las respuestas educativas que una comunidad educativa debe tomar, y sobre todo explicitar, para la atención a la diversidad. Nos referimos a las respuestas ideológicas, entendidas como la concepción respecto a la educación y la escuela en general.

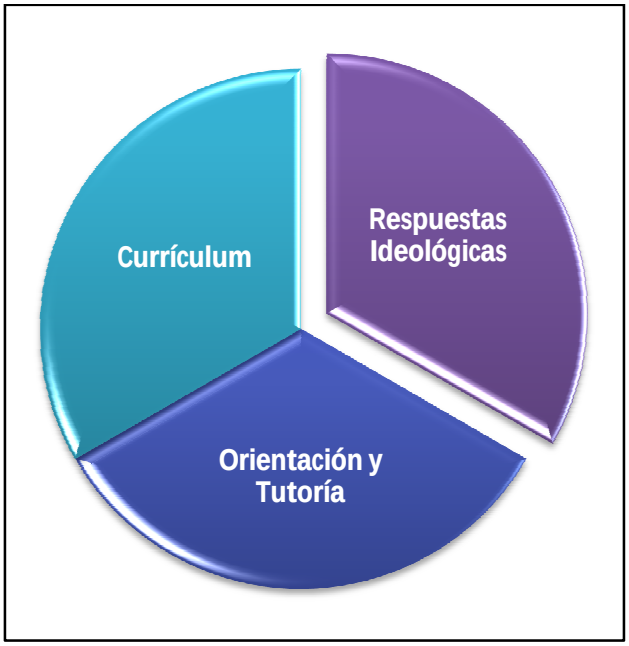


Figura 21. Pilares de una respuesta educativa inclusiva

Desde este planteamiento, es imprescindible realizar además una mención especial a todo el profesorado de Andalucía como el principal recurso personal del que dispone el sistema educativo para garantizar la atención educativa de calidad que todo el alumnado requiere. De este modo, más de 140.000 docentes se dedican diariamente a la búsqueda de la mejor respuesta educativa posible al alumnado de sus centros.

A su vez, el sistema educativo andaluz cuenta con una amplia dotación de recursos personales dedicados en exclusiva a la atención al alumnado con necesidades específicas de apoyo educativo, son casi 7.000 los recursos personales dedicados en exclusiva a dicho alumnado en el conjunto de centros ordinarios de esta comunidad autónoma. De ellos, más de 5.000 son docentes de las especialidades de pedagogía terapéutica y audición y lenguaje y los 2.000 restantes engloban al personal de atención educativa complementaria (profesionales técnicos de integración social, fundamentalmente).

Como puede observarse, entendemos la respuesta educativa al alumnado como algo que ha de producirse desde tres dimensiones explícitas (currículo, recursos, y orientación educativa), y una de carácter implícito (concepciones educativas); respuesta que ha de tener tres niveles de ejecución: centro, aula e individual.

En mi opinión, tal y como plantea Navarro (2011), el primer tipo de respuesta educativa que es preciso dar en un centro ordinario para el tratamiento de la diversidad es aquella que pertenece al substrato de la intervención docente: de un lado aquellas que tienen que ver con las ideas que se tienen en educación, la enseñanza y el aprendizaje; y de otro aquellas que tienen que ver con los aspectos organizativos del centro. Las ideas que se poseen en un centro y la

organización adoptada suelen expresarse en su Proyecto Educativo, y desde él es preciso dar este tipo de respuestas, que podemos diferenciar en dos grandes grupos:

1. La concepción educativa. Entendemos que lo primero que ha de hacer un centro es discutir, acordar y explicitar los planteamientos básicos desde los que se va responder a la atención a la diversidad. Es decir, se trata de precisar un conjunto de planteamientos, como son:
    → Modelo de escuela. Una integración entendida, no en cualquier dirección, ni de cualquier manera, sino en el sentido que plantea García Pastor (2002), "*como una escuela que integre necesidades, no niños*".
    → Concepción de la educación. Discutir, acordar y posteriormente explicitar en el Proyecto Educativo que los objetivos generales de la educación están dirigidos a lograr el máximo desarrollo posible de todas las capacidades humanas (motrices, afectivo-personales, socio-afectivas y de inserción social) y no a la transmisión de conocimientos, puede ser un buen punto de partida en el camino hacia un modelo de escuela que atienda adecuadamente a la diversidad.
    → Concepción del aprendizaje. Discutir y explicitar el carácter de los aprendizajes entendidos como procesos constructivos y de origen social, lo que implica optar por maximizar la participación de los alumnos y alumnas en las actividades del proceso de enseñanza-aprendizaje y por una filosofía heterogeneizadora de los grupos escolares, podría ser la segunda concepción importante a plantear en el Proyecto Educativo de cara a responder de manera adecuada a la diversidad.
    → Concepción de la enseñanza y sobre el papel del profesor en dicho proceso. Pasa necesariamente por abandonar las posiciones academicistas y asumir, al menos, los nuevos planteamientos teórico- prácticos aportados desde la Psicología y la Pedagogía.
    → Concepción de la diversidad. Una escuela, según Vidal y Manjón (2003, 124): *"que responda al reto de una educación de calidad para todos en la diversidad, no a pesar de la diversidad, porque todos somos diferentes y especiales y todos precisamos ayudas de uno u otro tipo y en mayor o menor medida como miembros de pleno derecho de nuestra cultura y sociedad"*.
2. La organización del Centro. La estructura y filosofía organizativa de la que se dote un centro resulta igualmente un elemento esencial para la atención a la diversidad. El Proyecto Educativo debería tener en cuenta una serie de premisas educativas sin las cuales no es posible apostar por una respuesta educativa al alumnado con necesidades específicas de apoyo educativo. Algunas de ellas son:
    → *Estructura organizativa.* Una organización que pretenda atender a la diversidad desde el punto de vista educativo debería tener en cuenta una serie de características, como las señaladas por González (2001):

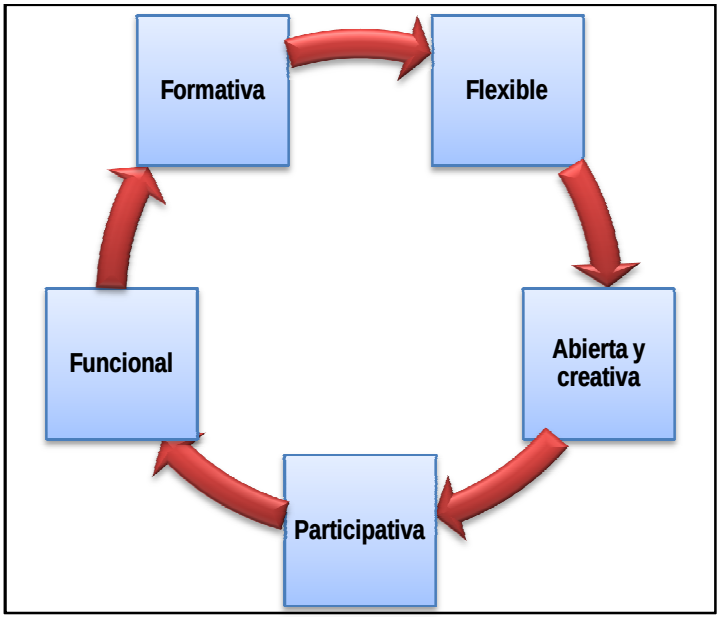


Figura 22. Características de la estructura organizativa de un centro educativo inclusivo

→ *Organización del apoyo e intervención psicopedagógica.* La atención a la diversidad en los centros ordinarios precisa la intervención coordinada de profesorado y especialistas por lo que en la organización del centro ha de existir un mecanismo que regule dicha coordinación al tiempo que la optimiza. Un subsistema organizativo del centro que tenga como objetivo básico la atención de la diversidad.

Una vez más es necesario enfatizar el valor otorgado a la orientación educativa como factor de calidad del sistema educativo, entendida ésta como la capacidad para atender a la diversidad del alumnado escolarizado en nuestros centros educativos. En la medida en que seamos capaces de ofrecer una respuesta educativa ajustada a las diferentes necesidades y dificultades de nuestro alumnado, mejoraremos los procesos de enseñanza- aprendizaje.

Así, la honestidad profesional y la permanente actitud crítica ante el desarrollo de las medidas de atención a la diversidad puestas en marcha en un centro educativo, constituirán la mejor garantía de estar realizando un adecuado ajuste pedagógico bajo los principios de igualdad de oportunidades e inclusión escolar.

En este sentido, las anteriormente citadas Instrucciones de 8 de marzo de 2017, por las que se establece el protocolo de detección, identificación del alumnado con necesidades específicas de apoyo educativo y organización de la respuesta educativa, establecen en su anexo I, apartado 7, que:

> *"La respuesta educativa para atender a la diversidad comprende todas aquellas actuaciones que, en el marco de la escuela inclusiva, tienen en cuenta que cada uno de los*

alumnos y alumnas es susceptible de tener necesidades educativas, específicas o no, especiales o no y, en consonancia con ellas, requieren unas medidas y recursos que les hagan posible acceder y permanecer en el sistema educativo en igualdad de oportunidades, favoreciendo el máximo desarrollo posible de sus capacidades personales y garantizando así el derecho a la educación que les asiste.

La respuesta educativa para atender a la diversidad del alumnado se compone de medidas, generales y específicas, y recursos que también pueden ser generales y específicos. La combinación de dichas medidas y recursos dará lugar a distintos tipos de atención educativa, distinguiéndose entre atención educativa ordinaria y atención educativa diferente a la ordinaria."

Tomando como referencia esta concepción sobre la respuesta educativa, ésta se organiza en el sistema educativo andaluz de la siguiente forma:

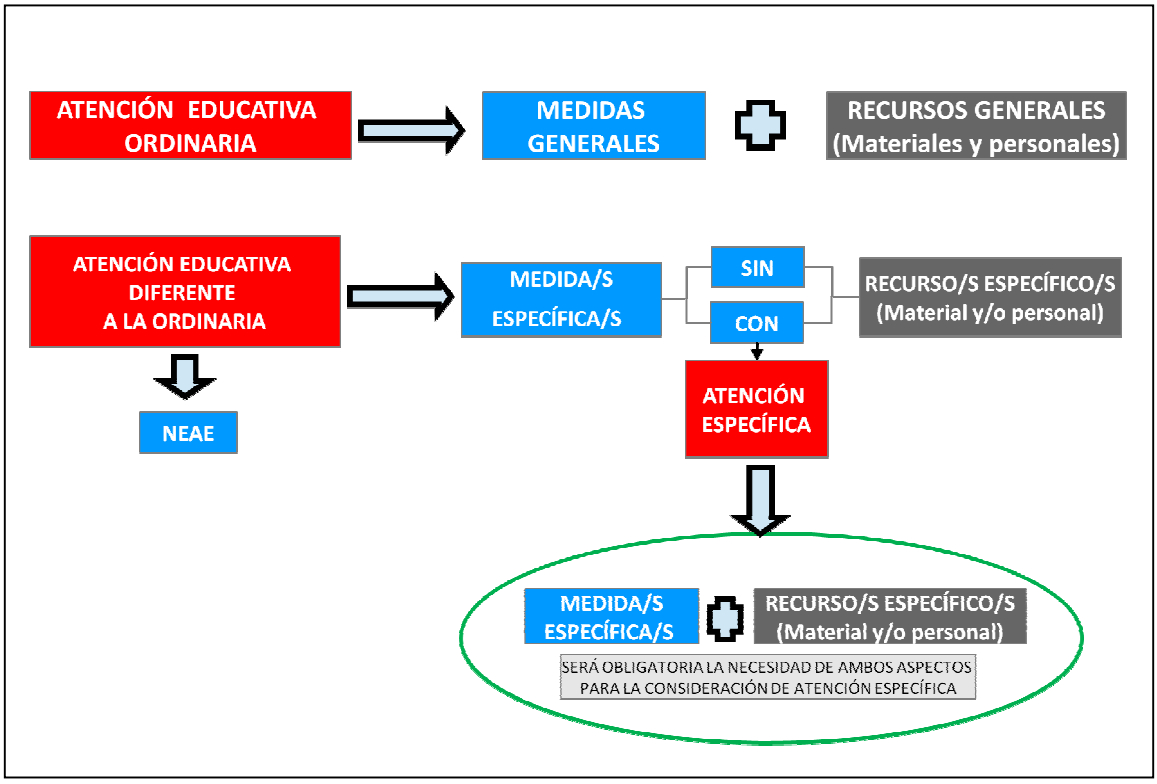


Figura 23. Organización de la respuesta educativa (Instrucciones de 8 de marzo de 2017, Consejería de Educación)

Estos conceptos y las relaciones que se establecen entre ellos para llegar a determinar un tipo de respuesta educativa u otro, en función de las necesidades que presente un alumno o alumna, exigen que se definan con claridad, porque suponen por primera vez en el sistema educativo andaluz una concreción de la forma de organizar la respuesta educativa. Estas definiciones y vinculaciones podemos encontrarlas perfectamente establecidas en las Instrucciones de 8 de marzo de 2017 y que presentamos a continuación de forma resumida:

A. Cuando las medidas se planifican y se dirigen a la atención de todo el alumnado, hablamos de:

Atención educativa ordinaria: Se define la atención educativa ordinaria como la aplicación de medidas generales a través de recursos personales y materiales generales, destinadas a todo el alumnado. Las medidas generales de atención a la diversidad son las diferentes actuaciones de carácter ordinario que, definidas por el centro en su proyecto educativo, se orientan a la promoción del aprendizaje y del éxito escolar de todo el alumnado.

La respuesta a la diversidad del alumnado se organizará preferentemente a través de medidas de carácter general desde criterios de flexibilidad organizativa y atención inclusiva, con el objeto de obtener el logro de los objetivos y competencias clave de la etapa. Se establecen, no obstante, un conjunto de medidas también aplicables a la etapa de Educación Infantil, organizadas a dos niveles:

a) *A nivel de centro,* podrán establecerse medidas de organización académica para la atención a la diversidad, entre otras, los agrupamientos flexibles, desdoblamientos de grupos, agrupamiento de diferentes áreas o materias en ámbitos de conocimiento en la etapa de educación primaria y en primer curso de E.S.O., la programación de actividades para las horas de libre disposición del primer ciclo de ESO, la oferta de materias específicas y optativas y agrupación de materias opcionales el cuarto curso de ESO.
b) Además, las medidas generales pueden implicar actuaciones dirigidas a todo el alumnado o parte del mismo en el *ámbito del aula*, entre otras, la aplicación de programas de carácter preventivo, la definición de criterios para la organización flexible tanto de los espacios y tiempos como de los recursos personales y materiales, la adecuación de las programaciones didácticas a las características y necesidades educativas del alumnado, el uso de metodologías basadas en el trabajo cooperativo en grupos heterogéneos (por ejemplo la tutoría entre iguales, el aprendizaje por proyectos y otras que promuevan el principio de inclusión), la organización de apoyos en grupos ordinarios mediante un segundo maestro o maestra dentro del aula para reforzar los aprendizajes instrumentales básicos del alumnado y la realización de acciones de seguimiento y acción tutorial, tanto a nivel individual como grupal, que favorezcan la participación del alumnado en un entorno seguro y acogedor,…
c) En lo referente a la atención educativa ordinaria para cada alumno o alumna, se consideran medidas y programas generales de atención a la diversidad, los siguientes:

- Cursar refuerzo del área de Lengua Castellana y Literatura, en lugar de la Segunda Lengua Extranjera, en el caso del alumnado que presente dificultades en el aprendizaje en la adquisición de la competencia en comunicación lingüística que le impidan seguir con aprovechamiento su proceso de aprendizaje, en la etapa de educación primaria.
- Programas de refuerzo para la recuperación de aprendizajes no adquiridos.
- Planes específicos personalizados para el alumnado que no promocione de curso.
- Programas de refuerzo de materias troncales para primer y cuarto curso de educación secundaria obligatoria.
- Programas para la mejora del aprendizaje y el rendimiento (PMAR), en la etapa de educación secundaria obligatoria.
- La permanencia de un año más en el mismo curso, una vez agotadas el resto de medidas generales.
- Cualquier otra medida general regulada por orden por la Consejería competente en materia de educación.

B. Cuando las medidas están dirigidas a la atención de alumnos y alumnas que presentan una NEAE, se ha de entender que nos referimos a:

Atención educativa diferente a la ordinaria: se considera atención educativa diferente a la ordinaria la aplicación de medidas específicas (de carácter educativo y/o de carácter asistencial) que pueden o no implicar recursos específicos (personales y/o materiales), destinadas al alumnado que presenta NEE; dificultades del aprendizaje; altas capacidades intelectuales; así como el alumnado que precise de acciones de carácter compensatorio.

Medidas específicas de atención a la diversidad, son todas aquellas medidas y actuaciones dirigidas a dar respuesta a las necesidades educativas del alumnado con NEAE, que no haya obtenido una respuesta eficaz a través de las medidas generales. Se consideran medidas específicas de atención a la diversidad las diferentes propuestas y modificaciones en los elementos organizativos y curriculares de tratamiento personalizado para que el alumnado con NEAE pueda alcanzar el máximo desarrollo de sus capacidades. Entre las medidas específicas de atención a la diversidad se distinguen dos tipos: medidas específicas de carácter educativo y medidas de carácter asistencial. La propuesta de adopción de las medidas específicas de carácter educativo vendrá determinada por las conclusiones obtenidas tras la realización de la evaluación psicopedagógica y serán recogidas en el informe de evaluación psicopedagógica.

MEDIDAS ESPECÍFICAS DE CARÁCTER EDUCATIVO	
2º ciclo de Educación Infantil	- Adaptaciones de Acceso (AAC) - Adaptaciones Curriculares No Significativas (ACNS) - Programas Específicos (PE) - Programas de Enriquecimiento Curricular para el alumnado con altas capacidades intelectuales (PECAI) - Adaptaciones Curriculares para el alumnado con altas capacidades (ACAI) - Permanencia Extraordinaria (Sólo NEE)

Tabla 21. Medidas Específicas de Carácter Educativo (Instrucciones de 8 de marzo de 2017, Consejería de Educación)

Para el desarrollo y aplicación de estas medidas, así como para las medidas específicas de carácter asistencial, los centros docentes podrán disponer de recursos personales específicos para la atención educativa adecuada al alumnado con NEAE. Dentro de estos recursos personales específicos, se puede distinguir entre profesorado especializado y personal no docente.

Profesorado especializado:

- Profesorado especialista en Pedagogía Terapéutica. (NEAE)
- Profesorado especialista en Audición y Lenguaje. (NEAE)
- Profesorado de apoyo a la Compensación Educativa. (NEAE – Compensación)
- Profesorado especialista en Audición y Lenguaje con Lengua de Signos. (Sólo alumnado NEE)
- Profesorado del Equipo de apoyo a ciegos o discapacitados visuales. (Sólo alumnado NEE)
- Profesorado especialista en Pedagogía Terapéutica en USMIJ. (Sólo alumnado NEE)
- Profesorado de Apoyo Curricular alumnado discapacidad auditiva y motórica en ESO. (Sólo alumnado NEE)
- Profesorado A.T.A.L. (NEAE – Compensación)
- Profesorado especializado en la atención del alumnado con Altas Capacidades Intelectuales, (Ámbito Provincial – itinerante) (NEAE – AACCII)
- Profesorado que atiende al alumnado fuera de las instalaciones del centro educativo por motivos de salud, o otra circunstancia (aula hospitalaria, Ed. Infantil en el ámbito rural, menores infractores, USMIJ)

Personal no docente, que colabora en el desarrollo de programas de apoyo y asistencia del alumnado con NEE, con objeto de garantizar que su inclusión sea lo más efectiva posible durante todas las actividades que se llevan a cabo. Se consideran como personal no docente los siguientes:

- Profesional técnico de integración social (PTIS)
- Profesional técnico interpretación de lengua de signos (PTILS)
- Fisioterapeutas (sólo en centros de E.E.)

Además de los recursos personales específicos anteriores, cabe mencionar los equipos específicos de atención al alumnado con discapacidad visual, en el marco del convenio de colaboración entre la Consejería de Educación de la Junta de Andalucía y la ONCE.

Por otro lado, además de los recursos materiales generales para todo el alumnado, la Consejería de Educación dispone de recursos materiales específicos, que se definen como las distintas ayudas técnicas y de acceso adecuados a las necesidades educativas especiales del alumnado, de modo que su discapacidad no se convierta en factor de discriminación y se garantice una atención inclusiva y universalmente accesible a todos los alumnos y alumnas.

Presentamos a continuación, la organización de los diferentes tipos de medidas y de recursos contemplados por la Consejería de Educación en el anexo VI de las Instrucciones de 8 de marzo de 2017, que aportan un importante instrumento de clarificación en cuanto a la respuesta educativa que es posible ofrecer al alumnado con NEE.

<table>
<tr><td rowspan="3">MEDIDAS ESPECÍFICAS</td><td rowspan="3">Medidas específicas de carácter educativo</td><td>2º Ciclo E.I.</td><td>Adaptaciones de Acceso (AAC)
Adaptaciones Curriculares No Significativas (ACNS)
Programas Específicos (PE)</td><td rowspan="3">Medidas específicas de carácter asistencial</td><td rowspan="3">Ayuda en la alimentación
Ayuda en el desplazamiento
Ayuda en el control postural en sedestación
Transporte escolar adaptado
Asistencia en el control de esfínteres
Asistencia en el uso del WC
Asistencia en la higiene y aseo personal
Vigilancia
Supervisión especializada</td></tr>
<tr><td>Educación Básica (E.P. /E.S.O.)</td><td>Adaptaciones de Acceso (AAC)
Adaptaciones Curriculares No Significativas (ACNS)
Adaptaciones Curriculares Significativa (ACS)
Programas Específicos (PE)</td></tr>
<tr><td>Formación Básica Obligatoria (E.E.)</td><td>Adaptaciones de Acceso (AAC)
Adaptaciones Curriculares Individualizadas (ACI)</td></tr>
<tr><td rowspan="11">RECURSOS ESPECÍFICOS</td><td colspan="2" rowspan="6">Recursos Personales Específicos</td><td rowspan="5">Profesorado Especialista</td><td colspan="2">Profesorado especialista en pedagogía terapéutica (PT)</td></tr>
<tr><td colspan="2">Profesorado especialista en Audición y Lenguaje (AL)</td></tr>
<tr><td colspan="2">Profesorado especialista en Audición y Lenguaje con Lengua de Signos (AL – LS)</td></tr>
<tr><td colspan="2">Profesorado del equipo de apoyo a ciegos o discapacitados visuales (ONCE)</td></tr>
<tr><td colspan="2">Profesorado de apoyo curricular al alumnado con discapacidad auditiva y motórica en ESO</td></tr>
<tr><td rowspan="3">Personal No Docente</td><td colspan="2">Profesional técnico en integración social (monitor o monitora de educación especial)</td></tr>
<tr><td colspan="2">Profesional técnico interpretación de lengua de signos (I.L.S.E.) (solo en educación secundaria))</td></tr>
<tr><td colspan="2">Fisioterapeutas (solo en centros específicos de educación especial)</td></tr>
<tr><td colspan="5">Recursos Materiales Específicos</td></tr>
<tr><td colspan="2" rowspan="2">Eliminación de barreras arquitectónicas y adaptación de las características físicas del aula</td><td colspan="2">Ayudas técnicas para la comunicación auditiva</td></tr>
<tr><td colspan="2">Ayudas ópticas, no ópticas o electrónicas</td></tr>
<tr><td colspan="2">Mobiliario adaptado</td><td colspan="2">Ayudas tiflotecnológicas</td></tr>
<tr><td colspan="2">Ayudas técnicas para el desplazamiento</td><td colspan="2">Ayudas técnicas TIC homologadas</td></tr>
<tr><td colspan="2">Ayudas técnicas para el control postural y el posicionamiento</td><td colspan="2">Ayudas técnicas TIC no homologadas, periféricos y accesorios</td></tr>
<tr><td colspan="2">Ayudas técnicas para el aseo y/o el uso de WC</td><td colspan="2">Ayudas técnicas TIC no homologadas, aplicaciones de software</td></tr>
<tr><td colspan="2">Ayudas técnicas para la comunicación</td><td colspan="2">Ayudas técnicas TIC no homologadas. Equipos informáticos y monitores</td></tr>
</table>

Tabla 22. Cuadro Resumen Medidas y Recursos Específicos que se pueden proponer en el Dictamen de Escolarización (Instrucciones de 8 de marzo de 2017, Consejería de Educación)

Como podemos comprobar, se ha avanzado mucho en la organización de la respuesta educativa al alumnado que presenta algún tipo de NEAE, sin embargo, estos avances aún están por comprobar en la práctica y en la realidad de los centros docentes, del profesorado y principalmente, del alumnado objeto de estas medidas y recursos, y sus familias. El primer ciclo de Educación Infantil, sigue estando ausente de todos estos planteamientos y, sinceramente, podríamos pensar que incluso es la mejor opción. Según Fernández (2017*), "el camino hacia la escuela inclusiva es irrenunciable, es imprescindible, es un derecho de la sociedad y del alumnado y una obligación tanto de los profesionales de la educación como de los responsables de la gestión educativa. No se trata únicamente de aplicar medidas concretas a los "diversos", el camino hacia la escuela inclusiva supone reconceptualizar ideas ya trasnochadas y superadas por avances técnicos y sociales, supone cuestionar las prácticas educativas que fueron eficaces (en otras épocas) pero que no se ajustan a demandas actuales y mucho menos a necesidades formativas de ciudadanas y ciudadanos del futuro."*

Debemos, a continuación, ofrecer una descripción clara de los es y de lo que, desde mi punto de vista, debería ser la organización de la respuesta educativa en la etapa de Educación Infantil, partiendo de la realidad, ya comentada, de que el primer ciclo no cuenta con una definición específica al respecto y que los recursos específicos personales y materiales con los que cuenta son prácticamente inexistentes.

III.3.2. ORGANIZACIÓN DE LA RESPUESTA EDUCATIVA EN LA ETAPA DE EDUCACIÓN INFANTIL

La etapa de Educación Infantil, según Alegre (2000), tiene un carácter eminentemente educativo en el que prima la prevención y la detección, lo más precozmente posible, de necesidades educativas y el desarrollo de capacidades de todos y cada uno de los niños y niñas.

Las diferencias individuales a la hora de aprender son una cualidad inherente al ser humano, pero a estas diferencias de partida, vienen a sumase otras, que la educación tiene la responsabilidad de compensar Es en la etapa infantil donde se pueden prevenir dificultades de aprendizaje y compensar deficiencias asociadas a un ambiente social deficitario o a la pertenencia a otras etnias o culturas. (Cámara, 2011).

Los autores que acabamos de citar, exponen un enfoque de la Educación Infantil que refleja su finalidad, aunque, aún compartiendo sus planteamientos, creemos necesario no quedarnos en la responsabilidad de "compensar carencias", sino añadir la responsabilidad de "potenciar (o desarrollar) capacidades".

Estos primeros años (0 a 6), constituyen un periodo en el que se suceden cambios importantes para el desarrollo de los niños y niñas con una gran rapidez y variabilidad, tal y como pudimos analizar en al Capítulo II. En este sentido, no podemos dejar de expresar la

importancia que tiene el medio educativo y la intervención individualizada y en interacción con el contexto, en la prestación de apoyo a las necesidades, que pueden aparecer en los diferentes momentos del desarrollo infantil.

Todos los niños y niñas, en esta trascendental etapa evolutiva, presentan un conjunto de necesidades básicas que han de ser satisfechas y resueltas para que se produzca un desarrollo armónico. En nuestra sociedad actual, la escuela, junto con la familia, tiene asignado un papel primordial en la resolución de estas necesidades a lo largo del periodo 0-6 años. Si por circunstancias personales o ambientales, un niño o una niña, no ve satisfechas estas necesidades básicas, su desarrollo futuro puede resultar afectado, por ello es tan necesario prestar el apoyo necesario en aquellos casos que existan factores que nos prevengan de la existencia de diferencias (Dieterlen, P., 2001).

La Ley 17/2007, de 10 de diciembre, de Educación de Andalucía, en su artículo 114 determina que "*la Administración de la Junta de Andalucía debe establecer el conjunto de actuaciones dirigidas a la población infantil, con especial atención en el periodo de cero a seis años, a sus familias y al entorno con la finalidad de prevenir, detectar e intervenir de forma precoz sobre cualquier trastorno en su desarrollo, o riesgo de padecerlo*". El ordenamiento legal de la comunidad andaluza se hace eco de que se trata de unas edades de trascendental importancia para el desarrollo y el establecimiento de un sólido fundamento sobre el que habrán de construirse las adquisiciones posteriores. En este sentido, la Consejería competente en materia de educación tiene la responsabilidad de establecer los procedimientos para la detección temprana de cualquier trastorno que incida en el desarrollo o en el aprendizaje de los niños y niñas. Estas actuaciones requieren de un enfoque multiprofesional, interdisciplinar e interinstitucional y por este motivo se han establecido los mecanismos para la coordinación en la atención temprana entre las Consejerías con competencias en materia de educación y de salud, que ya hemos mencionado en el apartado anterior.

Por lo tanto, esta labor preventiva no puede realizarse, en los centros docentes, sin la adecuada planificación de las actuaciones de todas y todos los profesionales implicados, para lo cual será imprescindible el equipo directivo, como órgano responsable de esta organización y planificación. El desarrollo de programas y estrategias educativas que favorezcan la prevención de las dificultades más frecuentes en cada ciclo de la Educación Infantil, exige su definición en los documentos de planificación de centro, previo acuerdo y consenso del claustro de profesores y profesoras. Como apunta Fierro (2000, 195) "*algunos de los cambios que se han producido en torno a los profesionales de la Educación Especial se encuentran estrechamente relacionados con la propia evolución de la Educación Especial. Al principio eran especialistas que*

trabajaban de forma independiente, otorgándoseles un gran poder a médicos y psicólogos, pero en la actualidad, la idea de que el niño/a con necesidades educativas especiales es un todo ha llevado a pensar que la actuación que reciba debe ser integral y, por tanto, los profesionales que llevan a cabo esta intervención tienen que estar perfectamente coordinados y trabajar de forma cooperativa, creándose los equipos interdisciplinares".

El Decreto 428/2008 de 29 de julio, que concreta para Andalucía el currículo de la Educación Infantil, establece en los artículos 2.c, d y e, que la Educación Infantil ha de organizarse de acuerdo con los principios de atención a la diversidad, de modo que contribuya a desarrollar al máximo las capacidades de todos los niños y niñas, establecidas en los objetivos para la etapa. A tales efectos, se prioriza la necesidad de poner énfasis en la detección y atención temprana de cualquier trastorno en su desarrollo o riesgo de padecerlo, en el tratamiento de las dificultades de aprendizaje tan pronto como se produzcan y en la tutoría y relación con las familias para favorecer la integración socioeducativa de los hijos e hijas. Para ello, los centros que impartan Educación Infantil han de configurarse como lugares de aprendizaje, socialización, intercambio y encuentro entre niñas y niños, familias y profesionales de la educación, de modo que la acción educativa en esta etapa procure la integración de las distintas experiencias y aprendizajes del alumnado y la adaptación a sus características individuales.

Es evidente que los alumnos y alumnas que cursan la etapa de Educación Infantil son diferentes y que estas diferencias se refieren a diversos factores: capacidades, motivaciones, intereses, situación social… por lo tanto, como docentes, deberemos atender a estas diferencias y ajustar a ellas nuestra intervención educativa. El técnico, el educador o educadora, el maestro o maestra de Educación Infantil no puede obviar la existencia de estas diferencias apoyándose en el lógico desarrollo evolutivo o en el carácter no obligatorio de la etapa, sin caer en el riesgo de ahondar y profundizar en esas diferencias. El educador debe enfrentarse al grupo sabiendo que cada uno tiene su propia singularidad. Tendrá que conseguir un equilibrio entre lo que debe ser igual para todos y diferente para cada uno, a fin de conseguir el desarrollo de todas las capacidades tanto físicas como afectivas, intelectuales y sociales.

En este sentido, el artículo 6 *"Orientaciones metodológicas"*, del citado Decreto 428/2008, comienza estableciendo que las propuestas pedagógicas y actividades educativas en los centros de educación infantil han de respetar las características propias del crecimiento y el aprendizaje de los niños y niñas. Ello implica que los maestros y maestras y demás profesionales de la educación infantil deben atender a dichas características, partir de los conocimientos previos, necesidades y motivaciones de cada niño o niña, propiciar la participación activa de éstos, fomentar sus aportaciones, estimular el desarrollo de sus potencialidades y facilitar su interacción con personas adultas, con los iguales y con el medio.

Por este motivo, en este Decreto se insta a que una etapa como la Educación Infantil no puede estar condicionada por una metodología única, sino que existe un enfoque plurimetodológico que ha de asegurar el aprendizaje en todo el alumnado. Ello exige, según Cámara (2011), un tratamiento coherente con este principio de todos y cada uno de los elementos metodológicos:

- Potenciar una *distribución espacial flexible*, permitiendo atender a las diferencias entre el alumnado. Por ello, se organizará el aula a través de diferentes rincones y talleres, ya que cada niño o niña trabaja a con un ritmo de aprendizaje, en función de sus intereses, necesidades y preferencias. Los rincones favorecen la interacción social, el trabajo en equipo (colaborativo) y la autonomía. Además, cada niño o niña consolida sus aprendizajes de manera individualizada, según sus propias capacidades. Asimismo, es importante organizar talleres para dar respuesta a las diferentes necesidades de los alumnos y alumnas en cuanto al grado de dificultad, grado de ayuda, de autonomía… posibilitando diferentes niveles de participación (padres, madres, familiares…) y diferentes ritmos de trabajo o aprendizaje.
- Organizar una *distribución temporal flexible*, donde cada niño o niña tenga el tiempo necesario para llevar a cabo las actividades propuestas, compaginado tiempo de actividad con tiempo de descanso. Por las características psicoevolutivas de los niños y niñas de Educación Infantil, en la jornada escolar se establecerán una serie de rutinas y hábitos, puesto que dan seguridad y tranquilidad al discente, desarrollando así su autonomía.
- Utilizaremos *materiales no homogéneos* y se les ofertará a los alumnos y alumnas una amplia gama de materiales respondiendo a diferentes motivaciones y grados de aprendizaje. Su selección y uso debe respetar un principio básico, que considera que la calidad de la enseñanza pasa por atender de manera diversificada a su alumnado, ajustando la ayuda pedagógica a la variedad de necesidades educativas.
- Los *agrupamientos serán flexibles y diversos* a lo largo de la jornada escolar (individual, pequeño grupo y gran grupo), permitiendo al docente atender de diferentes formas a distintos alumnos y alumnas, según la tarea que estén realizando, asegurando así una mejor atención a la diversidad.

Partiendo de un marco legal como el que hemos sintetizado, la responsabilidad y la obligación de la escuela, tal como explica Alcudia et al. (2000), es poner en marcha estrategias y actuaciones para que "todo el alumnado" desarrolle al máximo sus capacidades, de tal modo que las diferencias no se conviertan en desigualdades. Esto significa una toma de posición con respecto a la función de la intervención educativa, que debe tomar como referente a la hora de la planificación, las diferencias individuales para adecuar y ajustar el currículum a las capacidades de cada niño y niña. Será necesaria una organización intencional de experiencias favorecedoras del aprendizaje y del desarrollo, creando un ambiente que aporte seguridad y afecto, en el que se establezcan normas claras, límites precisos y donde las actividades estén contextualizadas y

tengan sentido para los niños a fin de que puedan explorar sus posibilidades de acción, desarrollar su autonomía, interactuar con los iguales y adquirir los procesos de comunicación.

Tal y como indicaba Cámara (2011), en Educación Infantil conviene establecer una gran variedad y diversidad de actividades que tengan en cuenta las capacidades y los ritmos de aprendizajes de los pequeños. La intervención educativa debe planificarse con la clara intencionalidad de detectar y actuar según las características de cada uno de los niños y niñas para conseguir un óptimo desarrollo de todos ellos. Se centra pues, en *"…cómo apoyar las cualidades y las necesidades de cada alumno o alumna y de todos el alumnado en la comunidad escolar, para que se sientan bienvenidos y seguros, y alcancen el éxito"* (Arnaiz, 1996, 27-28)

En este sentido, los procesos de enseñanza y aprendizaje en esta etapa, tal y como señala Echeita (2005), se han de articular en formas diferentes que respondan de manera apropiada al tratamiento de los diferentes contenidos que configuran el currículum y que, a su vez, se adapten a la individualidad del alumnado. Estas formas se organizan, por un lado, a través de actividades generales y que formen parte de la estructura del aula, como rincones de juego, rutinas, hábitos, cuentos, psicomotricidad, teatro…etc. (Laguía, 1999), y por otro, en actividades que se extienden en el tiempo (por ejemplo durante un trimestre) como los proyectos, centros de interés o unidades didácticas. Estas, generalmente, se trabajan con el grupo-clase. Todos los niños y niñas suelen trabajar sobre lo mismo y la maestra o maestro conduce el desarrollo del tema. Ello permite adecuar las actividades y los materiales a las diferentes capacidades y ritmos de trabajo.

El Decreto 428/2008, de forma específica en su artículo 12 "Medidas de atención a la diversidad", recoge que las medidas de atención a la diversidad que se adopten en los centros que impartan Educación Infantil y que formarán parte de su proyecto educativo, se orientarán a responder a las necesidades educativas de cada niño y niña y a la consecución, por parte de todos ellos, de los objetivos de la etapa, sin que supongan, en ningún caso, una discriminación que les impida alcanzar dichas metas. Asimismo, facilitarán la coordinación con otras Administraciones Públicas, departamentos o entidades que intervengan en la atención de este alumnado.

En este sentido, las ya citadas Instrucciones de 8 de marzo de 2017, por las que se establece el protocolo de detección, identificación del alumnado con necesidades específicas de apoyo educativo y organización de la respuesta educativa, incluyen en el Anexo II, un Protocolo de detección de alumnado que presente señales de alerta en el desarrollo en el primer ciclo de educación infantil, estableciendo que:

> *"Los orientadores y orientadoras especialistas en atención temprana son los encargados del diseño y puesta en práctica de actuaciones en permanente coordinación con los y las profesionales que imparten el primer ciclo de educación infantil. Las actuaciones prioritarias a desarrollar por el orientador u orientadora especialista en atención*

temprana deben proporcionar las estrategias y herramientas necesarias para contribuir a una mayor y mejor detección de alumnos y alumnas que presentan señales de alerta en el desarrollo, definiendo para ello, un procedimiento de derivación claro, ágil y eficaz.

La atención especializada a los niños y niñas que presentan trastornos en el desarrollo o riesgo de padecerlo es ofrecida, en primera instancia, por los centros de atención infantil temprana (CAIT), al menos hasta los 4 años y posteriormente, en coordinación con los recursos educativos de los centros docentes. En cualquier caso, en el periodo 0 - 3 años, juegan un papel cada vez más decisivo los centros que imparten el primer ciclo de educación infantil. Estos y estas profesionales posibilitan, como se ha descrito anteriormente, la prevención de numerosos factores de riesgo y señales de alerta en los y las menores, así como una mayor capacidad de detección y de posterior estimulación, en coordinación con los CAIT."

Respecto al segundo ciclo de Educación Infantil, como ya hemos indicado en varias ocasiones, la respuesta educativa cuenta con la misma organización de medidas y recursos, que la educación básica (Educación Primaria y ESO). En este sentido las Instrucciones de 8 de marzo de 2017, han establecido en su anexo VI, para este ciclo, las siguientes medidas específicas de carácter educativo y recursos personales específicos:

MEDIDAS EDUCATIVAS PARA EL 2º CICLO DE LA EDUCACIÓN INFANTIL	
Adaptaciones de Acceso (AAC)	Serán propuestas en aquellos casos en los que las necesidades educativas especiales derivadas de la limitación funcional requieran elementos para el acceso a la información, a la comunicación y a la participación precisando la incorporación de recursos específicos; la modificación y habilitación de elementos físicos y/o la participación del personal no docente.
Adaptaciones Curriculares No Significativas (ACNS)	Serán propuestas cuando el alumno o alumna presenta un desfase en el ritmo de aprendizaje y desarrollo, en relación con la programación del grupo en que se encuentra escolarizado, que implique una atención más personalizada por parte del tutor o tutora
Programas Específicos (PE)	Serán propuestos para el alumnado que precisa atención específica con el objetivo de favorecer el desarrollo mediante la estimulación de procesos implicados en el aprendizaje (percepción, atención, memoria, inteligencia, metacognición, estimulación y/o reeducación del lenguaje y la comunicación, conciencia fonológica, autonomía personal y habilidades adaptativas,habilidades sociales, gestión de las emociones, autocontrol, autoconcepto y autoestima, etc.) que faciliten la adquisición de las distintas competencias clave. Dado su carácter personalizado y especializado serán impartidos por el profesorado especializado para la atención del alumnado con necesidades educativas especiales (PT o AL).

Tabla 23. Medidas Específicos que se pueden proponer en el 2º Ciclo de E.I. (Instrucciones de 8 de marzo de 2017, Consejería de Educación)

PROFESORADO ESPECIALISTA	
Maestro o maestra especialista en pedagogía terapéutica (PT)	Puede proponerse la intervención de este o esta docente cuando el alumno o alumna requiera atención especializada para el desarrollo de las adaptaciones curriculares significativas y/o programas específicos, en 2ºciclo de educación infantil, en educación primaria, educación secundaria obligatoria, periodo de formación básica de carácter obligatorio (FBO) y periodo de formación para la transición a la vida adulta y laboral (PTVAL).
Maestro o maestra especialista en audición y lenguaje (AL)	Puede proponerse la intervención de este o esta docente en 2º ciclo de Educación Infantil, Educación Primaria, Educación Secundaria Obligatoria y periodo de formación básica de carácter obligatorio (FBO), cuando el alumno o alumna requiera atención especializada para el desarrollo de sus habilidades lingüísticas y de comunicación de manera personalizada (en sesiones de grupo o individuales). Entre los supuestos en los que se considera necesaria esta atención especializada cabe señalar lo siguiente: – Para 2º Ciclo de Educación Infantil: cuando se considere que el alumno o alumna con necesidades educativas especiales derivadas de trastornos graves del desarrollo (trastorno grave del desarrollo del lenguaje/ retraso evolutivo grave o profundo) cuando sus capacidades comunicativo-lingüísticas se encuentran significativamente afectadas en relación al resto de las áreas de desarrollo comprometidas, trastornos de la comunicación (afasia/ TEL/ disglosia/disartria), discapacidad auditiva (moderada/ severa/profunda/implante coclear), trastornos del espectro autista, discapacidad intelectual en la que las funciones comunicativas se desvían significativamente respecto a su competencia perceptivo-manipulativa o su desarrollo cognitivo no verbal, necesitando seguir un programa específico de estimulación y/o reeducación del lenguaje y la comunicación.
PERSONAL NO DOCENTE	
Profesional técnico en integración social (PTIS).	Puede proponerse la intervención de este o esta profesional para segundo ciclo de Educación Infantil, Educación Primaria, ESO, FBO y PTVAL cuando el alumno o alumna requiera ayudas o asistencias en el desplazamiento, ayuda en el aseo personal, ayuda en la alimentación, ayuda en el control de esfínteres, ayuda en el uso del WC y/o porque necesite supervisión especializada más allá de la que puede prestar el profesorado ordinariamente, entendiéndose que la intervención especializada de este o esta profesional debe indicarse sólo cuando la respuesta que precisa el alumno o la alumna por su necesidades educativas especiales no puede resolverse con medidas más normalizadas

Tabla 24. Recursos Específicos que se pueden proponer en el 2º Ciclo de E.I. (Instrucciones de 8 de marzo de 2017, Consejería de Educación)

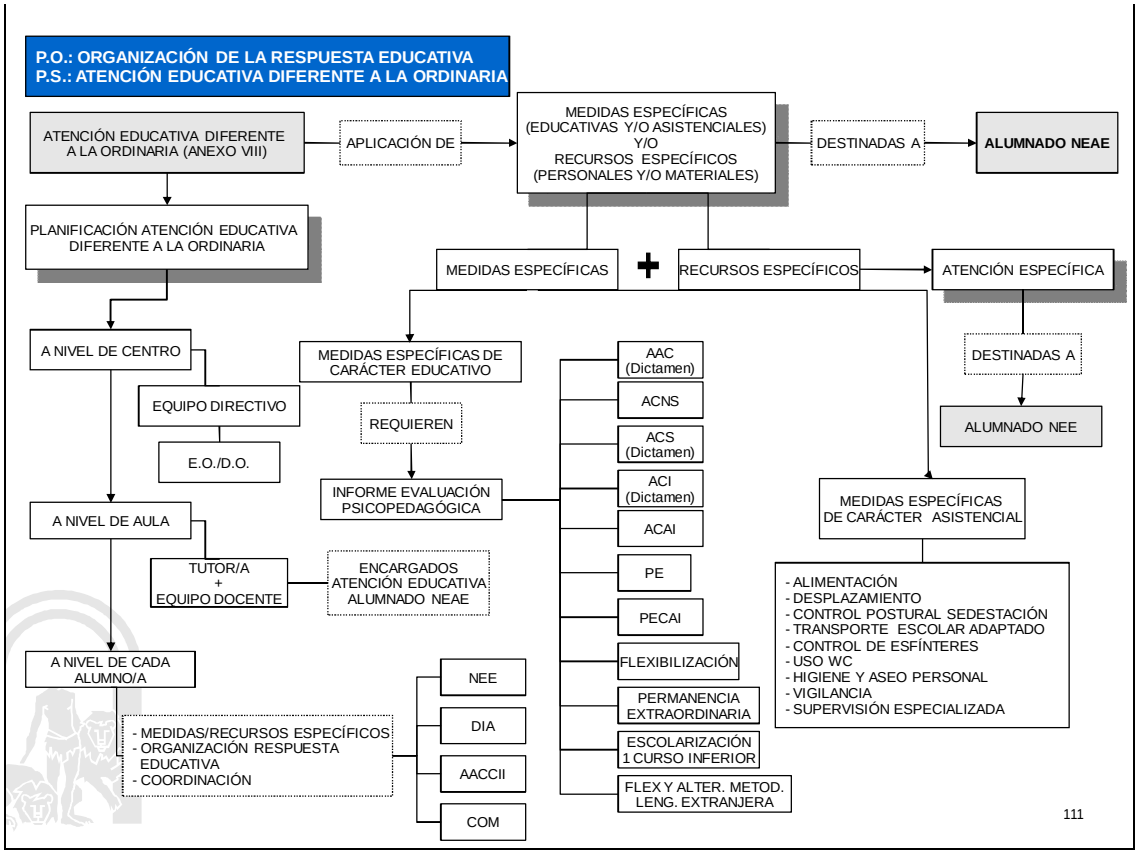


Figura 24. Organización de la Respuesta educativa Diferente a la Ordinaria (Instrucciones de 8 de marzo de 2017, Consejería de Educación)

De esta forma, tal y como afirma Cámara (2011), desde una oferta educativa amplia y diversa, ofreceremos distintos caminos y recursos en función de cada demanda, para crear y ofrecer así una escuela abierta a la diversidad, con unas características organizativas basadas en la flexibilidad, funcionalidad, participación y comunicación, donde el papel del docente será esencial. No obstante, es habitual tener la sensación de estar creando itinerarios diferenciados para los alumnos y alumnas, muy cerca de la discriminación y por tanto, en contra de los principios de equidad y de igualdad de oportunidades enunciados por la Ley 17/2007, de 10 de diciembre, de Educación en Andalucía.

A pesar de convivir en esta permanente controversia, estoy absolutamente convencido de que si realmente queremos abordar de pleno la problemática que conlleva un correcto tratamiento de la diversidad, debemos hacer referencia, sin más remedio, el tener un sumo cuidado en la escolarización de los alumnos y alumnas en el 2º ciclo de la etapa de Educación Infantil. Debemos afirmar, sin miedo a equivocarnos, que la verdadera atención educativa del alumnado con necesidades educativas especiales pasa, obligatoriamente, por una adecuada escolarización en aquellos centros que dispongan de los recursos necesarios, tanto materiales como personales, e incluso en aquellos centros donde no exista la posibilidad de contar con todos los recursos. Los profesionales de la educación del siglo XXI debemos asumir de una vez por todas que nuestra función no es la de trasmitir conocimiento a un grupo homogéneo de

alumnos y alumnas, nuestro perfil profesional ha de evolucionar junto la sociedad a la que se debe, ofreciéndoles la posibilidad de desarrollar todo su potencial, preparándoles para un mundo globalizado, donde la información y el acceso a ella es inmediata, donde la tecnología permite acceder a cualquier ámbito,…, abandonando los estigmas del pasado y las consideraciones discriminatorias hacia la diversidad. A su vez, hemos de alcanzar la puesta en marcha de procedimientos que garanticen al alumnado y a sus familias los principios de igualdad de oportunidades, equidad, acceso y permanencia en el sistema educativo, Precisamente en la definición de las características en el acceso al sistema educativo vamos a centrarnos en el apartado siguiente.

III.4. EL PROCESO DE NUEVA ESCOLARIZACIÓN DEL ALUMNADO CON NEE QUE SE INCORPORA AL 2º CICLO DE LA ETAPA DE EDUCACIÓN INFANTIL

III.4.1. LA ESCOLARIZACIÓN EN LA ETAPA DE EDUCACIÓN INFANTIL Y SUS IMPLICACIONES CON EL ALUMNADO CON NEE

Siguiendo en esta misma línea argumental, según la cual se plantea que el verdadero abordaje de la problemática que conlleva un correcto tratamiento de la diversidad, pasa, sin más remedio, por tener un sumo cuidado en la escolarización de los alumnos y alumnas en el 2º ciclo de la etapa de Educación Infantil, especialmente del alumnado que presenta un trastorno en el desarrollo o el riesgo de padecerlo y que es susceptible de ser identificado como alumnado con necesidades educativas especiales. Esta afirmación es la base de nuestra investigación, ya que deriva directamente en la condición de que la atención educativa del alumnado con NEE pasa, obligatoriamente, por una adecuada escolarización.

Ante la evidencia de la anterior afirmación no puedo dejar de comentar la reflexión que realiza Echeita (2003) y ante la que muestro mi desacuerdo de partida, cuando sostiene que estamos ante uno de los primeros obstáculos o barreras que tiene el sistema educativo, *"la dificultad de que no dispongamos en todos los centros de conocimientos y recursos suficientes para escolarizar a cualquier niño o niña donde le convenga o interese"*; Echeita (2003, 265) manifiesta tajantemente en su artículo *"¿Por qué Jorge no puede ir al mismo colegio que su hermano?"* que esta pregunta *"debiera producirnos, en el fondo, vergüenza o cuanto menos rubor, puesto que nunca como hoy hemos tenido tantos conocimientos y tanta capacidad para compartirlos"*.

Mi descuerdo con el planteamiento expuesto por Echeita, se basa en que, por desgracia, durante muchos años y aún en la actualidad, este mismo argumento, basado en la ausencia de recursos especializados, es utilizado por una parte nada despreciable del profesorado para justificar la incapacidad de trabajar e intervenir desde el principio de normalización con el alumnado que presenta NEE. Hoy, se está demostrando que mediante la aplicación de metodologías favorecedoras de la inclusión, entre las que podemos citar el trabajo en grupos

cooperativos, las comunidades de aprendizaje o el aprendizaje basado en proyectos permite la atención al alumnado, consiguiendo resultados muy positivos y satisfactorios en el profesorado, en las familias y en el propio alumnado. Esto no quiere decir que la atención especializada por parte de profesorado especialista no sea necesaria, pero sí que habría que redefinir su papel en el sistema educativo, dotándolo de una imagen más integradora, desempeñando un papel más ligado al asesoramiento y la intervención en el grupo de iguales.

Este mismo autor plantea otro obstáculo claro, con el que sí manifiesto mi total acuerdo y que debe hacernos reflexionar a aquellos que nos dedicamos a la investigación y/o la formación, *"la distancia entre el conocimiento disponible a partir de la gran cantidad de investigación que hoy se realiza y lo que luego somos capaces de trasladar a la práctica más cotidiana"*. Consideramos fundamental que el conocimiento que se deriva de las investigaciones realizadas en el campo de la Educación Infantil y por ende, en el campo de la atención infantil temprana, dada su vinculación llegue a práctica de los centros y de los profesionales. Esto exige por parte de la Administración y de las Universidades una decidida apuesta por la formación del profesorado y los profesionales de AIT y por la divulgación de las investigaciones más relevantes, así como por el establecimiento de cauces de coordinación y convenios de colaboración que permitan llevar lo investigado a la práctica.

Como ya se comentó anteriormente, Andalucía cuenta con 6.912 centros educativos en los que prestan sus servicios 95.415 docentes para atender a 1.800.000 alumnos y alumnas. Del total de alumnos y alumnas, el 5'4% de alumnado presenta alguna necesidad específica de apoyo educativo. Por su parte, en torno al 35% de ellos presentan necesidades educativas especiales

Más del 90% de nuestra población escolar con necesidades educativas especiales está escolarizada en centros ordinarios, siendo el porcentaje restante atendida en los 58 centros educativos de los que dispone la red de centros específicos de educación especial sostenidos con fondos públicos.

De este modo, las Órdenes de 19 de septiembre de 2002 por las que se regulan la realización de la evaluación psicopedagógica y la elaboración del dictamen de escolarización, establecen que el sistema educativo de Andalucía tiene la posibilidad de escolarizar al alumnado con necesidades educativas especiales en centros ordinarios o en centros específicos de educación especial. Como acabamos de comprobar, la escolarización mayoritaria se realiza en centros ordinarios, siendo, en estos casos, posibles, tres modalidades diferentes que describimos en el apartado anterior:

A. *Escolarización en grupo ordinario a tiempo completo*. El alumno o alumna con necesidades educativas especiales pasa toda la jornada escolar con su grupo de iguales.
B. *Escolarización en grupo ordinario con apoyos en períodos variables*. El alumno o alumna tiene como referencia su grupo ordinario y recibe apoyos especializados (por

parte del profesorado especialista en pedagogía terapéutica o de audición y lenguaje) preferentemente dentro del grupo ordinario y, en caso necesario, en el aula de apoyo.

C. *Escolarización en aula específica de educación especial en centro ordinario.* El alumno o alumna, debido a la especificidad de sus necesidades, se escolariza en un aula de educación especial con una ratio muy reducida y compuesta únicamente por alumnado con necesidades educativas especiales. Estas aulas pueden escolarizar a alumnado con diferentes discapacidades o, preferentemente, a alumnado con un mismo tipo de discapacidad (en Andalucía, por ejemplo, se cuenta con 180 aulas específicas de educación especial especializadas en la atención al alumnado con trastornos del espectro del autismo, en las que trabaja profesorado muy especializado en la atención a este alumnado, contando, además, con la colaboración de personal técnico de integración social).

D. Por otro lado, cuando las necesidades de un alumno o alumna no pueden ser adecuadamente atendidas en las modalidades indicadas, se puede decidir la escolarización en *centros específicos de educación especial*. Esta modalidad está dirigida de manera habitual a alumnado con necesidades educativas especiales más graves y permanentes y, muy frecuentemente, a alumnado en el que confluyen diferentes tipos de discapacidad que requieren apoyos muy específicos y constantes.

La proporción de alumnado que se escolariza en una u otra modalidad puede darnos la clave de cómo se entiende en Andalucía la atención educativa al alumnado con necesidades educativas especiales. Así, en torno al 90% del alumnado se escolariza en centros ordinarios (en alguna de las tres modalidades indicadas) y solo el 10% restante se escolariza en alguno de los 58 centros específicos de educación especial.

Si retomamos la primera reflexión de Echeita con la que iniciábamos el apartado, podríamos pensar erróneamente que los recursos que se dirigen a este alumnado son solo aquellos que están especializados de algún modo u otro en su atención. Si pensásemos así estaríamos utilizando una idea restrictiva. Los 95.415 docentes a los que nos referíamos al principio del texto son los recursos que la Consejería de Educación de la Junta de Andalucía pone al servicio de la inclusión del alumnado. Estoy convencido de que los recursos ordinarios son los que más pueden favorecer la normalización de las prácticas y potenciar los mayores niveles de inclusión posibles.

No obstante, merece la pena destacar que, de entre estos profesionales, un importante número cuenta con una especialización adicional para el trabajo con el alumnado con necesidades educativas especiales. Estos son algunos datos:

- Más de 7.600 profesionales especializados, entre profesorado especialista de pedagogía terapéutica; de audición y lenguaje y personal técnico de integración social.
- Casi 1.700 profesionales de la orientación educativa.

- 156 equipos de orientación educativa.
- 8 equipos de orientación educativa especializados.
- Etc.

En definitiva, la respuesta educativa para atender a la diversidad comprende todas aquellas actuaciones, entre la que destacamos la necesidad de una adecuada escolarización, que, en el marco de la escuela inclusiva, tienen en cuenta que cada uno de los alumnos y alumnas es susceptible de tener necesidades educativas, específicas o no, especiales o no y, en consonancia con ellas, requieren unas medidas y recursos que les hagan posible acceder y permanecer en el sistema educativo en igualdad de oportunidades, favoreciendo el máximo desarrollo posible de sus capacidades personales y garantizando así el derecho a la educación que les asiste.

III.4.2. EL PROCEDIMIENTO DE ESCOLARIZACIÓN DEL ALUMNADO CON NEE EN ANDALUCÍA

El artículo 21.3 del Estatuto de Autonomía para Andalucía proclama el derecho de todas las personas a acceder en condiciones de igualdad a los centros educativos sostenidos con fondos públicos y prevé el establecimiento de criterios de admisión, al objeto de garantizarla en condiciones de igualdad y no discriminación. Del mismo modo, estos aspectos están regulados a nivel nacional:

> *"1. La escolarización del alumnado que presenta necesidades educativas especiales se regirá por los principios de normalización e inclusión y asegurará su no discriminación y la igualdad efectiva en el acceso y la permanencia en el sistema educativo, pudiendo introducirse medidas de flexibilización de las distintas etapas educativas, cuando se considere necesario. La escolarización de este alumnado en unidades o centros de educación especial, que podrá extenderse hasta los veintiún años, sólo se llevará a cabo cuando sus necesidades no puedan ser atendidas en el marco de las medidas de atención a la diversidad de los centros ordinarios.*
>
> *2. La identificación y valoración de las necesidades educativas de este alumnado se realizará, lo más tempranamente posible, por personal con la debida cualificación y en los términos que determinen las Administraciones educativas.*
>
> *3. Al finalizar cada curso se evaluarán los resultados conseguidos por cada uno de los alumnos en función de los objetivos propuestos a partir de la valoración inicial. Dicha evaluación permitirá proporcionarles la orientación adecuada y modificar el plan de actuación así como la modalidad de escolarización, de modo que pueda favorecerse, siempre que sea posible, el acceso del alumnado a un régimen de mayor integración.*
>
> *4. Corresponde a las Administraciones educativas promover la escolarización en la educación infantil del alumnado que presente necesidades educativas especiales y*

> *desarrollar programas para su adecuada escolarización en los centros de educación primaria y secundaria obligatoria.*
>
> *5. Corresponde asimismo a las Administraciones educativas favorecer que el alumnado con necesidades educativas especiales pueda continuar su escolarización de manera adecuada en las enseñanzas postobligatorias, así como adaptar las condiciones de realización de las pruebas establecidas en esta Ley para aquellas personas con discapacidad que así lo requieran."* Ley Orgánica 2/2006, de 3 de mayo, de Educación. Texto consolidado (29 de julio de 2015). Artículo 74. Escolarización.

Hemos considerado necesario comenzar este apartado con una cita literal de lo establecido en la Ley Orgánica 2/2006, de 3 de mayo, de Educación, con intención de situar desde un primer momento, la relevancia que se otorga a la escolarización del alumnado con NEE a nivel normativo y de comprender las premisas que se establecen para su adecuada escolarización.

A nivel autonómico, la Ley 17/2007, de 10 de diciembre, de Educación de Andalucía, establece en su artículo 113 *"Principios de equidad"*, que:

> *"5. La escolarización del alumnado con necesidades específicas de apoyo educativo se regirá por los principios de normalización, inclusión escolar y social, flexibilización, personalización de la enseñanza y coordinación interadministrativa. Con objeto de proporcionar la respuesta educativa adecuada, este alumnado podrá escolarizarse en aquellos centros que dispongan de recursos específicos que resulten de difícil generalización.*
>
> *6. La escolarización del alumnado con necesidades específicas de apoyo educativo garantizará las condiciones más favorables para el mismo. La Administración educativa realizará una distribución equilibrada de este alumnado entre los centros docentes sostenidos con fondos públicos, en condiciones que faciliten su adecuada atención educativa y su inclusión social. A tales efectos, se podrá reservar hasta el final del período de matrícula una parte de las plazas de los centros públicos y privados concertados.*
>
> *7. En la escolarización del alumnado con necesidades específicas de apoyo educativo se favorecerá la adopción, entre otras, de medidas organizativas flexibles y la disminución de la relación numérica alumnado-profesorado, en función de las características del mismo y de los centros."*

De forma específica, se hace alusión en la LEA, a la escolarización en la etapa de Educación Infantil, en su artículo 114 *"Detección y atención temprana"*, cuando en los apartados 3 y 4 hace referencia a:

> *"3. La aplicación de las medidas específicas, encaminadas a alcanzar el máximo desarrollo personal, intelectual, social y emocional que este alumnado necesite, se*

iniciará en el segundo ciclo de la educación infantil y se mantendrá, mientras sean necesarias, durante todo el período de escolarización.

4. La Administración educativa promoverá especialmente la escolarización en las condiciones más favorables en la etapa de educación infantil del alumnado que se encuentre en situación de desventaja por razones familiares y sociales."

En definitiva, se establece que el Sistema Educativo Público de Andalucía ha de garantizar el acceso y la permanencia en el sistema educativo del alumnado con necesidad específica de apoyo educativo. Para ello, los centros docentes que atienden alumnado con necesidades específicas de apoyo educativo han de disponer de los medios, de los avances técnicos y de los recursos específicos que permitan garantizar la escolarización de este alumnado en condiciones adecuadas. Sin embargo, es necesario analizar el proceso de escolarización tanto en el primer como en el segundo ciclo para poder valorar realmente si estas garantías se ofrecen las familias.

III.4.2.1 El Procedimiento de Escolarización en el Primer Ciclo (0-3)

Desde hace no muchos años, estamos asistiendo en la sociedad en general y en la andaluza en particular, a muchos cambios importantes. Nos vamos a centrar en el que es objeto de esta investigación, es decir, en la escolarización del alumnado con trastornos en su desarrollo o en riesgo de padecerlo. Cualquiera puede reconocer que en los últimos años los padres y madres confiamos a nuestros hijos e hijas a otras personas y/o profesionales en edades cada vez más tempranas, lo que ha llevado a crear progresivamente estructuras extra-parentales de acogida y cuidado, así como educativas para los niños de 0-3 años. Está mucho más asumido y aceptado, lo cual es un gran logro de nuestra sociedad, que entre 3-6 años, es el sistema educativo el encargado de acoger a los niños y niñas, de forma gratuita y voluntaria. La escolarización no es obligatoria hasta los 6 años, dato que con frecuencia se olvida, dado que la sociedad ha asumido los 3 años como inicio de la escolaridad.

Sin embargo, hemos de reconocer que las condiciones y las garantías en las que se escolariza un niño o una niña en el periodo 0-3, no son las mismas que en el periodo 3-6, por lo que cabe preguntarnos ¿está la escuela actualmente, como institución, adaptada y preparada para acoger a los niños y niñas de 0 a 3 años? Tal y como indican González y Tapia (2009, 94), está muy extendida la idea de que *"cuanto antes y más tiempo en la escuela, mejor, sobre todo para los niños provenientes de medios social y culturalmente desfavorecidos"*, criterio masivamente aplicado actualmente con los niños y niñas con trastornos en el desarrollo o en riesgo de padecerlo. Los autores que investigan el tema se muestran cada vez más prudentes ante estas convicciones, por los siguientes motivos:

> *"Las políticas de escolarización con dos años no compensan las diferencias sociales. Por si se nos olvidaba: independientemente de la edad de escolarización, las diferencias escolares van aumentando en función de las categorías sociales.*
>
> *En otros estudios se señala que los más favorecidos son los niños de las clases más altas y los niños de inmigrantes pero éstos últimos dejan de mantener los beneficios de la escolarización precoz al entrar en secundaria.*
>
> *Hay autores que afirman que, en términos generales, más o menos la mitad de los niños progresan en la escuela con dos años, mientras que para la otra mitad, los más desfavorecidos en origen, supone un traumatismo del que les cuesta reponerse."*

Compartimos con estos autores que la escolarización en el primer ciclo de Educación Infantil para todos los niños y niñas, con independencia de sus circunstancias personales, sociales, familiares, es decir *"escolarizar por escolarizar"*, sin tener en cuenta las características del centro, los recursos de los que dispone, sin conocer su proyecto educativo, no siempre es la mejor respuesta a las necesidades de estimulación que un niño o niña con trastornos en el desarrollo o en riesgo de padecerlo. Por lo que nos surge otra pregunta, ¿es compatible la identidad del primer ciclo de Educación Infantil actual con las características psicobiológicas de los niños y niñas con trastornos en el desarrollo o en riesgo de padecerlo?

González y Tapia (2009, 155), muestran en sus estudios sobre escolarización temprana una recopilación de diferentes estudios al respecto, cuyos resultados son muy dispares cuando no contradictorios:

> *"Hay estudios que consideran que los niños atendidos colectivamente se benefician psicológicamente si no pasan más de 30 horas semanales fuera del cuidado de los padres.*
>
> *Otros autores consideran sin embargo que son más agresivos, con más problemas de conducta y con efectos negativos en el apego a la madre.*
>
> *Cuando hay una relación más individualizada con los niños se refuerza su seguridad emocional, tienen reacciones más vivas y tienden a relacionarse más con las personas; cuando la atención es más colectiva, son más pasivos y centrados en su propio cuerpo.*
>
> *Las fantasías de los educadores sobre el ideal de cómo cuidar tienen un gran impacto en el comportamiento de los niños. Los ideales de sensibilidad, disponibilidad y proximidad tienen un efecto positivo mientras que los de estimulación, firmeza, eficacia y organización tienen un efecto negativo."*

El Decreto 149/2009, de 12 de mayo, por el que se regulan los centros que imparten el primer ciclo de la educación infantil, dispone entre los principios generales que inspiran el primer ciclo de la educación infantil, la conciliación entre la vida familiar y laboral de los padres, madres o personas que ejerzan la tutela de los niños y niñas. En consecuencia, la

organización y el funcionamiento de estos centros tiene en cuenta, además de la educativa, otras funciones sociales que favorezcan dicha conciliación.

La normativa andaluza defiende que es precisamente el primer ciclo de esta etapa, destinado a la atención social y educativa de los niños y niñas menores de 3 años, el que reviste una importancia fundamental en los primeros años de vida, base e inicio de todo el proceso educativo. Pero además constituye un elemento básico para eliminar las diferencias culturales y las desventajas iniciales del niño o niña socialmente desfavorecido, potenciando la igualdad de oportunidades educativas y la socialización, del mismo modo que se erige en factor esencial en la prevención de las dificultades de aprendizaje y del fracaso escolar, que se manifiestan con más claridad en las etapas educativas posteriores.

Por ello, la Junta de Andalucía viene fomentando desde hace más de 15 años la Educación Infantil del primer ciclo y aunque esta enseñanza no forme parte de las declaradas obligatorias y gratuitas, se ha fijado como objetivo promover la oferta de plazas de cero a tres años, de manera que el servicio de atención socioeducativa pueda extenderse y prestarse al mayor número de niños y niñas posibles.

Sin embargo, el actual Decreto-ley 1/2017, de 28 de marzo, de medidas urgentes para favorecer la escolarización en el primer ciclo de la educación infantil en Andalucía, establece que tras estos años de plena integración del primer ciclo de educación infantil en el Sistema Educativo Andaluz y después de dos periodos cuatrienales de convenios de colaboración entre los centros educativos de primer ciclo de educación infantil y la Consejería de Educación para la financiación de los puestos escolares, se hace necesario articular de manera urgente un nuevo sistema de ayudas dirigido a las familias para fomentar la escolarización en este ciclo, en adelante Programa de ayuda, que posibilite y mejore la participación de todos los centros legalmente autorizados para su funcionamiento y que garantice la igualdad de oportunidades de las familias.

A partir de ahora, cualquier centro público o privado autorizado puede adherirse al "*Programa de Ayuda a las familias para el fomento de la escolarización en el Primer Ciclo de Educación Infantil*". De forma que, además de garantizar la permanencia de los 1.610 centros que actualmente ofertan plazas a través del sistema público, se les abre la puerta a 600 escuelas infantiles nuevas que hasta ahora solo ofertan plazas privadas. Con este sistema el próximo curso habrá unas 12.000 plazas más, se llegará a más poblaciones y más familias serán beneficiarias de poder acceder a una plaza bajo las condiciones establecidas por la Junta.

Otra de las novedades es que se mejora la progresividad de las ayudas que se otorgan, pasando de cuatro tramos correspondientes al 100%, 75%, 50% o 25% del precio a nueve, del 100%, 80%, 70%, 60% y así sucesivamente hasta el 10%. Según las previsiones de la Consejería de Educación, el próximo curso 2017/2018 casi el 50% del alumnado accederá a una

plaza de forma gratuita de este servicio socioeducativo que favorece el desarrollo social, emocional e intelectual de los niños y niñas y ayuda a la conciliación laboral y familiar.

Los centros actuarán como entidades colaboradoras de la administración. Para ello, deberán firmar un convenio con la Consejería de Educación con las condiciones y obligaciones que asumen. Respecto a los gastos de gestión, recibirán una compensación económica en función del alumnado bonificado.

Tras el proceso de adhesión habilitado por la Consejería de Educación, un total de 1.901 centros y Escuelas infantiles ofertarán el próximo curso 2017/2018 112.796 plazas, más de 14.500 que el curso anterior, para el Primer Ciclo de Educación Infantil (menores de tres años). De estos centros, 1.730 se han adherido al 'Programa de Ayuda a las familias para el fomento de la escolarización en el Primer Ciclo de Educación Infantil en Andalucía. A estos hay que sumar otras 171 escuelas infantiles de titularidad de la Junta. Del total de centros adheridos, 302 de titularidad municipal o privada ofertaran plazas por primera vez a través del sistema público. De esta manera más familias podrán optar a una plaza en las escuelas infantiles bajo las condiciones establecidas por la Junta, lo que es una garantía de acceso en igualdad de oportunidades a este servicio socioeducativo.

Por otra parte, los requisitos y criterios de admisión seguirán siendo los mismos, es decir podrán solicitar plaza los representantes legales de niños y niñas cuya edad esté comprendida entre las dieciséis semanas y los tres años. Asimismo, se podrá solicitar plaza escolar para niños y niñas en fase de gestación cuando su nacimiento esté previsto que tenga lugar con dieciséis semanas de antelación al comienzo del curso. En el caso de que los niños o niñas no hubieran alcanzado las 16 semanas en septiembre y, por tanto, se escolaricen en fecha posterior en una plaza vacante, las familias podrán solicitar la ayuda a través de una convocatoria extraordinaria.

Sin duda, este tipo de medidas “urgentes” responden a la dimensión que está adquiriendo el primer ciclo de Educación Infantil, en cuanto al número de niños y niñas escolarizados en el periodo 0-3. Sin embargo, volviendo a los estudios publicados por Serrano y Tapia (2009), los efectos pedagógicos del cuidado extra-parental temprano en su devenir escolar están muy lejos de la unanimidad, pues, en términos generales no hay diferencias en el desarrollo escolar entre los niños y niñas escolarizadas con dos y tres años, aunque sí se observan evidentes ventajas en los niños y niñas escolarizados con 3-4 años en comparación con los no escolarizados. Cuando el cuidado y la atención es de mala calidad los efectos son claramente negativos para el desarrollo cognitivo y del lenguaje. Sin embargo, cuando la atención es buena y de calidad, y con una presencia entre 10-30 horas a la semana antes de cumplir un año de edad, se observan beneficios en los resultados escolares posteriores. No así

cuando pasan más de 30 horas. El factor tiempo de cuidado extra-parental adquiere una relevancia muy grande. Por último, el impacto en el desarrollo escolar de las variables nivel socio-económico de los padres y madres y el trimestre de nacimiento es mucho mayor que el de la escolarización con dos o tres años. Se insiste en el papel fundamental del factor calidad de acogida.

III.4.2.2. El Procedimiento de Escolarización en el Segundo Ciclo (3-6)

Como hemos comentado en el apartado anterior, aunque la escolarización obligatoria comienza a los 6 años, con el acceso a la Educación Primaria, es un hecho plenamente consolidado en la comunidad autónoma de Andalucía la plena escolarización del alumnado en el segundo ciclo de la educación infantil en centros públicos y privados concertados, por lo que se ha universalizado así el derecho a la educación para todos los andaluces y andaluzas desde los tres a los dieciséis años. La Consejería de Educación es responsable de asegurar que el procedimiento de acceso al sistema educativo goce de la mayor transparencia, eficacia y eficiencia posible, conjugando la libertad de elección de centro de las familias, el acceso de todo el alumnado en condiciones de igualdad y calidad, la adecuada y equilibrada distribución entre los centros docentes del alumnado con necesidades específicas de apoyo educativo, así como el principio de eficiencia en el uso de los recursos públicos.

Nos gustaría centrar la atención en una circunstancia que consideramos clave en el proceso de escolarización en el segundo ciclo de Educación Infantil y es que los niños y niñas, con carácter general, experimentan una pérdida de la seguridad respecto a un entorno seguro y conocido como era el centro de primer ciclo, donde muchos de ellos y ellas han estado uno o incluso dos años. Además, podemos encontrar, aún hoy día, muchos niños y niñas que no llegan a escolarizarse en el primer ciclo y que por tanto, se enfrentan a su primera experiencia de abandono del seno familiar.

Sin ninguna duda, el paso del primer ciclo, caracterizado normalmente como centros pequeños con un número reducido de niños y niñas, así como de adultos de referencia; conocido y cercano a la familia, al segundo ciclo, donde suele ser habitual encontrar centros que además imparten la etapa de Educación Primaria y por tanto, el número de alumnado y de profesorado es mucho mayor; las propias instalaciones son muy diferentes, supone el acceso a un entorno desconocido, muy grande y con un gran número de alumnado de edades mayores que provoca en los propios niños y niñas, así como en sus familias, lo que podríamos identificar como un período de estrés, por la propia inseguridad que el nuevo entorno les transmite. Si a esta realidad, le añadimos que se trate de niños y niñas que presentan un trastorno en el desarrollo o el riesgo de padecerlo, tanto los menores, pero especialmente los padres y madres viven este tránsito con auténtico pánico.

La entrada al colegio tras la escolarización en escuelas o centros de primer ciclo es un momento muy importante en la vida de los niños y niñas y de sus familias, por lo que los profesionales que estamos directamente relacionados con esta labor, no debemos perder nunca la sensibilidad hacia este momento, que en ocasiones puede vivirse de forma traumática. La forma en que se vivencie este proceso de tránsito condicionará el éxito del período de adaptación al centro de infantil y primaria. Podemos encontrar, de una lado niños y niñas que, ante la incapacidad de expresar verbalmente su inseguridad y sus miedos, manifiesten estas emociones a través de diferentes síntomas como las regresiones en el control de esfínteres, llantos, dejar de comer, vómitos, dificultad para conciliar el sueño, pesadillas, cambios de humor y negativas a ir al colegio y llantos en el mismo. Y de otro, las familias, que suelen realizar proceso de indagación respecto a los centros donde cuenten con mejores experiencias y referencias de conocidos, búsqueda de aquellos centros donde cuenten con un mayor número de recursos,…, lo cual no siempre es acorde con lo establecido en el dictamen de escolarización o con el propio procedimiento de admisión, por lo que en el caso de que no se cumplan las expectativas previstas suelen generar importantes conflictos con los profesionales y con la propia Administración educativa.

Todas las realidades que acabamos de describir, ciñéndonos a la experiencia directa sobre el terreno, exige que la Consejería de Educación promueva estrategias y actuaciones que minimicen los procesos de ansiedad e incertidumbre con el que las familias de niños y niñas con trastornos en el desarrollo o en riesgo de padecerlos afronten el proceso de escolarización en el segundo ciclo de Educación Infantil. Estas actuaciones pueden concretarse en el diseño y aplicación real de programas de tránsito y acogida entre los centros de primer y segundo ciclo, liderados por los equipos directivos y coordinados por los servicios de orientación.

Así, las Instrucciones de 8 de marzo de 2017, incluyen en su apartado 2.2.2. un programa de tránsito entre el primer y el segundo ciclo de la etapa de Educación Infantil, en el que se recoge la necesidad de prestar especial atención al cambio de ciclo en la etapa de educación infantil, dado que implica en la mayor parte de los casos un cambio de centro, de grupo de compañeros y compañeras e incluso de contexto. Al mismo tiempo, es un momento idóneo para incidir en los procesos de detección, donde confluyen profesionales de primer y segundo ciclo de educación infantil, coordinados por sus respectivos equipos directivos y contando con el asesoramiento de los EOE de zona y el propio EOE especializado.

Las actuaciones que se consideran recomendables para la detección de alumnado con necesidades específicas de apoyo educativo en el marco de este programa son:

1) Coordinación entre todos los órganos docentes implicados: equipos directivos de los centros, EOE, EOE Especializado, CAIT,...
2) Reunión de tutores o tutoras de segundo ciclo de educación infantil y/o EOE con las familias del alumnado destinadas a informar sobre:

- El proceso de escolarización.
- Las características evolutivas de la etapa educativa en la que se encuentra su hijo o hija, con el fin de detectar y/o resolver dificultades.
- El contexto físico donde se van a desenvolver sus hijos e hijas.

3) Transmisión de datos a través de los informes de final de ciclo, que además de la información académica recoja información sobre el grado y nivel de desarrollo del alumno o alumna, dificultades detectadas y orientaciones sobre medidas educativas a contemplar en el segundo ciclo de educación infantil.
4) Reuniones de coordinación y contacto directo entre los centros que imparten el primer ciclo de E.I. con los CEIP.
5) Actuaciones a realizar a comienzos de curso (mes septiembre) por el tutor o tutora del alumnado que comienza el nuevo ciclo:

- Revisión del informe final de ciclo de cada alumno o alumna.
- Recoger información individual de cada alumno y alumna teniendo en cuenta aspectos importantes como: datos personales y de salud, atención especializada en otro ámbito, dificultades en el desarrollo,…
- Reunión de equipo docente y de las y los profesionales que trabajan con el alumnado para la exposición de información relevante sobre las características del grupo clase, así como las características específicas de algunos alumnos y alumnas para que sirvan de referencia para el diseño de las propuestas pedagógicas.

  En los casos de:

  - Alumnado NEE (alumnado con dictamen de escolarización).
  - Alumnado atendido en CAIT (aunque no haya sido objeto de dictamen de escolarización).
  - Alumnado detectado en el primer ciclo de educación infantil sobre el que se haya emitido el correspondiente informe por el orientador u orientadora especialista en atención temprana.
  - Y en aquellos en los que se considere oportuno.

  Esta información a los tutores y tutoras del alumnado podría ser proporcionada por los servicios de orientación educativa (EOE de zona a través de su orientador de referencia), e incluso si fuera necesario por los servicios de atención temprana (CAIT de referencia).

- Reunión informativa a las familias sobre las características del desarrollo evolutivo con respecto a la edad de sus hijos e hijas (con el fin de que puedan

detectarse indicios de NEAE desde el contexto familiar) y sobre la programación del trabajo educativo a realizar durante el curso.

El desarrollo de estas actuaciones específicas de detección en el alumnado que accede al segundo ciclo de Educación Infantil, han de integrarse en un programa más amplio, que facilite el tránsito del alumnado entre ambos ciclos. Estos programas serán elaborados teniendo en cuenta las características y circunstancias del entorno donde se integra el centro docente y en función de éstas, incluirán aquellas actuaciones que puedan llevarse a cabo.

Es cierto, como acabamos de comprobar que la normativa actual ha definido actuaciones específicas para el tránsito entre ciclos y además, ha reconocido ciertos privilegios en los procesos de admisión para este tipo de alumnado. En este sentido, el Decreto 40/2011, de 22 de febrero, por el que se regulan los criterios y el procedimiento de admisión del alumnado en los centros docentes públicos y privados concertados para cursar las enseñanzas de segundo ciclo de educación infantil, educación primaria, educación especial, educación secundaria obligatoria y bachillerato, establece en el artículo 10 "*Criterios para la admisión del alumnado"*, que la admisión del alumnado, cuando no existan plazas suficientes para atender todas las solicitudes, se regirá entre otros por el siguiente criterio:

"d) Concurrencia de discapacidad en el alumno o la alumna, en sus padres, madres o tutores o guardadores legales, o en alguno de sus hermanos o hermanas o menores en acogimiento en la misma unidad familiar. En el segundo ciclo de la educación infantil se considerará también la presencia en el alumnado de trastornos del desarrollo."

En el artículo 15 "*Discapacidad o trastorno del desarrollo"*, se establece que:

"1. El criterio de discapacidad sólo se valorará cuando el alumno o alumna, alguno de sus tutores o guardadores legales o alguno de sus hermanos o hermanas o menores en acogimiento en la misma unidad familiar, tengan reconocido un grado de discapacidad igual o superior al treinta y tres por ciento.

2. El criterio de presentar trastorno del desarrollo sólo se tendrá en cuenta cuando el alumno o alumna disponga del informe correspondiente, emitido por el Centro de Atención Infantil Temprana en el que esté recibiendo tratamiento."

Por otra parte, el artículo 22 "Acreditación del criterio de discapacidad o trastorno del desarrollo", establece que:

3. La circunstancia de que el alumno o la alumna presenta trastorno del desarrollo se acreditará mediante informe del Centro de Atención Infantil Temprana correspondiente.

Sin embargo, nos inclinamos a pensar que aún no se está considerando debidamente la relevancia que el primer ciclo de Educación Infantil tiene en la detección e intervención

temprana como base para el desarrollo de un adecuado y efectivo proceso de prevención en sus tres niveles: primaria, secundaria y terciaria, que posibilite minimizar los efectos de un posible trastorno en el desarrollo, proporcionando al niño o la niña una atención capaz de potenciar sus capacidades en unas edades donde cualquier tipo de intervención especializada puede suponer un avance significativo para su desarrollo posterior. Por lo tanto, identificar lo antes posible cualquier signo de alerta o factor de riesgo en el menor, nos permitirá poder ofrecer una respuesta más temprana. En este sentido, es necesario delimitar los ámbitos y momentos en los que la función de detección cobra especial relevancia.

El propio proceso de atención infantil temprana, según lo establecido en el citado Protocolo de coordinación de 30 de marzo de 2015 entre las Consejerías competentes en materia de educación y de salud para el desarrollo de la Atención Temprana, incluido en el Decreto 85/2016, de 26 de abril, por el que se regula la intervención integral de la atención infantil temprana en Andalucía, constituyó un importante avance en la coordinación interadministrativa. Los procesos de coordinación definidos facilitaron la identificación un número importante de niños y niñas cada curso escolar cuando se van a escolarizar en el 2º ciclo de Educación Infantil. Así, estos mecanismos de detección contemplados en el proceso de escolarización, promoverán la puesta en marcha de la identificación de alumnado NEAE y en su caso, el proceso de elaboración del dictamen de escolarización.

En ambos casos, ya sea en la coordinación interadministrativa con la Consejería de Salud, o bien, mediante los procesos de tránsito entre el primer y el segundo ciclo de Educación Infantil, los profesionales especializados en atención infantil temprana de la Consejería de Educación, que forman parte desde el curso 2009/2010 de los EOE Especializados, tienen en su ámbito de actuación a todos los niños y niñas de educación infantil, desde el nacimiento hasta los seis años de edad, que residen en la comunidad autónoma andaluza y presentan trastornos del desarrollo o riesgo de padecerlos. El citado Protocolo de 30 de marzo de 2015 otorga una especial importancia la coordinación entre los profesionales implicados a nivel provincial en las actuaciones que se desarrollan con el alumnado de nueva escolarización.

En todo el proceso descrito adquiere una especial importancia la coordinación entre las y los profesionales de los EOE y de los CAIT, no sólo enfocada al proceso de escolarización, sino también para evitar solapamientos o duplicidad en las actuaciones que se desarrollan con el alumnado de nueva escolarización o ya escolarizado. Del mismo modo, es básico que entre ambos equipos multiprofesionales se aúnen criterios de actuación que definan programas de trabajo coordinados entre los profesionales de diferentes ámbitos y así, se ofrezcan pautas y orientaciones, unificadas y consensuadas previamente, a las familias.

Por ello, para completar el proceso de trasvase de información, con motivo del proceso de escolarización, y del seguimiento de programas de actuación conjuntos, especialmente en el

segundo ciclo de Educación Infantil, se establecen reuniones entre las y los profesionales de los EOE y de los CAIT, que deberán ser planificadas y coordinadas por el EPAT.

Teniendo en cuenta los momentos identificados para la elaboración de los informes previos a la escolarización (CAIT), así como la cumplimentación de los PIAT (EOE), se considera conveniente que dichas reuniones se celebren en fechas próximas a la entrega de dichos informes. Se propone por tanto, la celebración de reuniones anuales:

1. En el mes de febrero, con el objetivo de facilitar el trasvase de información necesario para la gestión del proceso de nueva escolarización en el segundo ciclo de Educación Infantil.
2. En el mes de noviembre, de modo que se puedan planificar conjuntamente las actuaciones a desarrollar con los y las menores escolarizados y atendidos en CAIT.

Por otra parte, no debemos olvidar, que el propio procedimiento de escolarización constituye un proceso de detección de alumnado con NEAE. A este respecto, según lo establecido en el artículo 38 del Decreto 40/2011, de 22 de febrero, los padres, madres, tutores o guardadores legales del alumno o alumna, declararán en la solicitud de admisión que presenta necesidades educativas especiales, altas capacidades intelectuales o que precise actuaciones de carácter compensatorio.

En definitiva, parafraseando a Aranda y De Andrés (2004), podemos destacar la existencia de tres dificultades que condicionan de manera importante la organización y la eficacia del proceso de escolarización en el segundo ciclo de la etapa de Educación Infantil y por tanto, la atención que el alumnado con NEE puede recibir. Nos referimos a:

1. La falta de realidad en cuanto a la unidad de la etapa (O-6), pues los niños permanecen en la escuela infantil de O a 3 años y después pasan a los centros de infantil y primaria, sin la adecuada transición
2. La permanencia de distintas estructuras y modelos de intervención en la educación Infantil, que dificulta a veces gravemente la coordinación intra e interadministrativa.
3. La propia organización y distribución de los recursos en ambos ciclos.

Para soslayar estas dificultades sería conveniente tener en cuenta en la planificación estos aspectos:

- La creación de más EOE Especializados de atención infantil temprana por cada zona CEP.
- La asignación de profesorado especialista en pedagogía terapéutica y en audición y lenguaje en los EOE Especializados en AIT.

- La ampliación progresiva de estos servicios con otros especialistas en distintas técnicas de tratamiento, o en su defecto, la conclusión de acuerdos con servicios de estas características dependientes de otras administraciones o entidades.
- La previsión de necesidades en cuanto a eliminación de barreras y aportación de ayudas técnicas para niños y niñas con limitaciones funcionales de la movilidad.

III.4.2.3. Permanencia Extraordinaria en la Etapa de Educación Infantil

Con respecto a la escolarización, no quisiera dejar de recoger en este apartado, una medida que se empezó a aplicar coincidiendo con la asunción por parte de la Consejería de Educación de las competencias en materia de primer ciclo de Educación Infantil y la creación del perfil de orientador u orientadora especialista como integrantes de los EOE Especializados de cada provincia. Nos referimos a la permanencia, con carácter extraordinario, en el primer ciclo de infantil para aquellos niños y niñas con trastornos en su desarrollo que por sus condiciones físicas (gran prematuridad, largos periodos de hospitalización, etc.) o madurativas no cuentan con las condiciones óptimas para afrontar una escolarización en el segundo ciclo de Educación Infantil y, en los que se evidencia que la permanencia un año más en la escuela o centro de educación infantil le va a otorgar un nivel de madurez que garantice unas condiciones escolares más óptimas e inclusivas para afrontar su escolarización en el segundo ciclo de la Etapa.

En un primer momento, coincidiendo con la incorporación de los orientadores y orientadores especialistas en AIT a los EOE-E, se fue evidenciando la existencia de niños y niñas que podrían beneficiarse de un año más de permanencia en el primer ciclo, para lo cual no había un marco legal que posibilitara esta experiencia de escolarización, ya que la Orden de 29 de diciembre de 2008, por la que se establecía la ordenación de la evaluación en la Educación Infantil en la Comunidad Autónoma de Andalucía, sólo contemplaba esta posibilidad al finalizar la etapa de educación Infantil. No obstante, la Consejería de Educación, consciente del beneficio de esta medida en casos muy concretos y tras la correspondiente valoración del especialista en AIT y el visto bueno del EPAT y del Servicio de Inspección Educativa, procedía a la emisión de la correspondiente Resolución favorable de los casos propuestos a la Dirección General de Participación y Equidad.

Aproximadamente, desde el curso 2011/2012, esta medida se convirtió en una demanda generalizada por parte de todos los orientadores y orientadoras especialistas en AIT, e incluso de los EPAT de cada provincia, una vez comprobados los beneficios para un determinado tipo de alumnado. Sin embargo, no es hasta el curso 2015/2016, con la publicación de la Orden 4 de noviembre de 2015, por la que se establece la ordenación de la evaluación del proceso de aprendizaje del alumnado en la Educación Primaria, cuando esta medida cuenta con el marco legal necesario para poder definir con claridad un procedimiento que estableciera los criterios,

requisitos y plazos necesarios para poder solicitar y autorizar dichas permanencias extraordinarias.

Así, la citada Orden 4 de noviembre de 2015, establece en su disposición final segunda la modificación de la Orden de 29 de diciembre de 2008, por la que se establece la ordenación de la evaluación en la Educación Infantil en la Comunidad Autónoma de Andalucía. Se modifica la disposición adicional primera de la citada Orden de 29 de diciembre de 2008, que queda redactada de la siguiente forma:

> *"Disposición adicional primera. De los alumnos y alumnas que presentan necesidades específicas de apoyo educativo.*
>
> *1. La evaluación del alumnado con necesidades específicas de apoyo educativo se regirá, con carácter general, por lo dispuesto en esta Orden.*
>
> *2. Respecto a los documentos de evaluación, cuando en un alumno o alumna se hayan identificado necesidades específicas de apoyo educativo, se recogerán en su expediente personal la evaluación psicopedagógica, los apoyos y las adaptaciones curriculares que hayan sido necesarias.*
>
> *3. Con carácter excepcional el alumno o alumna con necesidades educativas especiales podrá permanecer un año más en la etapa de Educación Infantil. Esta medida se podrá adoptar al término del primer o del segundo ciclo de la etapa.*
>
> *4. La Consejería competente en materia de educación podrá autorizar dicha permanencia en el último curso del primer ciclo al alumnado con trastornos graves del desarrollo, cuando se estime que dicha permanencia le permitirá alcanzar los objetivos del ciclo o será beneficiosa para su desarrollo. La petición será tramitada por la dirección del centro donde esté escolarizado, a propuesta del maestro tutor o la maestra tutora, basada en el informe del Equipo Provincial de Atención Temprana, previa aceptación de la familia. La Inspección educativa elaborará un informe sobre la procedencia de dicha autorización. La Consejería competente en materia de educación regulará las condiciones y los requisitos para dicha autorización.*
>
> *5. Las Delegaciones Provinciales de la Consejería competente en materia de educación podrán autorizar la permanencia del alumno o alumna en el último curso del segundo ciclo, cuando se estime que dicha permanencia permitirá alcanzar los objetivos de la Educación Infantil o será beneficiosa para su socialización. La petición será tramitada por la dirección del centro donde esté escolarizado, a propuesta del maestro tutor o la maestra tutora, basada en el informe del Equipo de Orientación Educativa, previa aceptación de la familia. La Inspección educativa elaborará un informe sobre la procedencia de dicha autorización. "*

Este marco legal posibilitó finalmente, dar respuesta a las demandas para que esta medida extraordinaria tuviera aplicación en la comunidad autónoma de Andalucía, mediante la elaboración y publicación de las Instrucciones de 11 de marzo de 2016, de la Dirección General de Participación y Equidad, por las que se regula el procedimiento y los criterios para solicitar la permanencia extraordinaria del alumnado con necesidades educativas en el primer ciclo de la etapa de educación infantil.

En estas Instrucciones, se establece que la finalidad de la permanencia extraordinaria en el primer ciclo de la etapa de Educación Infantil es facilitar que el alumno o alumna escolarizado en el último curso del primer ciclo de la etapa de educación infantil, cuyas necesidades educativas, tras el correspondiente proceso de identificación, estén asociadas a discapacidad o trastorno grave del desarrollo (Retraso evolutivo grave o profundo/Trastorno grave del desarrollo del lenguaje/Trastorno grave en el desarrollo psicomotor), que implique un grado de desarrollo evolutivo significativamente inferior a su edad cronológica, acceda al segundo ciclo de la etapa con un nivel de desarrollo que garantice el mayor grado de normalización e inclusión educativa y social, dadas las necesidades educativas que presenta.

Se considera fundamental para realizar la propuesta de permanencia en el primer ciclo de educación infantil, que ésta se realice teniendo en consideración las circunstancias personales y escolares del alumno o alumna, así como sus habilidades funcionales y adaptativas, priorizando la necesidad de alcanzar un desarrollo madurativo que integre los hitos evolutivos esperados para su edad cronológica en un entorno educativo que no genere un mayor desfase con sus iguales. Además, se deberán tener en cuenta al menos los siguientes aspectos para valorar la necesidad de solicitar dicha medida:

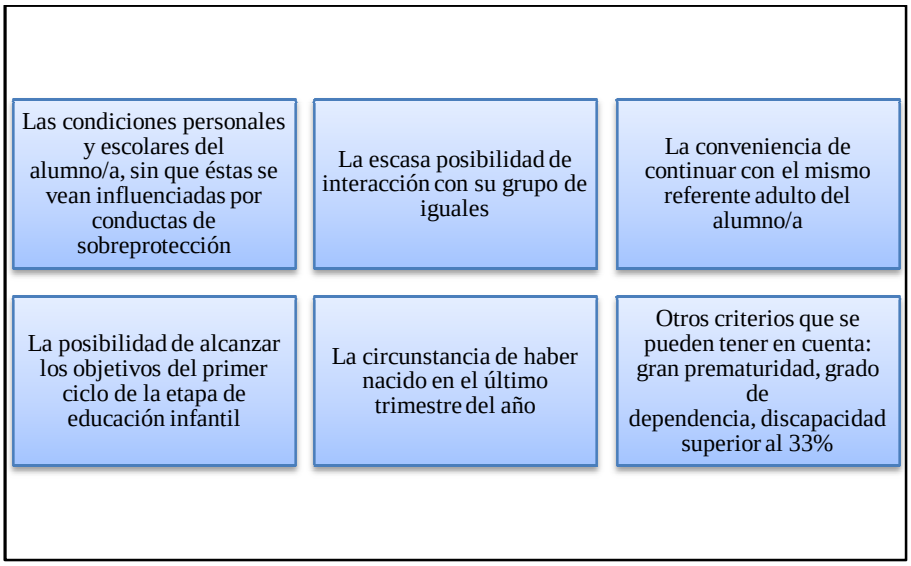


Figura 25. Aspectos a valorar en el alumnado objeto de la permanencia extraordinaria (Instrucciones de 11 de marzo de 2016, Consejería de Educación)

Tal y como establece el Decreto 428/2008, de 29 de julio, por el que se establece la ordenación y las enseñanzas correspondientes a la Educación Infantil en Andalucía, el primer ciclo de la educación infantil debe ofrecer experiencias educativas que estimulen y favorezcan el desarrollo y aprendizaje de los niños y niñas que asistan a los centros. Estoy convencido que esta premisa legal define al 100% la labor que cada día se realiza en los cientos de centros que imparten el primer ciclo de Educación Infantil en Andalucía. Sin embargo, tengo la impresión, fundamentada en la realidad que conocemos que no se han terminado de asumir otras premisas como que *"se trata de unas edades de trascendental importancia para el desarrollo y el establecimiento de un sólido fundamento sobre el que habrán de construirse las adquisiciones posteriores"*, porque de lo contrario no estaríamos poniendo el foco de atención, los recursos y las inversiones sobre problemáticas muy tardías, cuyo abordaje debió haber sido en el periodo 0-6.

No me gustaría acabar este capítulo, sin hacer referencia a la clave que ha de prevalecer en el enfoque de la Educación y de la atención infantil temprana, para lo cual voy a parafrasear a Echeita (2005, 67), cuando haciendo referencia a una entrevista al prestigioso cardiólogo Valentí Fuster sobre los problemas cardíacos, éste manifiesta:

> *"Si quiere verme estimulado, hábleme de la investigación. Si quiere verme reflexionar sobre nuestras verdaderas obligaciones, hábleme de prevención..."*

Esta misma reflexión es perfectamente extrapolable al campo de la Educación Infantil y de la atención infantil temprana donde dominamos una terminología bastante actualizada, y al mismo tiempo su modelo está perfectamente regulado por la normativa legal, pero seguimos manteniendo comportamientos y actitudes, tanto desde los centros docentes y los centros de atención infantil temprana como desde la Consejería de Educación y la Consejería de Salud, anquilosadas en el tiempo.

III.5. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Ainscow, M. (1995). Education for All: Makingit happen, Support for Learning. 10 (4), 147-155.

Ainscow, M. (1995). *Necesidades especiales en el aula. Guía para la formación del profesorado*. Madrid: Narcea.

Ainscow, M. (2008). Organizaciones educativas al servicio de la sociedad. En Congreso Interuniversitario de Organización e Instituciones educativas. Barcelona, 75-90.

Alcudia, R., Del Carmen, M., Gavilán, P., Sacristán, J.G., Giné, N., López, F., Montón, M.J., Onrubia. J., Pérez, C., Sanmartí, N., Sentís, F., Tirado, V., Viera, A.M. (2000). *Atención a la diversidad*. Barcelona: Graó.

Alegre, O. (2000). *Diversidad humana y educación.* Málaga: Aljibe.

Aranda, R., Andrés, C. (2004). La organización de la atención temprana en la educación infantil. Tendencias Pedagógicas 9, 230-258.

Araque, N., Barrio de la Puente, J.L. (2010). Atención a la diversidad y desarrollo de procesos educativos inclusivos. Prisma social. 4, 1-35.

Arnaiz, P. (1996). Las escuelas son para todos. Siglo Cero, 27(2), 25-34.

Arnáiz, P. (2003). *Educación inclusiva: una escuela para todos.* Málaga: Ediciones Aljibe.

Barrio de la Puente, J. L. (2009). Hacia una educación inclusiva para todos. Revista Complutense de Educación, 20, 13-31.

Bonilla, G., Corral, I. y Roca, A. (1996). *Apoyo Externo: panorama general*. En Parrilla, A.: *Apoyo a la Escuela: un proceso de colaboración.* Bilbao. Mensajero.

Bronfenbrenner, U. (1987). *La ecología del desarrollo humano*. Buenos Aires: Paidos.

Calvo de Mora, J. (2006). Concepto y aplicación de la educación inclusiva. Educación Social, 32, 107-117.

Cámara, A. I. (2011, octubre). La importancia de la atención a la diversidad en Educación Infantil. Maestros de Educación Infantil. Recuperado de http://www.publicacionesdidacticas.com.

Castel. R. (2004). *Encuadre de la exclusión*. En S. Karsz et al. *La exclusión: bordeando sus fronteras. Definiciones y matices*. Barcelona: Editorial Gedisa, SA.

Coll, C. (1994) "El tractament de la diversitat a la LOGSE". Espais Didactics, 7, 14-22.

Coll, C. y Miras, M. (2001). *Diferencias individuales y atención a la diversidad en el aprendizaje escolar*. En C. Coll, J. Palacios A. Marchesi, (Comp). *Desarrollo psicológico y educación, V.2*. Madrid: Alianza.

Consejería de Educación de la Junta de Andalucía (2016): *La Educación en Andalucía 2016/2017*. Sevilla: Consejería de Educación.

Consejería de Igualdad y Políticas Sociales de la Junta de Andalucía (2016). *II Plan de Infancia y Adolescencia de Andalucía 2016-2020.* Sevilla: Consejería de Igualdad y Políticas Sociales.

Consejería de Igualdad y Políticas Sociales de la Junta de Andalucía (2017). *I Plan Andaluz de Atención Integral a Personas Menores de seis años en Situación de Dependencia o en Riesgo de Desarrollarla 2017-2020.* Sevilla: Consejería de Igualdad y Políticas Sociales.

Corrección de errores de la Orden de 5 de agosto de 2008, por la que se desarrolla el currículo correspondiente a la educación infantil en Andalucía.

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

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

Decreto-ley 1/2017, de 28 de marzo, de medidas urgentes para favorecer la escolarización en el primer ciclo de la educación infantil en Andalucía.

Dieterlen, P. (2001). *Derechos, necesidades básicas y obligación institucional*. En Ziccardi A. (comp.). *Pobreza, desigualdad social y ciudadanía. Los límites de las políticas sociales en América Latina*. Buenos Aires: CLACSO.

Echeita, G. (2003). Promover la inclusión educativa. Cuadernos de Pedagogía, 325, 36-39.

Echeita, G. (2005). Perspectivas y dimensiones críticas en las políticas de atención a la diversidad. Alambique. 44, 7-16

European Agency for Development in Special Needs Education (2005). *Atención temprana: Análisis de la situación en Europa. Aspectos clave y recomendaciones.* Bruselas: European Agency.

Fernández, M. (1999). La escuela como organización: agregado, estructura y sistema. Revista de Educación, 320, 255-267

Fierro, A. (2000). *Personalidad y aprendizaje en el contexto escolar.* En Coll, C., Palacios, J. y Marchesi, A. (Comp). *Desarrollo psicológico y educación.* Vol II. Madrid. Alianza Psicología.

García, C (2003). *Una escuela común para niños diferentes: la integración escolar*. Barcelona: PPU.

García, C. (1995). *Una escuela común para niños diferentes: la integración escolar.* Barcelona: EUB.

Gardner, H. (1995). *Inteligencias múltiples: la teoría en la práctica*. Barcelona: Piados

Gentile, P. (2001). Un zapato perdido. Cuadernos de Pedagogía, 308, 24-30.

Gimeno, J. (1999). La construcción del discurso acerca de la diversidad y sus prácticas (I). Aula de Innovación Educativa, 81, 67-72

Gimeno, J. (2001). *Políticas de la diversidad para una educación democrática igualitaria.* En Sipán A. (Coord.). *Educar para la diversidad en el siglo XXI*. Zaragoza: Mira editores.

Giné, C., Gràcia, M., Vilaseca, R., Barcells, A. (2009). Trabajar con las familias en atención temprana. Revista Interuniversitaria de Formación del Profesorado, 65, 95-113.

González, F., Tapia, X. (2009). Reflexiones en torno a la escolarización generalizada de los niños de dos años. Cuadernos de psiquiatría y psicoterapia del niño y del adolescente. 48, 177-186.

Gordon, S. (2001). *Ciudadanía y derechos sociales: ¿criterios distributivos?*. En A. Ziccardi (comp.). *Pobreza, desigualdad social y ciudadanía. Los límites de las políticas sociales en América Latina*. Buenos Aires: CLACSO.

Imbermon, F. (Ed.) (1999). *La educación del siglo XXI. Los retos del futuro inmediato.* Barcelona: Graó.

Instrucciones de 11 de marzo de 2016, de la Dirección General de Participación y Equidad, por las que se regula el procedimiento y los criterios para solicitar la permanencia

extraordinaria del alumnado con necesidades educativas en el primer ciclo de la etapa de educación infantil

Laguía, J.J., Vidal, C. (1999). *Rincones de actividad en el aula infantil*. Barcelona: Graó.

Ley 17/2007, de 10 de diciembre, de Educación en Andalucía (LEA).

Ley Orgánica 1/1990, de 3 de octubre, de Ordenación General del Sistema Educativo (LOGSE).

Ley Orgánica 10/2002, de 23 de diciembre, de Calidad de la Educación (LOCE).

Ley Orgánica 2/2006, de 3 de mayo, de Educación (LOE).

Ley Orgánica 8/2013, de 9 de diciembre, para la mejora de la calidad educativa.

López, M. (2001). *La cultura de la diversidad o el elogio de la diferencia y la lucha por las desigualdades.* En Sipán A. (Coord.) ob. cit.

López, M. (2001). *Cortando amarras de la escuela homogeneizante y segregadora*. En Bueno, J.J.; Núñez, T. e Iglesias, A. *Atención educativa a la diversidad en el nuevo milenio.* A Coruña: Universidade da Coruña, 63-95.

Marchesi, A., Coll, C. y Palacios, J. (2002). *Desarrollo Psicológico y Educación* III. *Necesidades Educativas Especiales y aprendizaje Escolar*. Madrid: Alianza Psicología.

Martínez B. (2010). Luces y sombras de las medidas de atención a la diversidad en el camino de la inclusión educativa. Revista Interuniversitaria de Formación del Profesorado. 70, 165-183.

Navarro, J. (Coord.) (2011). *Diversidad, Calidad y Equidad Educativas.* Murcia: Consejería de Educación, Formación y Empleo.

ORDEN de 29-12-2008, por la que se establece la ordenación de la evaluación en la Educación Infantil en la Comunidad Autónoma de Andalucía.

ORDEN de 5-8-2008, por la que se desarrolla el Currículo correspondiente a la Educación Infantil en Andalucía.

Paniagua, G.; Palacios, J. (2005). *Educación Infantil. Respuesta educativa a la diversidad*. Madrid: Alianza.

Peñafiel, F. (2004). *La orientación psicopedagógica en el proceso educativo de los alumnos/as con necesidades educativas especiales: Los equipos de zona en la escuela inclusiva.*

Comunicación presentada en II Congreso Internacional. XXI Jornadas Universidades y Educación Especial. León.

Santos, M.A. (1993). La formación inicial. El currículum del nadador. En Cuadernos de Pedagogía, 220, 50-54.

Simeonsson, R. J. (2009). ICF-CY: a universal for documentation of disability. Journal of Policy and Practice in Intellectual Disabilities, 6 (2): 70-72.

Stainback, S. y Stainback, W. (1999). *Aulas inclusivas*. Madrid: Narcea.

Tezanos, J. F. (1999). *Tendencias en desigualdad y exclusión social.* Madrid: Sistema.

Torres Santomé, J. (2006). *Globalización e interdisciplinariedad: El curriculum integrado*. Madrid: Morata.

UNESCO (1994, Septiembre). Declaración y marco de acción sobre educación para todos. Conferencia Mundial. Dakar, Senegal,

Vidal, J.G. (2003). *Guía para realizar adaptaciones curriculares*. Madrid: EOS.

Vidal, J.G. y Manjón, D.G. (2002). *Evaluación e informe psicopedagógico*. Madrid: EOS.

CAPÍTULO

IV

LA ATENCIÓN INFANTIL TEMPRANA: RELEVANCIA Y REPERCUSIÓN ACTUAL

"El entorno y la herencia son suelos, no techos"

Glenn Doman.

En este capítulo pretendemos ofrecer una visión global de la atención infantil temprana, realizando para ello un recorrido por los aspectos más significativos y relevantes de la actualidad en este ámbito. Haremos especial hincapié en la comunidad autónoma de Andalucía, dada su apuesta decidida por la atención infantil temprana, su constante búsqueda de la mejor atención integral que es necesario ofrecer a la población más vulnerable (niños y niñas de 0 a 6 años de edad) y por estar a la vanguardia en inversión, marco regulador,…con respecto a las demás comunidades autónomas del territorio español. Sin embargo, asistimos a una evolución tan vertiginosa en este campo, que también requiere que nos paremos a reflexionar hacia dónde nos llevan las múltiples iniciativas de tipo asociativo y político fundamentalmente.

IV.1. LA ATENCIÓN INFANTIL TEMPRANA: PROGESOS Y DESARROLLO

En los últimos años la atención infantil temprana ha conseguido un importante estado de madurez a nivel nacional. Actualmente, la disciplina cuenta con importantes marcos de referencia que han facilitado la unificación de criterios a la hora de ofertar estrategias de intervención con el niño o la niña y su familia, así como ayudan a configurar la implicación de los distintos colectivos profesionales en sus funciones de prevención, detección, derivación e intervención propiamente dicha sobre las necesidades del niño y su familia.

El reconocimiento de los derechos de la población infantil a la atención sanitaria preventiva y al tratamiento médico, psicológico y funcional ha sido refrendado en el ámbito internacional desde distintos organismos, como el Consejo de Europa y la Unión Europea y recogido en diferentes documentos, como la Convención de los Derechos del Niño, aprobada en la Asamblea General de las Naciones Unidas el 20 de noviembre de 1989 y ratificada por España el 30 de noviembre de 1990, y la Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad de las Naciones Unidas y su Protocolo Facultativo, de 13 de diciembre de 2006, ratificados por España el 23 de noviembre de 2007, convirtiéndose así en el marco básico de protección de los menores con discapacidad o en riesgo de padecerla.

En este sentido, en el artículo 25 de esta Convención, se establece que los estados proporcionarán los servicios de salud que necesiten las personas con discapacidad específicamente como consecuencia de su discapacidad, incluidas la pronta detección e intervención, cuando proceda, y servicios destinados a prevenir y reducir al máximo la aparición de nuevas discapacidades. Por otra parte, el artículo 26 de este mismo texto dispone igualmente que los Estados Partes, adoptarán medidas efectivas y pertinentes para que las personas con discapacidad puedan lograr y mantener la máxima independencia, capacidad física, mental, social y vocacional, y la inclusión y participación plena en todos los aspectos de la vida. A tal fin, los Estados Partes organizarán, intensificarán y ampliarán servicios y programas generales de habilitación y rehabilitación, en particular en los ámbitos de la salud, el empleo, la educación y los servicios sociales, de forma que esos servicios y programas comiencen en la etapa más temprana posible y se basen en una evaluación multidisciplinar de las necesidades y capacidades de la persona.

La Ley Orgánica 8/2015, de 22 de julio, de modificación del sistema de protección a la infancia y a la adolescencia ha avanzado en la concreción del interés superior del menor facilitando criterios para su determinación y aplicación en cada caso, así como los elementos generales para la ponderación de estos criterios establecidos. Entre ellos determina la necesidad de garantizar la igualdad y no discriminación por su especial vulnerabilidad o cualquier otra característica o circunstancia relevante y también las garantías que han de ser respetadas en los procesos y procedimientos que le afecten. En tal sentido, dispone que, en todo desarrollo normativo, así como en todas las medidas concernientes a las personas menores que adopten las

instituciones, públicas o privadas, los tribunales o los órganos legislativos, primará el interés superior de los mismos sobre cualquier otro interés legítimo (en caso de que no puedan respetarse todos los intereses legítimos concurrentes).

De este modo, la comunidad Autónoma de Andalucía, en el ejercicio de sus competencias en materia sanitaria, aprobó la Ley 16/2011, de 23 de diciembre, de Salud Pública de Andalucía, en su artículo 60.2.q) establece como prestación de salud pública, la atención infantil temprana dirigida a la población infantil menor de seis años afectada por trastornos en el desarrollo o con riesgo de padecerlos. También, la Ley 1/1999, de 31 de marzo, de Atención a las Personas con Discapacidad en Andalucía, en su artículo 11, dispone que se establecerán sistemas de prevención y detección de deficiencias y de atención temprana unas vez diagnosticadas estas, contemplando la intervención múltiple, dirigida a los menores, a la familia y a la comunidad, garantizando la Atención Infantil temprana, que comprende información, detección, diagnóstico, tratamiento, orientación y apoyo familiar. Asimismo, el mismo artículo 11 de la citada Ley, dice que el sistema sanitario público de salud establecerá los sistemas y protocolos de actuación técnicos necesarios para que desde la atención primaria en adelante quede asegurado el asesoramiento y tratamiento necesario.

Por su parte, ya en el año 2007, la Consejería de Educación publicó la Ley 17/2007, de 10 de diciembre, de Educación de Andalucía, en la que establecía de forma específica en su artículo 114.1, que la Administración de la Junta de Andalucía establecerá el conjunto de actuaciones dirigidas a la población infantil menor de seis años, a sus familias y al entorno con la finalidad de prevenir, detectar e intervenir de forma precoz sobre cualquier trastorno en su desarrollo o riesgo de padecerlo.

El actual Decreto 85/2016 de 26 de abril, por el que se regula la intervención integral de la Atención Infantil Temprana en Andalucía, ha supuesto un importante avance y un reconocimiento a las familias y a los profesionales de este ámbito en la comunidad autónoma de Andalucía. La creación y desarrollo de este marco regulador ha permitido, aunque aún no haya culminado el proceso pretendido, que la Administración de la Junta de Andalucía establezca un conjunto de actuaciones dirigidas a la población infantil, con especial atención en el periodo de cero a seis años, a sus familias y al entorno con la finalidad de prevenir, detectar e intervenir de forma precoz sobre cualquier trastorno en su desarrollo, o riesgo de padecerlo. Se trata, sin lugar a dudas, de unas edades de trascendental importancia para el desarrollo y el establecimiento de un sólido fundamento sobre el que habrán de construirse las adquisiciones posteriores. Estas actuaciones han requerido, y requieren aún, de un enfoque multiprofesional, interdisciplinar e interinstitucional, por lo que es fundamental continuar trabajando para lograr establecer los

mecanismos para la atención temprana de estos niños y niñas desde todas las Administraciones Públicas que intervienen.

IV.1.1. CONCEPTO Y OBJETIVOS DE LA ATENCIÓN INFANTIL TEMPRANA

No es nuestra intención en este capítulo realizar un desarrollo teórico de la atención infantil temprana remontándonos a sus inicios, a través del auge del movimiento asociativo, pero sí al menos, referirnos de forma breve a algunos de los hitos que han supuesto un punto de inflexión en la evolución de esta disciplina a nivel europeo, a nivel nacional y a nivel de la comunidad autónoma de Andalucía.

Apoyándonos en el análisis de la situación de la Atención Temprana en Europa, realizado por la European Agency for Development in Special Needs Education (2005), podemos comprobar cómo los documentos europeos e internacionales publicados en los últimos 20 a 30 años, relacionados con los conceptos, principios y métodos de la atención infantil temprana, muestran una evidente evolución en las ideas y las teorías**.** Las aportaciones de varios autores desde distintas perspectivas teóricas han contribuido a la evolución de los conceptos y, consecuentemente, a la de la práctica. Sus contribuciones se dividen en dos partes:

1. El desarrollo de un nuevo concepto de AT, en el cual la salud, la educación y las ciencias sociales, particularmente la psicología, están directamente involucradas. Esto se corresponde con una nueva situación, ya que en el pasado, estos sectores tenían relaciones distintas y no siempre intervenían interrelacionadamente.
2. El énfasis en el cambio que se ha venido realizando en la intervención. En un principio ésta se centraba primordialmente en el niño o la niña, y en estos momentos, con un enfoque cada vez más amplio, no solamente se centra en el niño o la niña, sino también en la familia y la comunidad (Peterander et al., 1999; Blackman, 2003).

Por ello, aún reconociendo la influencia que las teorías relacionadas con el desarrollo infantil y los procesos de aprendizaje, tales como el enfoque evolutivo de Gesell (1943), el condicionamiento operante de Skinner (1968) y la epistemología genética de Piaget (1969), han tenido en la atención temprana, se ha conseguido superar un elemento común en todas ellas, implícito con respecto a las estrategias y posibilidades educativas para los niños y niñas pequeñas con necesidades especiales al centrarse en sus limitaciones, consideradas independientemente del entorno en el que viven.

Investigaciones posteriores, como acabamos de mencionar, haciendo un esfuerzo por superar el planteamiento implícito en teorías anteriores. Gutiez (2005) señala nuevos modelos teóricos que hoy día tienen implicaciones muy relevantes en la intervención en atención infantil temprana, siendo el factor común de todos ellos el desarrollo humano como un proceso transaccional:

a) El papel que juegan la familia y el entorno en el desarrollo evolutivo del niño –teoría del apego- (Bowlby, 1980; Ainsworth et al, 1978).
b) El impacto de las interacciones sociales –teoría del aprendizaje social (Bandura, 1977), teoría del desarrollo social (Vygotsky, 1978) y el modelo transaccional de la comunicación (Sameroff y Chandler, 1975, Sameroff y Fiese, 2000).
c) la influencia de las interacciones con otros y el entorno sobre la evolución, desde la perspectiva de la ecología humana (Bronfenbrenner, 1979).

De este modo, el nuevo concepto de atención temprana no podía permanecer centrado en el niño o la niña como individuo ajeno a la interacción con su entorno. Era imprescindible una evolución del concepto que considerara tanto la importancia de centrarse en el desarrollo evolutivo del niño o la niña, como en la repercusión de la interacción social en el desarrollo humano en general y en la del niño o niña en particular. Esto pone de relieve el cambio originado: se ha pasado de un modelo "médico" a uno "social".

Así, distintos autores formulan definiciones que, son recogidas por la European Agency for Development in Special Needs Education (2005), abandonando el modelo "clínico", se sitúan en el enfoque ecológico-sistémico, caracterizado por entender la atención temprana como un proceso complejo que no puede centrarse sólo en el niño o la niña, sino que necesita considerar su entorno más próximo.

> *"Sistema diseñado para apoyar patrones familiares de interacción que mejor estimulen el desarrollo evolutivo del niño"* (Guralnick, 2001, 16).

> *"Consiste en los servicios multidisciplinares que se les ofrecen a los niños desde su nacimiento hasta los cinco años. Los principales objetivos son: fomentar la salud y el bienestar infantil, mejorar las competencias emergentes, reducir los retrasos evolutivos, remediar las discapacidades existentes o posibles, prevenir los deterioros funcionales, fomentar la paternidad responsable y sobre todo la funcionalidad familiar"* (Shonkoff y Meisels, 2000, 16).

> *"El objetivo de la atención temprana es prevenir o reducir las limitaciones físicas, cognitivas, emocionales y de recursos de los niños con factores de riesgos biológicos o medioambientales"* (Blackman, 2003, 16).

Finalizado el análisis realizado por la European Agency for Development in Special Needs Education (2005, 17), el grupo de expertos propuso la siguiente definición operativa de atención temprana:

> *"La atención temprana es un conjunto de intervenciones para niños pequeños y sus familias, ofrecidos previa petición, en un determinado momento de la vida de un niño, que abarca cualquier acción realizada cuando un niño necesita un apoyo especial para: asegurar y mejorar su evolución personal, reforzar las propias competencias de la familia,*

> *y fomentar la inclusión social de la familia y el niño. Estas acciones deben ofrecerse en el entorno natural del niño, preferentemente cerca de su domicilio, bajo un enfoque de trabajo en equipo multidimensional y orientado a las familias".*

En este sentido, en nuestro país, tras todo el proceso de cambio experimentado en la tres últimas décadas en lo que a la atención infantil temprana se refiere, y dada la multitud de sectores implicados, la gran variabilidad de asociaciones implicadas, desde que se pusieron en funcionamiento los primeros centros de atención temprana (antes denominados de estimulación precoz), era necesario contar, cuanto antes, con un referente normativo que abordara la problemática específica del sector y que estableciera su adecuada planificación en todo el territorio estatal. Se constituye entonces, el Grupo de Atención Temprana (G.A.T.), con el fin de elaborar de manera consensuada el Libro Blanco de la Atención Temprana**.** Este documento, que cuenta con dos ediciones posteriores en los años 2005 y 2011, debía ser, y consiguió ser, una referencia para las Administraciones públicas, los profesionales, las asociaciones y las familias, que permitiera superar la descoordinación institucional y que resolviera las deficiencias organizativas y de recursos existentes en el momento de su redacción. Finalmente, en el año 2000 es publicado, por el Real Patronato de Discapacidad, el Libro Blanco de la Atención Temprana, el cual se configura como instrumento fundamental para la comprensión y el desarrollo de la Atención Infantil Temprana de forma uniforme en nuestro país, posibilitando la consecución de uno de los objetivos de mayor calado, como era: consensuar y unificar a nivel nacional una definición de atención temprana. La definición de atención temprana fue la siguiente:

> *"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".* (Real Patronato de Discapacidad, 2000, 12).

Esta evolución del concepto de atención temprana ha culminado en su definición más actual, con la reciente publicación del citado Decreto 85/2016, al establecerse en su artículo 3, que la Atención Infantil Temprana se entiende como:

> *"El conjunto de intervenciones planificadas por un equipo de profesionales de orientación interdisciplinar o transdisciplinar dirigidas a la población infantil menor de 6 años, a la familia y al entorno, que tienen por objetivo dar respuesta lo más pronto posible a las necesidades transitorias o permanentes que presentan la población infantil con trastornos en su desarrollo o que tienen el riesgo de padecerlos".*

El planteamiento de las de las distintas concepciones que hemos tenido la oportunidad de analizar, no dejan de presentar de forma implícita una serie de objetivos que podemos encuadrar bajo el enfoque ecológico-sistémico, al que hemos hecho alusión anteriormente. De hecho, el

citado Libro Blanco de la Atención Temprana estableció que el principal objetivo de la atención infantil temprana era que los niños y las niñas que presentaban trastornos en su desarrollo o tenían riesgo de padecerlos, recibieran, siguiendo un modelo que considerara los aspectos bio-psico-sociales, todo aquello que desde la vertiente preventiva y asistencial pudiera potenciar su capacidad de desarrollo y de bienestar, posibilitando de la forma más completa su integración en el medio familiar, escolar y social, así como su autonomía personal.

Actualmente, se ha conseguido que tanto la sociedad en general, como las propias Administraciones públicas, se conciencien de que la atención infantil temprana, como se recoge en "La realidad actual de la AT en España" publicado en 2011 por el Real Patronato sobre Discapacidad, debe llegar a todos los niños y niñas que presentan cualquier tipo de trastorno o alteración en su desarrollo, sea éste de tipo físico, psíquico o sensorial, o se consideren en situación de riesgo biológico o social. Todas las acciones e intervenciones que se llevan a cabo en atención temprana deben considerar no sólo al niño, sino también a la familia y a su entorno. De este amplio marco se desprende el siguiente conjunto de objetivos propios a la atención infantil temprana:

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

Por lo tanto, podemos afirmar que, en los últimos años, la atención infantil temprana se ha constituido como una estrategia de intervención imprescindible para prevenir, atenuar y recuperar los distintos trastornos en el desarrollo o el riesgo de padecerlos que pueden producirse, como consecuencia de diversas causas o factores, en el transcurso del desarrollo infantil, tal y como afirma Amando Vega (2008, 23) cuando señala que "*es muy importante no sólo ya trabajar con la discapacidad sino prevenir posibles discapacidades*".

En este sentido, el Decreto 85/2016 establece, en su artículo 2, que la atención infantil temprana tiene como finalidad:

> *"Favorecer el óptimo desarrollo y la máxima autonomía personal de las personas menores de seis años con trastornos en su desarrollo, o en situación de riesgo de padecerlos, tratando de minimizar y, en su caso, eliminar los efectos de una alteración o discapacidad,*

así como la aparición de discapacidades añadidas facilitando la integración familiar, social y la calidad de vida del niño y niña y su familia".

En el citado artículo 2 del Decreto 85/2016, se incluyen, además de la definición de la atención infantil temprana, una serie de definiciones que vienen a clarificar términos muy aplicados y utilizados en este ámbito y que no contaban con un marco que los acogiese y les diese una conceptualización clara. Esto era una necesidad, tal y como comentábamos anteriormente, dada la multitud de sectores implicados, la gran variabilidad de asociaciones implicadas, de modo que todos y todas las profesionales del sector supiéramos a qué nos referíamos cuando recurriésemos a alguno de ellos. Los términos objeto de definición recogidos en el Decreto han sido:

→ *Trastornos en el desarrollo:* Desviación significativa del curso del desarrollo, como consecuencia de acontecimientos de salud o de relación que comprometen la evolución biológica, psicológica y social.
→ *Situación de riesgo de padecer trastornos del desarrollo:* es aquella en la que la persona menor de 6 años puede ver alterado su proceso de desarrollo debido a situaciones secundarias a sus características biológicas, psicológicas o a las condiciones negativas del entorno social relacionadas con factores de estrés, ambientales o de exclusión en el que se desenvuelve su vida cotidiana.
→ *Equipo interdisciplinar:* es el formado por profesionales de distintas disciplinas en el que existe un espacio formal para compartir la información.
→ *Equipo transdisciplinar:* el equipo transdisciplinar es aquel en el que sus componentes adquieren conocimiento de otras disciplinas relacionadas y las incorporan a su práctica, y en el que un solo profesional del equipo asume la responsabilidad de la atención al menor y el contacto directo con la familia.
→ *Organización Diagnóstica de Atención Temprana (ODAT):* es una clasificación de los diferentes factores etiológicos, causantes de trastornos del desarrollo, en sus diferentes vertientes biológica, psicológica y social, derivada de otras clasificaciones y centrada en la edad específica que le compete.
→ *Centros de Atención Infantil Temprana Generalistas:* Se entenderán como CAIT generalistas aquellos que intervienen sobre cualquier tipo de trastornos del desarrollo.
→ *Centros de Atención Infantil Temprana Específicos:* Se entenderán por CAIT específicos aquellos que intervienen sobre un trastorno del desarrollo concreto.

En la actualidad, nos encontramos en un momento trascendental de la atención infantil temprana, que transita del Modelo de Intervención Centrado en la Familia hacia un modelo más integrador y que posibilite un ajuste máximo a las necesidades de cada niño o niña y su familia. En este sentido, la prevención socioeducativa en la primera infancia se ha convertido en el motor de búsqueda de un modelo lo más completo, eficiente y eficaz posible, cuyo objetivo final es priorizar el interés superior del menor, garantizando la evolución personal del niño o la

niña, reforzando las propias competencias de la familia y promoviendo la inclusión social de ambos.

IV.1.2. PRINCIPIOS BÁSICOS DE LA ATENCIÓN INFANTIL TEMPRANA

En el Libro Blanco para la Atención Temprana (2000) se señalan de forma reiterada una serie de conceptos y formas de trabajo, que se constituyen como principios básicos del modelo actual y que son básicas e indiscutibles en cualquier terreno: la prevención, la detección, la intervención temprana, la interdisciplinariedad en los servicios, la coordinación entre los diferentes ámbitos, la sectorización y el derecho universal a ser atendidos todos los niños y niñas del país que presenten cualquier tipo de dificultad en el desarrollo.

- El concepto de prevención supone objetivos que le son propios, como la detección, el diagnóstico y la intervención temprana de cualquier tipo de trastornos en el desarrollo del niño o niña en las primeras etapas de su infancia y no únicamente ante la certeza de una discapacidad.
- La interdisciplinariedad y la coordinación son fundamentales, no solo para los profesionales que trabajan en un equipo, sino para todos aquellos sectores implicados.
- La sectorización de los servicios facilita la coordinación y es necesaria para acercar la intervención temprana a todos los usuarios.

Por otro lado, la European Agency for Development in Special Needs Education (2005), apuesta decididamente por un modelo de atención infantil temprana centrado en el enfoque ecológico-sistémico. Porter (2002) lo define como la visión del desarrollo evolutivo del niño o la niña de las siguientes formas:

a) Holístico: que significa que todas las áreas de desarrollo; cognitiva, lingüística, física, social y emocional, están interrelacionadas.
b) Dinámico: este es el principio de “lo bueno permanece”, que establece que para que el entorno sea un elemento facilitador, necesita modificarse como respuesta a las necesidades de cambio del individuo (Horowitz, F.D., 1978, citado por Porter, 2002, 9).
c) Transaccional: según el modelo de Sameroff y Chandler (1975), el desarrollo se hace posible debido a una interacción bidireccional y recíproca entre el niño o la niña y su entorno. El desarrollo evolutivo es el resultado de una interacción continua y dinámica del comportamiento del niño o la niña, las respuestas del adulto al comportamiento de éste o ésta y las variables relacionadas con el entorno que pudieran influir tanto en el niño o niña como en el adulto,
d) Único: el conocimiento o el desarrollo son singulares, los individuos construyen sus propias y únicas perspectivas.

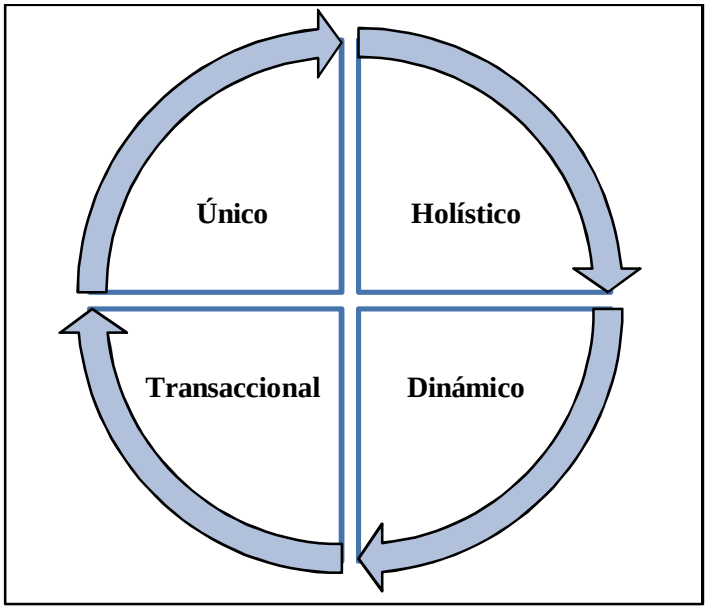


Figura 25. Modelo ecológico sistémico de la atención temprana (Porter, L., 2002, 9)

El enfoque ecológico-sistémico ofrece una forma sistemática de análisis, entendiendo y registrando lo que les sucede a los niños o niñas y jóvenes con sus familias y con el contexto más amplio en el que viven (Horwarth, J., 2000). También tiene una repercusión en el desarrollo de modelos curriculares dirigidos a la educación en la primera infancia. Así mismo, elimina el énfasis educativo de decir lo que los niños deberían saber, y hace hincapié en escuchar y responder a la riqueza de sus vidas actuales (Porter, L., 2002, 9).

Durante el primer estudio, realizado por la European Agency for Development in Special Needs Education (2010), se identificaron varios componentes significativos en este modelo de atención infantil temprana que precisaban de una aplicación eficaz y que fueron los siguientes:

- *Disponibilidad:* uno de los objetivos de la AT es que ésta llegue a todos los niños y niñas que la necesiten y a sus familias tan pronto como sea posible. Es prioridad de todos los países, ya que se pretende compensar las diferencias geográficas en relación a la disponibilidad de recursos, garantizando la igualdad en la calidad de los servicios a los que solicitan apoyo.
- *Proximidad:* este elemento está vinculado en primer lugar a garantizar que los servicios de apoyo estén al alcance de quien los precise. La atención se ubica tan cerca de las familias como sea posible. En segundo lugar, también se refiere a que los servicios disponibles estén en función de las necesidades de las familias. El entendimiento y el respeto a la familia está en el centro de cualquier acción.
- *Asequibilidad:* los servicios se ofertan a las familias gratuitamente o con un mínimo de coste. La atención se sufraga con cargo a los presupuestos públicos de salud, sociales y

de educación o bien a través de ONG, incluidas aquellas sin ánimo de lucro. La oferta puede estar repartida en diversos servicios o centralizada de forma complementaria.

- *Trabajo interdisciplinar:* los profesionales a cargo del apoyo directo a los niños y niñas y a sus familias pertenecen a diversas áreas profesionales y, en consecuencia, proceden de diferentes servicios. El trabajo interdisciplinar facilita el intercambio de información entre los miembros del equipo.
- *Variedad de servicios:* esta característica está vinculada a la diversidad de disciplinas involucradas en la AT. La implicación de tres servicios (el de salud, sociales y de educación) es un rasgo común a varios países, aunque, al mismo tiempo, constituye una de las principales diferencias.

En cualquier caso, solo por sus orígenes y por los objetivos que persigue, según el mismo Libro Blanco recoge, es necesario que la atención infantil temprana sea un servicio público, universal y de provisión gratuita para todos los niños y familias que lo precisen. Esta aseveración, por desgracia, no es aún hoy una realidad en todo el país y el motivo para explicarlo requeriría un análisis demasiado extenso que no es objeto de esta investigación, aunque en el fondo subyacen problemas de índole económica y política. Sin embargo, la comunidad autónoma de Andalucía, tras la publicación del citado Decreto 85/2016, consigue hacer realidad estos principios al considerar la atención infantil temprana como un derecho *"toda la población infantil (…) debe tener derecho a recibir los cuidados necesarios para asegurar su atención integral y asegurar, de acuerdo a los recursos disponibles, la prestación de las atenciones que precisen tanto el menor como su familia"* (artículo 5.a).

Desde esta concepción, los principios del modelo de atención infantil temprana de la comunidad de Andalucía, recogidos en el Decreto 85/2016, en su artículo 5, son los siguientes:

> *a) Interés superior de la persona menor: toda la población infantil menor de 6 años con trastornos del desarrollo o que tengan el riesgo de padecerlos debe disponer de todas las posibilidades de desarrollo, de una vida plena, de forma global y saludable, en condiciones que le permitan el máximo de autonomía posible, facilitando su participación activa en la familia y en la comunidad. Igualmente debe tener derecho a recibir los cuidados necesarios para asegurar su atención integral y asegurar, de acuerdo a los recursos disponibles, la prestación de las atenciones que precisen tanto el menor como su familia.*
> *b) Universalidad: Acceso a los recursos de todas las personas que reúnan los requisitos y condiciones establecidos.*
> *c) Responsabilidad pública: compromiso de los ámbitos implicados (sanitario, educativo y de servicios sociales) en proporcionar una atención temprana de calidad.*
> *d) Gratuidad en el acceso: cobertura del coste de los recursos por la Administración de la comunidad Autónoma de Andalucía.*
> *e) Equidad: Ausencia de cualquier discriminación en el acceso a los recursos.*

f) Atención Integral: La intervención en Atención temprana tiene que tener en cuenta el desarrollo integral de la persona menor. Abarcará todos los aspectos propios de cada individuo: psicomotores, sensoriales, perceptivos, cognitivos, comunicativos, afectivos y sociales, así como los relacionados con su entorno, donde se sitúan la familia, la escuela y la sociedad.

g) Descentralización, proximidad y cercanía: Los recursos para la intervención integral en la Atención Infantil temprana deben estar próximos a la zona de referencia del domicilio familiar, ser accesibles y estar organizados en relación a las necesidades de la persona menor de seis años y su familia.

h) Participación: contribución activa, comprometida y responsable de los equipos terapéuticos, las familias, el entorno y el movimiento asociativo en el desarrollo de los planes y programas de la Atención Infantil temprana.

i) Calidad: La Atención Infantil temprana integral estará basada en el cumplimiento de estándares esenciales de calidad y en los procesos asistenciales, basados en la mayor evidencia científica disponible en cada momento.

j) Sostenibilidad: La intervención integral en Atención Infantil temprana deberá planificarse para garantizar la permanencia en el tiempo.

k) Coordinación administrativa e interadministrativa: Actuación conjunta y de optimización de recursos, garantizando la coordinación entre las distintas Administraciones Públicas y las instituciones que intervienen en la atención integral en Atención Infantil temprana atendiendo al interés superior de la persona menor y su derecho a alcanzar el máximo desarrollo de sus posibilidades, su autonomía y su participación activa en la familia y en la comunidad.

l) Perspectiva de género: Las actuaciones en materia de Atención Infantil temprana incorporarán la perspectiva de género de forma transversal.

No obstante, aunque hemos concluido en el modelo andaluz, reconocemos que existe gran variabilidad de situaciones en materia de atención infantil temprana entre las comunidades autónomas de nuestro país, originadas por los distintos niveles de competencias transferidas desde la Administración central a las Administraciones autonómicas; mientras unas poseen una red de centros consolidada, otras todavía no disponen de la infraestructura básica. La necesidad de establecer bases comunes para la atención infantil temprana en el conjunto del Estado, sobre la que ya se insistía en el Libro Blanco de la Atención Temprana, adquiere todavía mayor significación a la vista de los profundos cambios sociales que inciden de manera progresiva en el itinerario 0-6 y de la trascendencia de insertar ese período en el horizonte de una sociedad libre, moderna y tecnológicamente avanzada pero también solidaria y cohesionada socialmente.

El GAT en su informe del 2011, pretendió conocer cómo funcionaba la atención infantil temprana en términos de número de centros de desarrollo infantil de atención temprana, profesionales que trabajan, niños y niñas atendidas, forma de derivación y tipo de subvención, por lo que no han comprobado realmente la eficacia de la asistencia a un programa de atención infantil temprana. De este informe se desprenden las grandes diferencias que existen en España respecto a esta disciplina, poniendo de manifiesto que en 4 comunidades autónomas aun no está

regulada la AT de ninguna manera; no existe consenso en la edad de intervención aunque se tenga como referencia de los 0 a los 6 años, se tiende a dar de alta a los niños cuando comienzan la etapa escolar, es decir a los 3 años; en 3 comunidades todavía es imprescindible que el niño o la niña posea el certificado de discapacidad para ser atendido, por lo que tampoco contemplan a los niños y niñas en situación de riesgo y la prevención primaria y secundaria; existen diferencias en función de si los centros son concertados o conveniados, incluso siguen existiendo intervenciones que no son subvencionadas de forma pública, en contra de lo que propone el Libro Blanco en cuanto a universalidad y gratuidad del tratamiento; no existe autonomía en los centros para la recepción de los casos, haciendo más largo el proceso para niños y familias; no todos los centros cuentan con los profesionales de las distintas disciplinas necesarios para la intervención; tampoco existe consenso en la forma de intervención (Robles y Sánchez, 2013).

El mapa de recursos de la atención infantil temprana debe armonizar las diferencias territoriales y los modelos de funcionamiento, estableciendo una sectorización estatal que aproveche la red de centros ya existente y creando los que sean necesarios en los lugares donde no los haya, para llegar a toda la población necesitada de este tipo de acciones preventivas y asistenciales.

Y a pesar de todas las diferencias existentes en las distintas comunidades, el avance en el campo de la atención infantil temprana en los últimos años es evidente, aunque hay que seguir trabajando para ir consolidando un modelo único a nivel nacional, que supere las carencias evidenciadas en muchas comunidades autónomas y que permita unificar criterios de actuación e intervención.

IV.1.3. NIVELES Y MODALIDADES DE INTERVENCIÓN EN ATENCIÓN INFANTIL TEMPRANA

La Atención Infantil temprana precisa acciones coordinadas a través de un modelo integral que agrupe las intervenciones realizadas desde los diferentes sectores: educativo, sanitario y social, que aseguren la prevención, la detección temprana, el diagnóstico y el tratamiento de las personas menores de seis años de la comunidad autónoma de Andalucía que presenten trastornos del desarrollo o riesgo de padecerlos, así como la intervención sobre su familia y entorno. Desde el punto de vista preventivo el Sistema Sanitario Público de Andalucía realiza, sobre la población general, actividades dirigidas a evitar las condiciones que pueden llevar a la aparición de deficiencias o trastornos del desarrollo infantil a través de los diferentes programas dirigidos a la población fértil así como con la atención al embarazo, parto, puerperio y el seguimiento de salud infantil. Ante la sospecha de trastorno del desarrollo o riesgo de padecerlo, desde cualquier ámbito, será el Pediatra de Atención Primaria quien inicie el trámite de derivación a las Unidades de Atención Infantil Temprana (UAIT), quien tras determinar la

idoneidad de la necesidad de intervención temprana en un centro de Atención Infantil temprana, lo derivará al mismo.

Los nuevos descubrimientos en el campo del desarrollo cerebral han destacado la importancia de la influencia de las experiencias tempranas en el establecimiento y desarrollo de

las conexiones neuronales (Koutlak, R., 1996). De igual forma, según Park & Peterson (2003), investigaciones recientes sobre el desarrollo cerebral parecen probar que las experiencias ricas y positivas durante la primera infancia pueden tener efectos positivos en el desarrollo cerebral, ayudando a los niños y a las niñas en la adquisición del lenguaje, en el desarrollo de destrezas de resolución de problemas, en la formación de relaciones saludables con iguales y adultos y en la adquisición de distintas capacidades que le serán de gran importancia durante toda la vida. La evolución que experimentan los niños y las niñas desde el nacimiento, incluso desde la concepción, hasta los primeros años de vida, no se puede comparar con ningún otro estadio de la vida (Shonkoff, J.P., 2000). Sin embargo, como señala este autor, el desarrollo puede verse claramente limitado por "discapacidades" sociales o emocionales.

Son numerosos los estudios realizados (Shonkoff, J. P., Phillips, D.A., 2000), sobre los trastornos en el desarrollo detectados en la población infantil con edades comprendidas entre 0 y 6 años de edad, dada la relevancia de la información que aportan y la necesidad de ofrecer una respuesta lo antes posible, que permita minimizar los efectos de cualquier factor de riesgo o signo de alerta en el desarrollo. De este modo, haciéndonos eco de los resultados obtenidos en la Encuesta sobre Discapacidades, Deficiencias y Estado de Salud del Instituto Nacional de Estadística (INE 1999), entre un 2-4% de recién nacidos (RN) presentan factores de riesgo al nacimiento y un 2,24% de los niños entre 0 y 6 años tienen deficiencias. Las estimaciones actuales sobre la población infantil, potencialmente beneficiaria de la atención infantil temprana, utilizan distintos criterios para la definición de las alteraciones del desarrollo, dificultando el establecimiento de comparaciones. Otras fuentes señalan que las situaciones de riesgo más frecuentes se producen al nacimiento (4,5%), entre ellas se encuentran el crecimiento intrauterino retardado (33%), los niños y niñas intubados por distress respiratorio (28%), y los niños y niñas de muy bajo peso al nacer (EBP < 1.500 gr) (22%).

Disponer de los datos que aportan este tipo de investigaciones exige que el correcto desarrollo de la atención infantil temprana defina, diseñe y ponga en práctica toda una serie de actividades dirigidas a la prevención primaria de las alteraciones del desarrollo (planificación familiar, control del embarazo, vacunación infantil, prevención de accidentes infantiles, etc.); de

las actividades de prevención secundaria (diagnóstico prenatal, detección de las metabolopatías congénitas, detección precoz de signos de alerta del desarrollo en el seguimiento de la salud infantil y en el seguimiento neuroevolutivo del recién nacido (RN) de riesgo psico-neurosensorial, detección precoz de la hipoacusia congénita, etc.); y de las correspondientes a la prevención terciaria (fundamentalmente mediante programas de intervención).

En este sentido, la European Agency for Development in Special Needs Education (2011), ha tenido en cuenta sus conclusiones, la evolución reciente en el campo de la AIT en Europa e internacionalmente (Comisión Europea, 2010 y 2011; Parlamento Europeo, 2011; Naciones Unidas 2006 y OMS, 2011). Igualmente, varios documentos políticos recogen el estudio de la Agencia (por ejemplo: Parlamento Europeo, 2011 y Comisión Europea, 2011). Las actuales tendencias en el área de la AIT destacan varias cuestiones clave. Una atención y educación infantil de máxima calidad, que potencien y favorezcan las verdaderas capacidades de los niños y niñas, pueden ser decisivas, especialmente a la hora de lograr dos de los objetivos de Europa para 2020: reducir el abandono escolar a menos de un 10% y sacar de la pobreza y la exclusión social al menos a veinte millones de personas. La Estrategia Europa 2020 no puede culminarse sin que toda la infancia comience su vida en las mejores condiciones.

Este planteamiento no siempre fue así, de hecho, en los inicios de la atención infantil temprana se hablaba de asistencia, rehabilitación y terapias de tipo compensatorio a personas con discapacidad, mientras que en los últimos 30 años se ha sustituido este modelo asistencial por otro de carácter preventivo (Pons, A., 2007). Así, no se trata de intentar evitar que esos déficits interfieran en la vida del niño, sino de evitar su aparición o actuar sobre factores biológicos o situaciones de privación socio ambiental que pudieran provocar la aparición de dichos déficits.

Dado que la atención infantil temprana se basa en gran medida en la prevención, Robles y Sánchez (2013), argumentan que es necesario relacionarla con la prevención primaria, secundaria y terciaria. La prevención primaria en atención infantil temprana actúa sobre sujetos de "alto riesgo" de padecer un déficit, aunque aún no han mostrado síntomas o no han sido diagnosticados. Son medidas de carácter universal, dirigidas a toda la población y con la intención de proteger la salud. En cuanto a la prevención secundaria, actúa para evitar aquello que pueda propiciar la aparición de un trastorno o déficit, reduciendo su evolución y el tiempo de duración o paliando sus efectos, todo ello con el objetivo final de reducir una enfermedad en la población. En la atención infantil temprana, se intenta detectar de forma precoz las enfermedades, trastornos o las situaciones de riesgo. Finalmente, en cuanto a la prevención terciaria que pretende disminuir la incidencia de las discapacidades crónicas de una población, procurando disminuir al máximo posible la invalidez causada por una enfermedad; en atención infantil temprana dirige sus actuaciones a minimizar las consecuencias y secuelas de un déficit o enfermedad, una vez que ya ha sido diagnosticada. Se intentan paliar las consecuencias derivadas de trastornos o patologías metabólicas, neurológicas, genéticas o evolutivas del niño

En este sentido, el Decreto 85/2016, en su artículo 6, donde define los niveles de intervención de la atención infantil temprana, se refiere a:

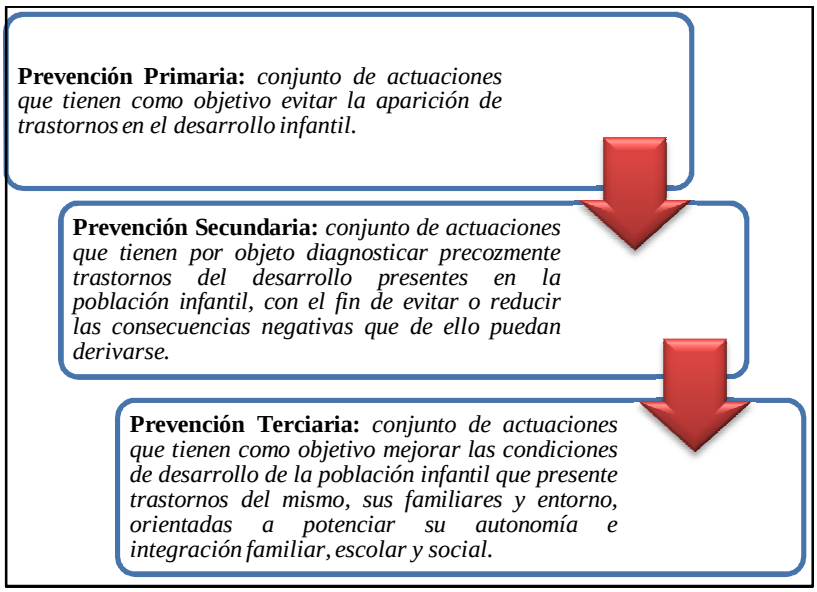


Figura 27. Niveles de intervención de la atención infantil temprana (Decreto 85/2016)

De forma más específica del ámbito de la salud, la Consejería de Salud de la Consejería de Educación de la Junta de Andalucía, en el Proceso Asistencial Integrado de AT (2006), ya establecía estos niveles de intervención, definiendo actuaciones muy concretas para el abordaje de estos niveles:

PREVENCIÓN PRIMARIA
Conjunto de actuaciones preventivas en población general en edad fértil, así como sobre progenitores y entorno, que tienen como objetivo evitar la aparición de factores de riesgo que pueden afectar el normal desarrollo del niño, tanto en el periodo gestacional como tras el nacimiento. En este apartado se incluyen también las actuaciones sobre el feto sin factores de riesgo conocidos.
→ Actuaciones sobre población sin intención inmediata de reproducción. → Actuaciones sobre población con intención de reproducción. → Control del embarazo. → Diagnóstico fetal y terapia fetal. → Asistencia al parto. → Detección de riesgo psicosocial y ambiental. → Controles de salud → Promoción de vínculos de apego adecuados en las relaciones madre-hijo.
PREVENCIÓN SECUNDARIA
Conjunto de actuaciones sobre el niño, progenitores y entorno, que tienen como objetivo detectar de manera precoz enfermedades, trastornos, o situaciones de riesgo psicosocial en progenitores o entorno que puedan afectar su desarrollo.

→ Asistencia neonatal. → Seguimiento y atención integral de niños con riesgo de alteraciones del desarrollo. → Detección en fase postnatal. → Detección de riesgos psicosociales. → Atención a niños con trastornos de la función visual. → Atención a niños con trastornos de la función auditiva. → Atención a niños con trastornos funcionales. → Tratamiento de los trastornos psicopatológicos en el niño
PREVENCIÓN TERCIARIA
Conjunto de actuaciones preventivas y asistenciales sobre los niños que presentan trastornos en su desarrollo, sobre sus familiares y su entorno, orientadas a potenciar su capacidad de desarrollo y de bienestar, posibilitando su integración en el medio familiar, escolar y social, así como su autonomía personal de la forma más completa posible.
→ Tratamiento psicoeducativo de los niños de 0 a 3 años con trastornos del desarrollo, continuando hasta los 6 años en los casos en los que se considere necesario seguir actuando conjuntamente con los centros educativos. → Orientación individual previa a la escolarización.

Tabla 25. Niveles de intervención de la atención infantil temprana (Proceso Asistencial Integrado de AT, 2006)

Estos niveles de intervención, así como los principios descritos en el apartado anterior, implican entender que un modelo de atención infantil temprana en la actualidad precisa, necesariamente de acciones coordinadas a través de un modelo integral que agrupe las intervenciones realizadas desde los diferentes sectores: educativo, sanitario y social. Desde este enfoque la Agencia Europea para el Desarrollo de la Educación del Alumnado con Necesidades Educativas Especiales (2010) afirma que en Europa, las iniciativas políticas, las medidas y la práctica en los tres sectores, de salud, social y educativo, continúan estando directa e indirectamente presentes en el proceso de atención infantil temprana. En consecuencia, la responsabilidad en el desarrollo de políticas en este ámbito recae de modo compartido en los tres Ministerios implicados, Sanidad, Asuntos Sociales y Educación. La responsabilidad parcial o total de cada uno de los tres sectores en las diferentes etapas de la atención infantil temprana de la oferta de apoyo y servicios a los niños y niñas y sus familias, depende de múltiples factores. Tales factores incluyen las necesidades del niño o niña y sus familias, la edad, la disponibilidad del servicio requerido, además de los acuerdos interministeriales relativos a los servicios de atención temprana de cada país. El informe emitido por la Agencia confirma que todos los países consideran de vital importancia la cooperación y coordinación de las políticas y las prácticas entre los tres sectores implicados y entre los distintos niveles de decisión (local, regional y nacional) para lograr una atención infantil temprana satisfactoria. Se están desarrollando bastantes iniciativas políticas enfocadas a conseguir una mejor coordinación intersectorial para los niños y niñas y sus familias tanto en los niveles locales y regionales como nacionales.

Por lo tanto, un abordaje eficaz de la AIT tiene que ver con la necesidad de un enfoque integral, de una respuesta intersectorial, interdisciplinar y multiprofesional inserta en un modelo de intervención uniforme, centrado en el niño o la niña, familia y entorno, aspectos éstos claramente alejados de las divisiones que establece la atribución de competencias a las distintas administraciones o diversos departamentos de cada Administración.

En lo que respecta a la comunidad autónoma de Andalucía, desde el principio se ha asumido esta premisa como eje fundamental sobre la que definir el modelo de atención infantil temprana. Sin embargo, a pesar de que es la Consejería de Salud quien adoptó un papel más protagonista en el desarrollo de este ámbito, las Consejerías de Educación y de Igualdad y Políticas Sociales han jugado en muchas ocasiones un papel secundario. La publicación del Decreto 85/2016 obliga a que las Consejerías citadas adquieran un mayor nivel de compromiso y de participación directa en el desarrollo de la atención infantil temprana. En este sentido, en su artículo 7, donde se definen las modalidades de las actuaciones de intervención, se establece que la intervención en la atención infantil temprana se desarrollará bajo las siguientes modalidades:

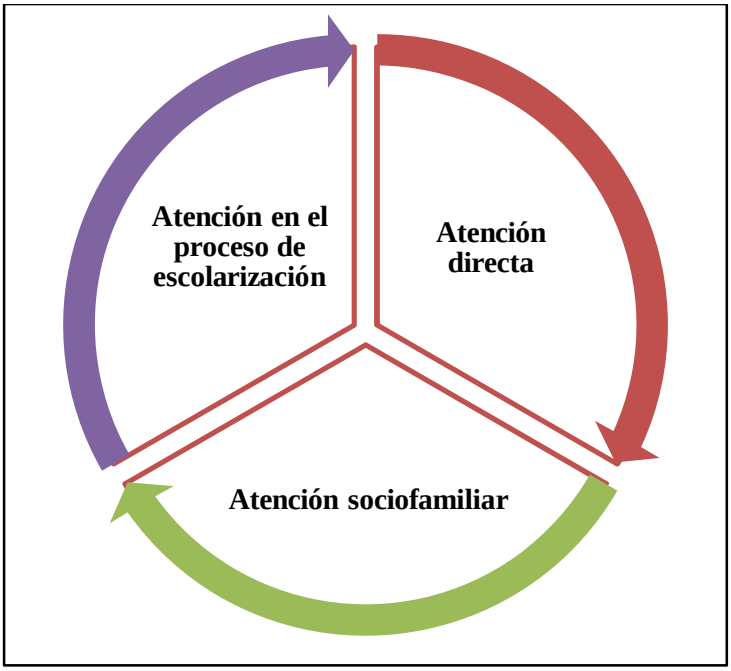


Figura 28. Modalidades de intervención (Decreto 85/2016)

a) ***Atención directa:*** es aquella que exige la participación activa de las personas profesionales en la ejecución de las actuaciones que se hayan determinado previamente que son necesarias para la atención individualizada e integral de la persona menor. Se consideran también atención directa las orientaciones y pautas que dichos profesionales dan a las familias como parte del proceso de intervención.
b) ***Atención sociofamiliar:*** es aquella destinada a la familia de forma individual o en grupo para responder a necesidades más específicas detectadas en el proceso de evaluación previa y seguimiento del menor y su entorno familiar.

c) ***Atención en el proceso de escolarización:*** es aquella dirigida a los menores que inician su escolarización y en el desarrollo de la misma, en la que es necesaria la coordinación entre profesionales que los atienden y los equipos de orientación educativa, de forma que se ofrezcan al menor y a su familia las medidas de apoyo necesarias en el proceso de incorporación al ámbito escolar. d) Atención en el proceso de integración social y comunitaria: es aquella dirigida a potenciar la participación activa en entornos habituales de la población infantil.

Así mismo, en el artículo 12 *"Actuaciones en el ámbito sanitario"* se establece que las actuaciones de AIT en el ámbito sanitario se realizarán a través de:

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

De otro lado, la interdisciplinariedad desde la que se define y sustenta el actual modelo de atención infantil temprana, requiere una fundamentación desde principios científicos que puedan ser compartidos por las distintas disciplinas que aglutina. Si además, se entiende el desarrollo del niño como un proceso dinámico y complejo, es necesario crear y mantener diálogo entre todas las ramas implicadas en dicho procedimiento (Grupo de Atención Temprana, 2000, 2005, 2011). Las principales disciplinas a las que nos referimos son:

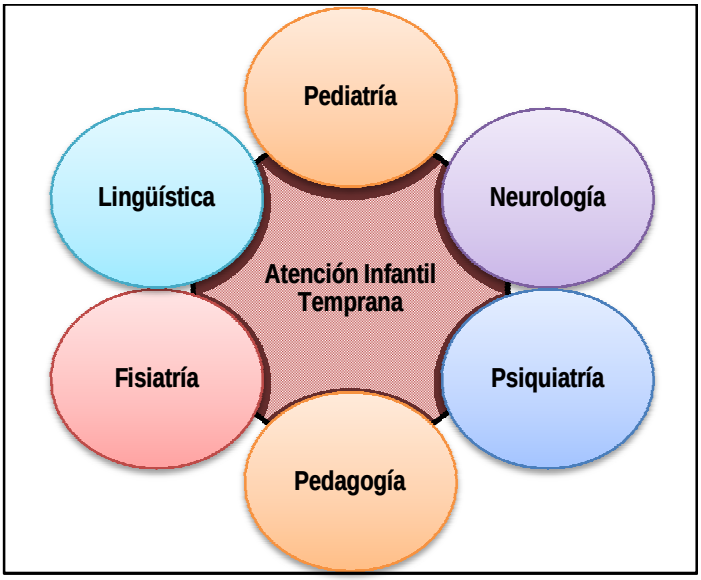


Figura 29. Disciplinas relacionadas con la atención infantil temprana (GAT, 2011)

De todas, podríamos concluir que su finalidad es ofrecer a los niños y niñas con trastornos en el desarrollo o con riesgo de padecerlos y a sus familias, un conjunto de acciones optimizadoras y compensadoras, que faciliten su adecuada maduración en todos los ámbitos y que les permita alcanzar el máximo nivel de desarrollo personal y de integración social.

Según los informes nacionales, las actuales medidas políticas en relación a la atención infantil temprana en Europa reconocen la necesidad de la promoción del trabajo interdisciplinar y en equipo entre los distintos sectores como fórmula que garantice una oferta de calidad. Esto precisa de equipos de trabajo estables que se reúnan con las familias con asiduidad. El propósito es el de estimular la organización de los profesionales gravitando alrededor de los niños y niñas y sus familias con enfoques novedosos y flexibles. Más adelante tendremos ocasión de describir el actual modelo de coordinación interdisciplinar puesto en marcha en Andalucía.

En definitiva, la atención infantil temprana, tal y como hemos expuesto, presenta distintos niveles de intervención en función del proceso o momento específico de la prevención: primaria (para evitar las condiciones que pueden conducir a la aparición de trastornos al desarrollo infantil), secundaria (para la detección precoz de esos trastornos) y terciaria (para eliminar o reducir las consecuencias negativas de los trastornos al desarrollo). Esta intervención se lleva cabo a través de distintos ámbitos de actuación en los que intervienen profesionales de la AIT, como los distintos Servicios Sociales, los CAIT, los Servicios Educativos y los Servicios Sanitarios.

Se trata por tanto, de una intervención multidisciplinar que persigue la prevención de estos trastornos y la atención de los mismos cuando se producen. Para ello, se aplican técnicas y procedimientos diagnósticos cada vez más sistematizados que aportan una información que facilita la comprensión de esta realidad y que vamos a describir en el apartado siguiente.

IV.1.4. LA ORGANIZACIÓN DIAGNÓSTICA DE LA ATENCIÓN TEMPRANA (ODAT)

La clasificación y organización diagnóstica de los trastornos del desarrollo y de los factores de riesgo que pueden generarlos, según Ponte (2015), ha sido y es una de las preocupaciones principales de los profesionales y las Administraciones públicas que se ocupan de la atención infantil temprana. Ambos, necesitan disponer de un instrumento que sirva para estudiar sobre los trastornos del desarrollo, su prevalencia, comprender los factores biopsicosociales que influyen en su aparición, diseñar, implementar y evaluar los recursos que se derivan de esa realidad epidemiológica. Sin embargo, nos encontramos ante una de las tareas que mayor complejidad ha supuesto y supone en la actualidad. La complejidad de clasificar los

trastornos del desarrollo deriva, por un lado, de su propio carácter multidimensional o de su dinamismo evolutivo y, por otro, de la heterogeneidad de las disciplinas profesionales que convergen en la atención infantil temprana y de los cambios socio-históricos que se dan en el itinerario de 0-6 años. Durante años y aún ahora, la organización diagnóstica de los trastornos del desarrollo ha estado referenciada a sistemas de clasificación como la Clasificación Internacional de Enfermedades CIE 10 (OMS1 , 2008) o el Manual de Diagnóstico y Estadística de los Trastornos Mentales DSM IV (APA2 , 1994) y V (APA, 2014), pero estas clasificaciones fueron diseñadas desde una perspectiva diferente y los profesionales consideran que no ofrecen un marco adecuado a las necesidades de la Atención Temprana. El principal inconveniente

Parafraseando a Ponte (2015), a pesar de los avances realizados a través del desarrollo de la Clasificación Internacional del Funcionamiento en su versión para Infancia y Adolescencia (OMS, 2011), todavía no contamos con instrumentos que estén reconocidos internacionalmente y que sean útiles en el trabajo cotidiano para describir y comunicar la situación funcional, evolutiva y relacional de los menores de 0 a 6. Mientras tanto, al hilo del consenso generado en torno al Libro Blanco de la Atención Temprana, en España, desde la Federación Estatal de Asociaciones de Profesionales de la Atención Temprana, se planteó como objetivo prioritario encontrar una herramienta que fuese útil a todos los colectivos de profesionales que trabajan en atención infantil temprana (psicólogos, fisioterapeutas, logopedas, pedagogos, médicos, etc), que unificara criterios y que sirviera para que todos "hablen el mismo idioma", lo que facilitaría sin duda, la comunicación entre ellos. Pero además, se pretendía que esa herramienta permitiera clasificar los factores de riesgo (biológicos, familiares y ambientales) y los trastornos del desarrollo; que se pudieran realizar estudios epidemiológicos mediante las prevalencias de los distintos trastornos, no sólo a nivel estatal, sino también en la medida de los posible, a nivel autonómico; que permitiera realizar investigaciones específicas para necesidades de conocimiento concretas; que se organizaran las observaciones clínicas y que facilitara la toma de decisiones en actuaciones de prevención. Así, se fue desarrollando una propuesta de clasificación de síntesis, la Organización Diagnóstica en Atención Temprana ODAT (GAT, 2000). En su elaboración, por parte del Equipo de Investigación Sociológica EDIS, la ODAT importa muchos contenidos de otra aproximación específica para la primera infancia, la Diagnostic Classification of Mental Health and Developmental Disorders of Infancy and Early Childhood DC 0-3R (NICTD3, 2005), mediante una fórmula multiaxial de clasificación realizada en Estados Unidos.

La ODAT cuenta con una primera versión que data de 2004 y con el respaldo de un trabajo de validación (EDIS, 2007) a partir del cual fue revisada en 2008. La Consejería de Salud de la Junta de Andalucía ha realizado también una tabla de equivalencias con la CIE 10 (Pons, et al. 2012). Sin embargo, a pesar de tener ya más de doce años, la ODAT tiene todavía un escaso recorrido práctico como instrumento cotidiano de los centros, unidades y equipos profesionales de atención infantil temprana a nivel nacional. El lugar en que este recorrido parece estar más avanzado es Andalucía, en la cuál y en gran medida gracias al apoyo de nuevas

herramientas de gestión informática (Sistema de Información Alborada) su uso ya está generalizado como instrumento de registro en los procesos de detección y derivación en este ámbito. De momento, sin embargo, la Consejería de Salud de la Junta de Andalucía aún no ha ofrecido una publicación detallada de sus datos si bien ha presentado algunos aspectos parciales de los mismos en distintas reuniones profesionales (Pons, 2011). Por lo que se refiere al conjunto del Estado y a las distintas Comunidades Autónomas la única referencia en que hallamos datos de uso de la ODAT es la publicación "La Realidad Actual de la Atención Temprana en España" elaborada por un grupo de trabajo de la Federación Estatal de Asociaciones de Profesionales de la Atención Temprana y editada por el Real Patronato sobre Discapacidad (GAT, 2011).

A pesar de todo, la ODAT se configura como una clasificación diagnóstica para ordenar las situaciones de riesgo y los trastornos que pueden darse en la etapa infantil de cero a seis años, tanto en los niños y niñas y sus familias, como en su entorno, cuya aplicación permite establecer un conjunto mínimo básico de datos sobre atención infantil temprana. Pretende ser un instrumento útil para clasificar los factores de riesgo y los trastornos de desarrollo, establecer un lenguaje común entre los distintos profesionales que intervienen en la atención temprana (biológico, psicológico y social) y posibilitar estudios epidemiológicos, todos, objetivos con los que se inicia el trabajo por parte de EDIS. Desde 2004, la Federación Estatal de Asociaciones de Profesionales de la Atención Temprana (GAT), como autora de la ODAT, ha ido incorporando actualizaciones, sugerencias y propuestas recogidas en los centros de atención temprana y durante las presentaciones y los cursos de formación sobre la Organización Diagnóstica que se han realizado en las distintas comunidades autónomas. Los resultados anteriores fueron recogidos en dos publicaciones anteriores (2004 y 2008), editadas por el Real Patronato. Estructurada en tres niveles, esta versión completada se presenta como un vehículo que reúne requisitos básicos para la gestión de la información sobre factores de riesgo, recursos y necesidades a partir del niño, la familia y su entorno. Los dos primeros niveles incluyen los factores de riesgo y los trastornos del desarrollo, mientras el tercero se ocupa de la intervención en atención temprana, haciendo referencia a recursos y apoyos disponibles.

La estructura de la ODAT consta de tres NIVELES.

PRIMER NIVEL	Describe los <u>factores de riesgo</u> de los trastornos en el desarrollo en los distintos contextos: en el propio niño, en su familia y en el entorno. Incluye: EJE I - Factores biológicos de riesgo EJE II - Factores familiares de riesgo EJE III - Factores ambientales de riesgo
SEGUNDO NIVEL	Describe el tipo de <u>trastornos o disfunciones</u> que se pueden diagnosticar en el niño, en las interacciones con la familia y con las características del entorno. Incluye: EJE IV - Trastornos del desarrollo EJE V - Familia EJE VI - Entorno
TERCER NIVEL	Debe incluir los <u>recursos</u> distribuidos en tres ejes: EJE VII - recursos referidos al niño, EJE VIII – recursos referidos a su familia y EJE IX – recursos referidos al entorno. Se desarrollará en una fase posterior de elaboración de la ODAT.

Tabla 26. Estructura de la ODAT

A la difícil tarea que supone para los profesionales de la salud establecer un diagnóstico en estas edades, se añade la complejidad del hecho de que en AIT no se interviene únicamente cuando ya el niño o la niña muestra una alteración, sino que, siguiendo las directrices del *Libro Blanco*, la intervención se contempla desde la misma "situación de riesgo", lo que nos lleva a un diagnóstico de "factores de riesgo" o de "signos de alerta". Presentamos a continuación, la configuración del Nivel I (Ejes I, II, III) y Nivel II (Ejes IV, V, VI), en los que se incluyen las siguientes categorías diagnósticas:

NIVEL I FACTORES DE RIESGO				
EJE I: FACTORES BIOLOGICOS DE RIESGO				
1.a	**PRENATAL**		1.b.c	Recién nacido con Apgar < 3 al minuto ó < 7 a los 5'
1.a.a	Antecedentes familiares de trastornos auditivos, visuales,neurológicos o psiquiátricos de posible recurrencia.		1.b.d	Recién nacido con ventilación mecánica durante más de 24 horas
1.a.b	Embarazos gemelares o embarazo múltiple de mayor orden		1.b.e	Recién nacido con distress y otras disfunciones respiratorias neonatales
1.a.c.	Factores socio-biológicos de riesgo.		1.b.f	Asfixia severa
	1.a.c.1	Teratógenos medioambientales	1.b.g	RN con hiperbilirrubinemia que precise exanguinotransfusión
	1.a.c.2	Teratógenos socio-institucionales	1.b.h	Convulsiones neonatales
	1.a.c.3	Administración de agentes tóxicos	1.b.i	Disfunción neurológica persistente (más de 7 días).
	1.a.c.4	Contacto con drogas	1.b.j	Sepsis, meningitis o encefalitis neonatal
	1.a.c.5	Teratógenos derivados de enfermedades de tipo biológico	1.b.k	Distocias o problemas en el parto que requieren atención especial en las horas siguientes al parto.
	1.a.c.6	Teratógenos derivados de dependencias de tipo psico-social	**1.c**	**POSTNATAL**

	1.a.c.7	Infecciones intrauterinas por virus, bacterias o parásitos		1.c.a	Infecciones postnatales del SNC
1.a.d	Síndromes malformativos somáticos y anomalias congénitas			1.c.b	Accidentes y traumatismos con secuelas neurológicas, motrices o sensoriales
	1.a.d.1	Malformaciones del S.N.C, hidrocefalia congénita,…		1.c.c	Enfermedades crónicas de curso complicado que originan asistencia sanitaria y hospitalizaciones continuas
	1.a.d.2	Malformaciones que afectan a otros órganos: cardiopatías congénitas, gastrointestinales, genitourinarias, disgenesias de extremidades,…		1.c.d	Epilepsia
1.a.e.	Embarazos complicados			1.c.e	SIDA
	1.a.e.1	Retraso en el crecimiento uterino, CIR		1.c.f	Retraso pondoestatural
	1.a.e.2	Aquellas situaciones que han provocado problemas durante el embarazo como sangrados, reposo prolongado, cerclajes, etc		1.c.g	Trastornos endocrinológicos y metabólicos crónicos
1.a.f	Factores genéticos.			1.c.h	Daño cerebral evidenciado por neuro-imagen
	1.a.f.1	Génicos		1.c.i	Hipoacusia detectada en los programas de detección precoz (Otoemisiones acústicas o Potenciales Auditivos).
	1.a.f.2	Cromosómicos		1.c.j	Alteraciones visuales
1.a.g	Factores nutricionales			**1.d**	**Otros factores biológicos**
1.a.h	Factores físicos intrauterinos			1.d.a	Signos de alerta detectados en los Equipos de Pediatría de Atención Primaria o en los Centros de Educación Infantil
1.b	**PERINATAL**			1.d.b	Signos de alerta detectados en niños en que se desconocen datos
1.b.a	Recién nacido de bajo peso con retraso de crecimiento intrauterino, con peso < P 10 para su edad gestacional			1.d.c	Otros
	1.b.a.1	Peso inferior a 2.500 gramos			
	1.b.a.2	Peso inferior a 1.500 gramos			
1.b.b	Recién nacido pretémino				
	1.b.b.1	Edad gestacional < 37 semanas			
	1.b.b.2	Edad gestacional < 32 semanas			
	1.b.b.3	Edad gestacional < 28 semanas			

NIVEL I FACTORES DE RIESGO					
EJE II: FACTORES FAMILIARES DE RIESGO					
2.a	**CARACTERISTICAS DE LOS PADRES**			2.c.d.	Embarazos múltiples
2.a.a	Edad de los padres, inferior a 20 años o superior a 40			2.c.e.	Información de malformaciones o lesiones en el feto (probables o confirmadas).
2.a.b	Padres drogodependientes			2.c.f.	Programas de reproducción asistida
2.a.c.	Padres con diagnóstico de enfermedad mental, trastornos sensoriales o deficiencia mental.			2.c.g.	Abortos o muerte de hijos anteriores
2.a.d.	Antecedentes de retiro de tutela, guardia o custodia de otros hijos			2.c.h.	Embarazo complicado o de riesgo
2.a.e	Enfermedades físicas, neurológicas o degenerativas invalidantes			**2.d.**	**ESTRÉS EN EL PERIODO NEONATAL**
2.b	**CARACTERÍSTICAS DE LA FAMILIA**			2.d.a.	Parto múltiple

2.b.a	Ruptura familiar y/o situaciones críticas		2.d.b.	Diagnóstico perinatal de probable/posible discapacidad física o psíquica o malformación somática.
2.b.b.	Ambientes familiares gravemente alterados		**2.e.**	**ESTRÉS POSTNATAL**
2.b.c	Antecedentes y situaciones de maltrato físico o psicológico		2.e.a.	Gemelos, trillizos o más
2.b.d.	Familias excluidas socialmente		2.e.b.	Diagnóstico postnatal de probable/posible discapacidad física o psíquica, enfermedad grave o malformación somática
2.b.e.	Familia monoparental		2.e.c.	Situaciones de maltrato físico o psicológico
2.b.f.	Presencia en el núcleo familiar de personas con patologías o trastornos severos		2.e.d.	Ruptura familiar y situaciones críticas
2.b.g.	Acogimiento familiar o adopción		2.e.e.	Depresión post-parto materna
2.c	**ESTRÉS DURANTE EL EMBARAZO**		2,e.f.	Niños con hospitalizaciones frecuentes
2.c.a	Participación en programas de reproducción asistida		2.e.g	Cambios continuos de cuidadores
2.c.b.	Ruptura familiar y situaciones críticas		2.e.h.	Institucionalización
2.c.c.	Embarazos no aceptados, accidentales y traumatizantes (violación).		2.e.i.	Pérdida súbita de algún miembro de la familia primaria (abandono, separación, defunción).
EJE III: FACTORES AMBIENTALES DE RIESGO				
3.a	**EXPOSICION A ENTORNOS AMBIENTALES CON FACTORES DE ESTRÉS**		3.b.d.	Exposición a relaciones inestables /inadecuadas
3.a.a.	Deficiencias en la vivienda, carencia de higiene y falta de adaptación a las necesidades del niño en la vivienda habitual o local de cuidado		3.b.e.	Dificultad para el acceso adecuado a los adultos cuidadores
3.a.b.	Permanencia y/o nacimiento en prisión		3.b.f.	Pérdida de referente importante para el niño, por cualquier causa
3.a.c.	Hospitalización prolongada o crónica		3.b.g.	Exposición a escenas de violencia en el domicilio, las instituciones o la TV
3.a.d.	Institucionalización		3.b.h.	Exposición a prácticas y situaciones inadecuadas
3.a.e.	Exposición frecuente a un exceso de estimulación perceptiva		**3.c.**	**EXPOSICION A FACTORES DE EXCLUSION SOCIAL DE LA FAMILIA**
3.a.f.	Exposición frecuente a deficiente estimulación perceptiva		3.c.a.	Condiciones de vida que facilitan el aislamiento social en el propio entorno familiar y en relación a otros entornos sociales
3.b.	**EXPOSICION A ENTORNOS SOCIALES CON FACTORES DE ESTRÉS**		3.c.b.	Familia con dificultades de acceso a los recursos sociales
3.b.a.	Dificultades del entorno para administrar/proveer la alimentación adecuada		3.c.c	Nuevos modelos familiares
3.b.c.	Entorno inseguro y con dificultades para que el niño desarrolle la propia iniciativa			

NIVEL II TRASTORNOS/DISFUNCIONES				
EJE IV: TRASTORNOS EN EL DESARROLLO				
4.a	**TRASTORNOS EN EL DESARROLLO MOTOR**		4.g.b.	Retraso simple del habla.
4.a.a	Parálisis cerebral infantil/ Trastorno motor cerebral.		4.g.c.	Disglosia.
4.a.b	Tr. de origen espinal		4.g.d.	Disartria
4.a.c.	Tr. de origen periférico		4.g.e.	Disfemia
4.a.d.	Tr. de origen muscular		4.g.f.	Retraso simple del lenguaje
4.a.e	Tr. de origen óseo-articular.		4.g.g.	Disfasia (TEDL) o (TPDL).
4.a.f	Tr. del tono no especificado		4.g.h.	Afasia Infantil congénita

4.a.g	Hábitos y descargas motrices		4.g.i.	Afasia Infantil adquirida	
4.b	**TRASTORNOS VISUALES**		4.g.j.	Disfonías	
4.b.a.	Niños con ceguera congénita		**4.h.**	**T. EN LA EXPRESIÓN SOMÁTICA**	
4.b.b.	Ceguera adquirida		4.h.a.	Afecciones somáticas	
4.b.c.	Niños de baja visión		4.h.b.	Trastornos psicofuncionales	
4.b.d.	Nistagmo		4.h.c.	Enuresis	
4.b.e.	Estrabismo.		4.h.d.	Encopresis	
4.b.f	Defectos de refracción		4.h.e.	Trastornos de la alimentación	
4.c	**TRASTORNOS AUDITIVOS**		4.h.f.	Trastornos del sueño	
4.c.a.	Conductiva o de transmisión		4.h.g.	Retraso psicógeno del crecimiento	
4.c.b.	Perceptiva o neurosensorial.		**4.i.**	**TRASTORNOS EMOCIONALES**	
4.c.c.	Mixta		4.1.a.	Trastorno por estrés traumático	
4.c.d.	Hipoacusia leve		4.i.b.	Trastorno por ansiedad en la infancia	
4.c.e.	Hipoacusia moderada		4.i.c.	Trastorno del estado de ánimo: reacción al duelo	
4.c.f	Hipoacusia grave o severa.		4.i.d.	Depresión en la infancia	
4.c.g	Hipoacusia profunda		4.i.e.	Trastorno mixto de la expresividad emocional	
4.c.h.	Cofosis		4.i.f.	Trastorno de la identidad genérica	
4.c.i.	Prelocutiva		4.i.g.	Trastorno reactivo al vínculo	
4.c.j.	Perilocutiva		4.i.h.	Trastorno adaptativo	
4.c.k.	Postlocutiva		4.i.i.	Mutismo selectivo	
4.d.	**TRASTORNOS PSICOMOTORES**		**4.j.**	**T. REGULACION Y COMPORTAMIENTO**	
4.d.a.	Retraso psicomotor simple.		4.j.a.	Temeroso cauto	
4.d.b.	Trastornos de la coordinación dinámica		4.j.b.	Negativo-desafiante	
4.d.c.	Trastornos de la coordinación estática.		4.j.c.	Hiporeactivo	
4.d.d.	Trastornos de la coordinación viso-manual.		4.j.d.	Desorganizado, motor-impulsivo	
4.d.e.	Trastornos de la estructuración espacial.		4.j.e.	Otros T. regulación	
4.d.f.	Trastornos de la organización temporal.		4.j.f.	Trastornos por déficit de atención y comportamiento perturbador.	
4.d.g.	Trastornos del esquema corporal.		4.j.g.	Trastorno por DAH, tipo combinado.	
4.d.h.	Trastornos de la lateralidad.		4.j.h.	T.por DAH, tipo predominio del déf.de atención.	
4.d.i.	Trastornos del control respiratorio.		4.j.i.	T. por DAH, tipo con predominio hiperactivo-impulsivo.	
4.e.	**RETRASO EVOLUTIVO**		4.j.j.	Trastorno por DAH no especificado	
4.e.a.	Retraso evolutivo leve.		4.j.k.	Trastorno disocial	
4.e.b.	Retraso evolutivo moderado		4.j.l.	Trastorno negativista desafiante	
4.e.c.	Retraso evolutivo grave		4.j.m.	Trastorno de comportamiento perturbador no especificado.	
4.e.d.	Retraso evolutivo profundo		**4.k**	**T. DEL ESPECTRO AUTISTA**	
4.e.e.	Retraso evolutivo no especificado		4.k.a.	Trastorno multisistémico	
4.f	**TRASTORNOS EN EL DESARROLLO COGNITIVO**		4.k.b.	Trastorno autista	
4.f.a.	Retraso mental leve		4.k.c.	Trastorno de Rett	
4.f.b.	Retraso mental moderado		4.k.d.	Trastorno desintegrativo infantil	

4.f.c.	Retraso mental grave		4.k.e.	Trastorno de Asperger.	
4.f.d.	Retraso mental profundo		4.k.f.	TGD no especificado.	
4.f.e.	Retraso mental no especificado		**4.l.**	**PLURIDEFICIENCIAS**	
4.f.f.	Altas habilidades		4.l.a.	Plurideficiencias	
4.g	**T. EN EL DESARROLLO DE LA COMUNICACIÓN Y DEL LENGUAJE**		**4.m.**	**OTROS**	
4.g.a.	Dislalia		4.m.a.	Otros	

NIVEL II TRASTORNOS/DISFUNCIONES					
EJE V			**EJE VI**		
5.a	**TRASTORNOS DE LA INTERACCION**		**6.a.**	**TRASTORNOS DEL ENTORNO**	
5a.a.	Relaciones inestables		6.a.a	Ausencia de cuidadores sensibles	
5.a.b.	Relaciones alteradas		6.a.b.	Malos tratos y abusos	
5.a.c.	Relaciones deterioradas		6.a.c.	Negligencia.	
5.a.d.	Graves trastornos de la relación		6.a.d.	Institucionalización prolongada	
5.a.e.	Relaciones negligentes		6.a.e.	Permanencia excesiva en guardería o escuela	
5.b.	**FORMAS DE RELACIÓN FAMILIA-NIÑO**		6.a.f.	Hacinamiento	
5.b.a.	Tendencia sobreprotectora		6.a.g.	Chabolismo	
5.b.b.	Tendencia a la apatía o al descuido		6.a.h.	Violencia e inseguridad ambiental	
5.b.c.	Tendencia al rechazo		6.a.i.	Pobreza extrema.	
5.b.d.	Tendencia agresivo-dominante		6.a.j.	Discriminación.	
5.b.e.	Tendencia ambivalente		6.a.k.	Confluencia de factores de exclusión	
5.b.f.	Tendencia abusiva				

Tabla 27. Organización Diagnóstica de la Atención Temprana (ODAT)

No obstante, para la toma de decisiones sobre seguimiento, necesidad de realización de estudios complementarios, derivación a otros especialistas o a centros de atención infantil temprana, es importante contemplar, según establece la propia ODAT, tres niveles de diagnóstico:

- El *diagnóstico funcional* constituye la determinación cualitativa y cuantitativa de los trastornos o disfunciones. El diagnóstico funcional es imprescindible para poder elaborar los objetivos y estrategias de la intervención.
- El *diagnóstico sindrómico* está constituido por un conjunto de signos y síntomas que definen una entidad patológica determinada. A menudo la identificación de un síndrome o cuadro sindrómico nos permite conocer cuáles son las estructuras, (neurológicas, psíquicas o sociales) responsables del trastorno y nos orienta sobre la etiología del mismo. Nos ayuda a establecer si se trata de una patología estable, transitoria o evolutiva, de base predominante orgánica o ambiental.
- El *diagnóstico etiológico* es el que nos informa sobre las causas, bien de carácter biológico o bien psicosocial, de los trastornos funcionales o del síndrome identificado. Aunque en determinados trastornos del desarrollo no es posible realizar con absoluta

certeza el diagnóstico etiológico, en todos los casos intentaremos establecer un diagnóstico de presunción.

Es el diagnóstico funcional el que constituye la base imprescindible para una planificación terapéutica en atención infantil temprana, mientras que los diagnósticos sindrómico y etiológico permiten facilitar información biomédica a la familia y en algún caso un tratamiento específico.

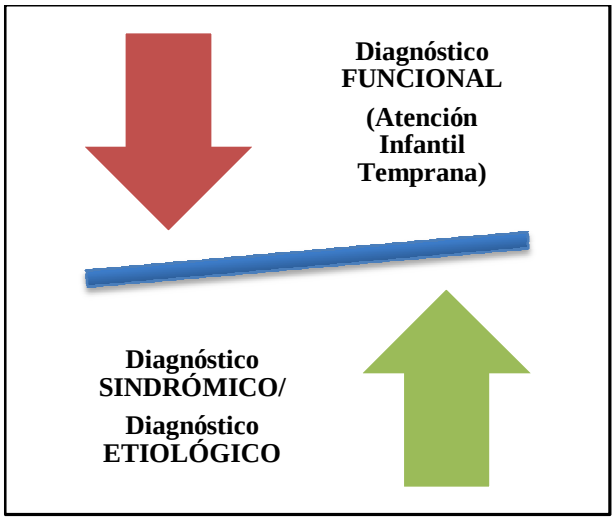


Figura 30. Niveles de diagnóstico de la ODAT

Es por ello, que el profesional de pediatría de atención primaria no debe esperar a obtener un diagnóstico sindrómico y/o etiológico para tomar la decisión de derivar a un niño a la UAIT y éstos a su vez a un CAIT. Es importante que, con un diagnóstico funcional, los equipos de profesionales de AIT empiecen a trabajar con el menor mientras desde el ámbito puramente clínico se profundice en el diagnóstico sindrómico-etiológico (Pons, A., 2013).

No obstante, en todos los casos, quizás en un momento posterior al establecimiento del diagnóstico funcional y cuando no haya sido posible establecerlo al mismo tiempo, se ha de intentar establecer la etiología de los diferentes trastornos identificados, considerando siempre la probable multifactorialidad de los mismos, en un enfoque amplio que considere los aspectos biológicos, psicológicos, educativos y del entorno en general. Es necesario tener en cuenta, sin embargo, que ante determinados trastornos como los trastornos de espectro autista (TEA) y los trastornos en el lenguaje, no es posible realizar con absoluta certeza el diagnóstico etiológico. Delimitar la etiología orgánica precisará en la mayoría de los casos de exámenes complementarios adecuados a las hipótesis diagnósticas, si bien es importante considerar que la normalidad en los resultados obtenidos de dichos exámenes no indica la ausencia de una base orgánica del trastorno.

Por otro lado, definir la etiología relacional cuando ésta se sitúa en las condiciones del entorno requerirá un adecuado conocimiento de las condiciones sociales, vinculaciones tempranas, organización y expectativas familiares,…

En cualquier caso, dado que no es posible la identificación definitiva de un gran número de trastornos en el desarrollo en niños y niñas de 0 a 6 años, por las importantes variaciones evolutivas y la propia inmadurez inherente a estas edades, resulta fundamental que los profesionales de la AIT de los ámbitos directamente implicados dispongan de la formación, de los tiempos y de las herramientas necesarias para poder realizar un adecuado diagnóstico funcional de cada caso. Por este motivo, la ODAT, elaborada teniendo en cuenta las características especiales del abordaje de la AIT y centrada en la edad específica que le compete (0 a 6 años) ha de configurarse como la herramienta de referencia para que todos los profesionales implicados "hablen un lenguaje común", superando de esta manera los conflictos entre administraciones por denominar de diferente forma una misma casuística. Además, en las clasificaciones diagnósticas utilizadas por los profesionales de la salud, que no contemplan de forma específica la clínica del niño o niña pequeño, el diagnóstico, puede ser prácticamente imposible para determinadas patologías a estas edades, ya que con frecuencia requiere ser orientado a partir de un repertorio de conductas o de adquisiciones evolutivas que no están presentes en el niño o niña en función de su edad cronológica.

Con este objetivo, la Consejería de Salud de la Junta de Andalucía presenta en el año 2012 la primera publicación, a nivel mundial, que establece la equivalencia entre dos sistemas de clasificación de gran relevancia para la AIT. Se trata de la Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE), utilizada en la inmensa mayoría de los sistemas sanitarios, y la Organización Diagnóstica de Atención Temprana (ODAT), que unifica los diagnósticos de la población atendida en los Centros de Atención Infantil Temprana. Esta tabla de equivalencia da respuesta a la necesidad de un lenguaje común entre profesionales de diferentes disciplinas, niveles y sectores cuando se enfrentan al trabajo interdisciplinar y colaborativo en atención infantil temprana, considerando la globalidad de cada niño o niña, su familia y su entorno.

Por otro lado, una realidad, a la vez que un importante avance en los últimos años, y que desde las administraciones implicadas es necesario que tengan en consideración por su relevancia, con objeto de aprovechar y consolidar su actuación en el proceso de detección temprana en el periodo 0- 3 años es el papel cada vez más decisivo que juegan los centros que imparten el 1er ciclo de Educación Infantil. Estos y estas profesionales posibilitan, como se ha

descrito anteriormente, la prevención de numerosos factores de riesgo y de señales de alerta en los menores, así como una mayor capacidad de detección y de posterior estimulación, en coordinación con los CAITs.

En definitiva, se ha de entender la ODAT como un instrumento útil para clasificar los factores de riesgo y los trastornos en el desarrollo (biológico, psicológico y social) y además, establecer un lenguaje común entre las y los distintos profesionales que intervienen en la atención infantil temprana. En primera instancia, debe ser utilizada por cualquier profesional de la salud como un instrumento de recogida de información y como clasificación diagnóstica. En concreto, el tratamiento se realiza en los CAIT, responde a la necesidad comunitaria de contar con un recurso que impulse las actividades relacionadas con la crianza, educación y socialización en todos los niveles de prevención, si bien cada servicio o sector ha de participar con distinta intensidad y responsabilidad en cada uno de ellos. Por tanto, las y los profesionales de la orientación en el momento de la identificación de necesidades educativas, deberán tener en cuenta esta organización diagnóstica para, a partir de la misma, determinar las NEAE del alumno o alumna. Del mismo modo, deberán considerar que los trastornos en el desarrollo establecidos en los informes previos a la escolarización, emitidos por los CAITs, no tienen un carácter definitivo y están sujetos a la evolución del niño o la niña.

IV.2. EL PROCESO DE ATENCIÓN INFANTIL TEMPRANA EN ANDALUCÍA

Aunque en el desarrollo del apartado anterior hemos realizado numerosas alusiones al modelo de atención infantil temprana establecido en la comunidad autónoma de Andalucía, dado el grado de implantación del citado modelo, su repercusión en esta comunidad y como modelo de referencia para otras regiones del país, es necesario profundizar un poco más en aspectos que han supuesto y suponen aún hoy, una forma de entender la AIT desde las políticas sanitarias, educativas y sociales hacia la consecución del objetivo básico e irrenunciable de ofrecer una atención integral al sector de la población con mayor vulnerabilidad, los menores de 6 años que presentan un trastorno en el desarrollo o el riesgo de padecerlo y sus familias.

IV.2.1. PROCESO ASISTENCIAL INTEGRADO DE ATENCIÓN TEMPRANA: ORIGEN DEL MODELO ANDALUZ

En Andalucía, la Ley 1/1999, de 31 de marzo (BOJA n.º 45, de 19 de abril) de Atención a las Personas con Discapacidad , en su artículo 11, “Detección de las deficiencias y Atención Temprana” encomienda al sistema público de salud los sistemas de protocolos de actuación técnicos necesarios para que quede asegurado el asesoramiento y tratamiento necesario, dirigido al niño, a la familia y a la comunidad. Por su parte, el Libro Blanco de la Atención Temprana publicado en el año 2000, definió con mayor claridad el concepto y el modelo de intervención que era necesario implementar con los niños y niñas de entre 0 y 6 años de edad que presentaran un trastorno en el desarrollo o el riesgo de padecerlo.

Sin embargo, no es hasta varios años después, concretamente hasta el verano de 2006, se comienza a desarrollar dicha Ley, momento en el que la Consejería de Salud publica el *"Proceso Asistencial Integrado de Atención Temprana"*. En este documento, tal y como señala Quirós (2009), se recogen los elementos técnicos para disminuir la variabilidad de las actuaciones y obtener un grado de homogeneidad razonable entre los profesionales que van a trabajar en la reducción de la gravedad de las alteraciones de desarrollo, siempre en continuidad y complementariedad con las actividades que los servicios sociales y el sistema educativo realicen en este ámbito. Por otra parte, se reivindica en el texto la especial consideración del pediatra de atención primaria de zona y la creación de los CAIT, como los nuevos ejes sobre los que ha de pivotar toda actuación.

La definición funcional que se incluye en este documento referente al proceso que establece es la siguiente:

> *"Conjunto de actuaciones que desarrolla el Sistema Sanitario Público Andaluz (SSPA), dirigidas a la población general en edad fértil, progenitores, población infantil y entorno, que tienen como finalidad evitar la aparición de factores de riesgo que pueden afectar el normal desarrollo del niño, así como prevenir y detectar, de forma precoz, la aparición de cualquier alteración en el desarrollo y atenderla. Para ello, se propone la realización de determinadas actuaciones de carácter preventivo sobre progenitores y se establece, en los casos en que se precise, una atención integral sobre el niño, la familia y el entorno dirigida a potenciar sus capacidades, y a evitar o minimizar el agravamiento de una posible deficiencia."* (Consejería de Salud, 2006, 13).

En este sentido, el proceso de AIT hace especial referencia a aquellas intervenciones que desde el sector sanitario pueden contribuir a reducir la incidencia y gravedad de las alteraciones del desarrollo, ya sea evitando su presentación, como reduciendo su progresión, contrarrestando sus consecuencias, y atendiendo a que estas actividades se realicen conforme a criterios de calidad en términos de efectividad, beneficio y satisfacción de las personas afectadas. Todo ello, en continuidad y complementariedad con las actividades que los servicios sociales, el sistema educativo y otros sectores sociales realizan en el mismo sentido.

Se mantiene como premisa que un abordaje eficaz de la AT tiene que ver con la necesidad de un enfoque integral, de una respuesta intersectorial, interdisciplinar y multiprofesional inserta en un modelo de intervención uniforme, centrado en el niño o la niña, familia y entorno, aspectos éstos claramente alejados de las divisiones que establece la atribución de competencias a las distintas administraciones o diversos departamentos de cada Administración.

Por ello, en la definición del citado proceso participaron profesionales expertos de diferentes áreas de conocimiento y de distintas administraciones, que han aportado su enfoque y experiencia. En su desarrollo se ha optado por ordenar los contenidos correspondientes a los componentes del proceso asistencial en tres apartados: prevención primaria, secundaria y terciaria, conscientes de que la línea divisoria entre ellos es nítida en la mayoría de los casos, pero es más difusa cuando proponemos actuaciones en las interfases gestante-embrión-feto. La dificultad de avanzar una propuesta integrada de atención para una ingente variedad de trastornos, enfermedades, síndromes, intentando reflejar lo que de común comparten en cuanto a necesidad de atención y cuidados, sólo puede ser considerada como punto de partida que permita a las administraciones, familiares y profesionales implicados, encontrar un hilo conductor que empieza y termina en la mejora de calidad de vida del niño o niña con trastornos del desarrollo o riego de padecerlos.

El pediatra, profesional médico de atención primaria, según Quirós (2009), se convierte en referente básico de este modelo de intervención. A su consulta, procedente de hospitales, centros infantiles o a petición de los propios padres/madres o educadores, han de llegar todos los casos de niños y niñas que presenten problemas en su desarrollo o riesgo de un proceso evolutivo inadecuado. Su tarea prioritaria en el ámbito de la atención temprana será la de atender, filtrar, seleccionar que casos han de ser derivados a los centros específicos para su oportuna valoración y atención.

Estas funciones son, en la actualidad, compartidas con una nueva estructura no incluida en el proceso de 2006, las Unidades de Atención Infantil Temprana (UAIT), creadas a partir de la publicación del Decreto 85/2016, por el que se regula la intervención integral de la Atención Infantil Temprana en Andalucía, quedando obsoleto por tanto, este proceso asistencial, así como las Instrucciones de 30 de marzo de 2015, por el que se establece el procedimiento de coordinación entre los profesionales de las Consejerías de Salud y de Educación, tal y como se comentó en el capítulo anterior. Será necesario por tanto, iniciar un nuevo proceso colaborativo entre ambas Consejerías y la Consejería de Igualdad y Políticas Sociales que permita establecer los nuevos procedimientos, así como las nuevas fórmulas de coordinación y de actuación, según la reciente normativa en vigor.

Teniendo en cuenta que la Administración no siempre camina al ritmo que la sociedad demanda, puesto que Quirós, ya en el año 2009, planteaba que estaba en marcha una propuesta de Decreto que regularía las actuaciones en materia de atención temprana en Andalucía, las funciones del sistema sanitario, del sistema educativo y de servicios sociales en relación con el contenido y acceso a este programa, la acreditación de los centros y sobre todo la sistematización de cómo llevar a cabo la coordinación intersectorial así como los diferentes protocolos que podrán utilizarse. No ha sido hasta el año 2016, cuando este Decreto del que ya se hablaba muchos años antes se ha publicado, tras un largo y complejo proceso de trabajo y de negociación entre todos los sectores implicados.

No obstante, a día de hoy, como ya ocurría en el año 2006, tanto la estructura y organización de este servicio como la dotación económica y presupuestaria, con ayuda e injerencia de otras Administraciones e Instituciones, corre a cargo de la Consejería de Salud. De hecho la red de recursos recogida en el Decreto 85/2016 incluye de forma específica recursos dependientes de la Consejería de Salud exclusivamente, lo cual debe hacernos reflexionar sobre si el modelo se construye sobre los principios de interdisciplinariedad y de complementariedad realmente.

IV.2.2. RECURSOS DE ATENCIÓN INFANTIL TEMPRANA

Como acabamos de mencionar, el citado Decreto 85/2016 establece en el artículo 11. "Determinación de la red de recursos de Atención Infantil Temprana", que integran la red de AIT los siguientes recursos:

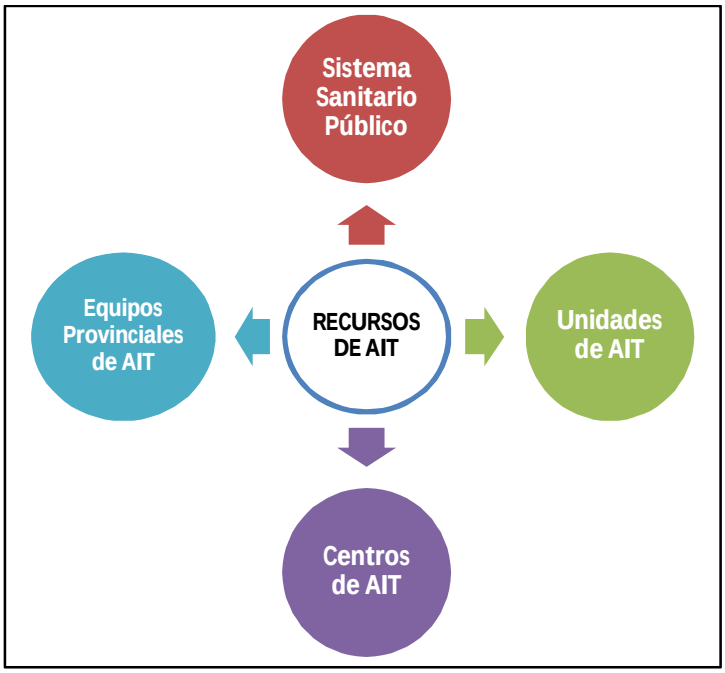


Figura 31. Red de Recursos de Atención Infantil Temprana (Decreto 85/2016)

Así mismo, establece en este mismo artículo que estos recursos se coordinarán, con aquellos otros que, desde el ámbito educativo y de servicios sociales contribuyan a la atención integral de la persona menor en los términos establecidos en este Decreto y en su posterior desarrollo. En mi opinión, si la atención infantil temprana se considerara realmente un proceso que han de desarrollar de forma compartida las tres Consejerías implicadas, hubiera sido necesario, aún reconociendo el liderazgo de la Consejería de Salud, definir también cuáles son los recursos específicos de las demás Consejerías para la AIT. Manifiesto en este sentido mis dudas en cuanto a que el desarrollo posterior de este Decreto sea capaz de definir recursos especializados y específicos de las Consejerías de Educación y de Igualdad y Políticas Sociales

para ofrecer una atención integral a los menores de 6 años con trastornos en el desarrollo o en riesgo de padecerlos.

IV.2.2.1. Unidades de Atención Infantil Temprana

Estas Unidades de Atención Infantil Temprana (UAIT), creadas por el artículo 13 del Decreto 85/2016, de 26 de abril, han sido reguladas por la Consejería de Salud, en cuanto a sus condiciones, requisitos y funcionamiento por Orden de 3 de octubre de 2016, son unidades de valoración que amplían y refuerzan la asistencia a los menores de 0 a 6 años con trastornos del desarrollo o riesgo de padecerlos, a través de medidas de prevención, detección precoz, diagnóstico, tratamiento y participación de las familias y del entorno social.

Estas Unidades, respecto al modelo anterior, definido en el Proceso Asistencial de 2006, pasan a constituir el primer nivel de atención especializada. Así, ante la sospecha de que un menor presente trastorno del desarrollo o riesgo de padecerlo, el pediatra de Atención Primaria iniciará el trámite de derivación a las UAIT. Los profesionales de estas unidades se encargarán de valorar las necesidades de los menores sobre la base de un diagnóstico funcional que incluye el estudio de las familias y el entorno, decidirán la idoneidad de la intervención y, en su caso, la derivación a uno de los 163 Centros de Atención Infantil Temprana (CAIT) que funcionan en Andalucía especificando además el plan inicial de intervención.

Los objetivos y funciones de dichas UAIT son establecidos tanto en el Decreto 85/2016, de 26 de abril, como en la Orden de 3 de octubre de 2016. Exponemos a continuación las recogidas en el Decreto porque su planteamiento nos parece más concreto y mejor definido que en la Orden.

a) Explicar a la familia o tutor legal, con claridad y en lenguaje comprensible, el motivo por el que han sido derivados a su Unidad.

b) Realizar la valoración de las necesidades de las personas menores en base a un diagnóstico funcional, de sus familias y entorno. Dicha valoración se realizará en el plazo máximo de treinta días naturales desde que se produzca la derivación de la persona menor por los equipos profesionales de pediatría de atención primaria.

c) Valorar la idoneidad de la necesidad de intervención temprana en un CAIT.

d) Emitir el informe de necesidad de intervención y especificar el módulo de intervención inicial de intervención individual de menores que así lo precisen y la justificación de la no intervención.

e) Completar, si fuera preciso, la información necesaria en el Sistema de Información de Atención Infantil temprana para favorecer la valoración por el CAIT donde será derivado.

f) Solicitar, si no se hubiese realizado por el pediatra de Atención Primaria, los estudios complementarios y/o derivaciones a otras especialidades del SAS que faciliten al profesional sanitario el establecer el diagnóstico etiológico-sindrómico.

g) Establecer pautas o consejos generales de actuación en aquellos casos que no precisen derivación a un CAIT.
h) Orientar a la familia sobre las características generales del CAIT donde se vaya a realizar la derivación.
i) Realizar la derivación al CAIT.
j) Emitir los informes de valoración al Servicio que los ha remitido y al EPAT.

Tras el correspondiente proceso establecido por la Consejería de Salud, se han creado diferentes UAIT dependientes del Servicio Andaluz de Salud (SAS), respetando el principio de proximidad, por el que cuentan con una organización territorial suficiente para cumplir con los objetivos y funciones que se determinan para esa Unidad, pudiéndose desplazar para mejorar la accesibilidad de la población y así cumplir con el compromiso de ofrecer respuesta a todas las derivaciones que tengan en un tiempo máximo de 30 días. Estas Unidades están formadas por profesionales que tienen perfil de pediatra de atención primaria y psicología clínica con formación específica y experiencia en AIT.

Durante el último trimestre de 2016 y el primer trimestre de 2017 se llevó a cabo el procedimiento para la constitución de 11UAIT en Andalucía (una por provincia y dos en el caso de las de Cádiz, Málaga y Sevilla), por lo que la Consejería de Salud convocó 22 plazas (11 de la especialidad de pediatría de atención primaria y 11 de la especialidad de psicología clínica). El compromiso de inversión adquirido por la Administración andaluza: 33 millones de euros hasta 2019, el "triple" que hasta el momento, supone cuatro millones adicionales en el presente ejercicio (hasta llegar a 15,7); cinco en 2017; seis en 2018, y ocho en 2019, es valorado como esta administración como el modelo "más avanzado" de todos los existentes en el país.

El trabajo de estas Unidades, coordinado por la persona profesional del ámbito de salud del EPAT ha de suponer un paso más en la consecución del objetivo de mejora de la coordinación entre profesionales de los CAIT y los centros de salud, así como la continuidad asistencial entre los equipos de Pediatría de Atención Primaria y de la red hospitalaria, espacios donde aún existen importantes carencias que no hacen efectivo el proceso de AIT.

IV.2.2.2. Centros de Atención Infantil Temprana

Tras muchos años sin un marco legal que definiese, organizara, estructurara y certificara lo que la Consejería de Salud entendía como Centro de Atención Infantil Temprana (CAIT), no es hasta la publicación del Decreto 85/2016 cuando por fin se concreta el marco legal y por tanto, se otorga el valor que estos centros y los profesionales que en ellos trabajan suponen para la AIT en la comunidad autónoma de Andalucía.

El artículo 17, del citado Decreto, “Centros de Atención Infantil Temprana”, los define como:

> *"Unidades asistenciales especializadas, con infraestructura adecuada y personal multidisciplinar, para prestar, en estrecha coordinación con el resto de recursos sanitarios, sociales y educativos, una mejor atención integral al menor, su familia y su entorno."*

Un periodo de diez años (2006-2016), sin la existencia de un marco regulador claro, sin un modelo de financiación específico, con presupuestos variables,…, no ha estado exento de importantes conflictos entre federaciones, asociaciones y profesionales con la Administración, por lo que entendemos que el Decreto 85/2016 ha supuesto un gran avance en este sentido. Actualmente, se contempla que los CAIT podrán tener titularidad pública o privada, con o sin ánimo de lucro, debiendo estar autorizados e inscritos, de acuerdo con lo previsto en la normativa vigente en materia de centros, servicios y establecimientos sanitarios. Aunque la apuesta de la Consejería de Salud era que los CAIT tuvieran un carácter generalista, el Decreto85/2016 contempla que, con carácter excepcional, podrán existir CAIT específicos para intervenir sobre trastornos de desarrollo concretos en determinadas situaciones, tal y como reclamaban los movimientos asociativos en el ámbito del trastornos del espectro autista.

Pocos meses más tarde, mediante la publicación, por parte de la Consejería de Salud, de la Orden de 13 de diciembre de 2016, se establecen las condiciones materiales y funcionales de los Centros de Atención Infantil Temprana para su autorización. De este modo, se consideran CAIT, de conformidad con lo dispuesto en el epígrafe C.2.5.90.3 del Anexo I del Decreto 69/2008, de 26 de febrero, por el que se establecen los procedimientos de las autorizaciones sanitarias y se crea el Registro Andaluz de Centros, Servicios y Establecimientos Sanitarios, y el artículo 17 del Decreto 85/2016, de 26 de abril, por el que se regula la intervención integral de la Atención Infantil Temprana en Andalucía, las unidades asistenciales especializadas, de titularidad pública o privada, con o sin ánimo de lucro, con infraestructura adecuada y personal multidisciplinar, para prestar, en estrecha coordinación con el resto de recursos sanitarios, sociales y educativos, una mejor atención integral temprana al menor, su familia y entorno.

Así mismo, los CAIT han de estar sujetos al régimen jurídico establecido con carácter general para la obtención de las autorizaciones sanitarias de instalación, funcionamiento, modificación y cierre, reguladas en el Decreto 69/2008, de 26 de febrero, lo cual ha de acreditarse ante el órgano competente para otorgar dicha autorización, que los mismos reúnen los requisitos exigidos en la presente Orden.

La Agencia de Calidad Sanitaria de Andalucía ha definido e implantado un Modelo Andaluz de Certificación, que incluye el Manual de Estándares de los Centros de Atención Infantil Temprana (ME 12 1_02) (2012), con el objetivo de marcar un camino de avance y mejora integral, homogéneo y definido para los Centros de Atención Infantil Temprana, así como establecer las prioridades en calidad para la Atención Temprana. Este Manual se plantea como una metodología de trabajo para estos centros destinada a favorecer e impulsar los procesos de mejora continua.

La variabilidad en los puntos de partida y características de cada uno de los CAIT, especialmente en las iniciales etapas de la organización, hace que los estándares de calidad del citado Manual puedan ser vistos como una guía para la elaboración de un Programa de Calidad propio del Centro de Atención Infantil Temprana, marcando retos objetivos y claros.

Una vez analizado el nuevo marco regulador de los CAIT, el modelo de intervención establecido con carácter general para los éstos y que es muy similar al que venían desarrollando desde el año 2006, es definido en el Decreto 85/2016 en las siguientes fases o momentos:

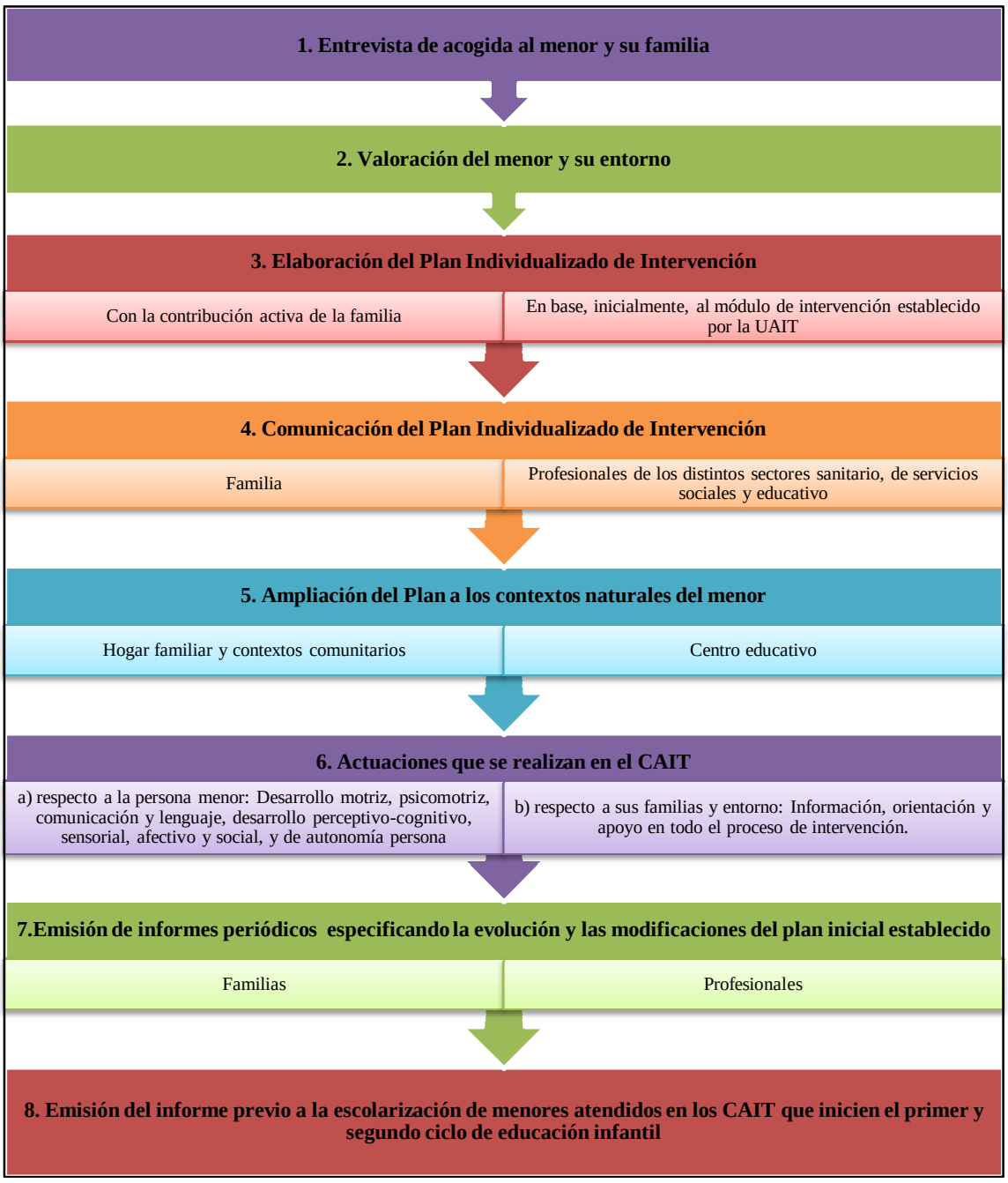


Figura 32. Fases en la intervención del CAIT (Decreto 85/2016)

Por otro lado, en cuanto al procedimiento para el acceso al CAIT, se mantiene, con alguna novedad, el modelo definido en el Proceso Asistencial de 2006, donde se establecía que este procedimiento se iniciará siempre a través de los pediatras de Atención Primaria, ante la detección de trastornos del desarrollo o señales de alerta de riesgo de padecerlo por cualquier ámbito.

Una vez confirmada la detección de trastornos del desarrollo o riesgo de padecerlo, el pediatra de atención primaria realizará la derivación, no directamente al CAIT de su zona como hasta ahora, sino a las Unidades de Atención Infantil Temprana que territorialmente le corresponda. Esta UAIT, tras valoración y decisión de idoneidad de la necesidad de intervención remitirán el caso al CAIT de referencia. En el proceso de derivación se priorizará la cercanía al domicilio, no obstante, y con carácter excepcional, previo informe de los profesionales en salud de los EPAT, se tendrá en cuenta, la especialización del CAIT para determinados trastornos del desarrollo.

Cuando se produzca alguna discrepancia con la decisión de las UAIT sobre la idoneidad de la necesidad de la atención infantil temprana en un CAIT, o con la intervención del equipo de profesionales de los CAIT, por parte de la familia, se podrá solicitar una segunda valoración.

Como ya se ha adelantado antes, Andalucía cuenta en la actualidad con 163 CAIT, donde trabajan 800 profesionales, que atienden a casi 20.000 menores por año y cuya tendencia es alza, como tendremos ocasión de comprobar en el Capítulo VI. Se trata sin duda, de una importante red asistencial que deberá estar sujeta a una evolución proporcional al aumento de usuarios que se prevé pueda aumentar en los próximos años.

IV.2.2.3. Equipos Provinciales de Atención Infantil Temprana

La atención infantil temprana precisa acciones coordinadas a través de un modelo integral que agrupe las intervenciones realizadas desde los diferentes sectores, educativo, sanitario y social, que aseguren la prevención, la detección precoz, el diagnóstico y el tratamiento de las personas menores de seis años de la comunidad autónoma de Andalucía que presenten trastornos en el desarrollo o riesgo de padecerlos, así como la intervención sobre su familia y entorno. Este enfoque sobre la AIT, que ya hemos mencionado en diferentes momentos del marco teórico, nos acompañará durante todo el desarrollo de esta investigación, porque supone, a mi juicio, la base sobre la que se sustenta el éxito o el fracaso del modelo actual de AIT.

Los principios de coordinación multidisciplinar e interadministrativa se enmarcan en la primera estructura, el equipo provincial de atención infantil temprana (EPAT), que las Consejerías con competencias en materia de AIT se comprometen a crear en cada una de las provincias andaluzas, en el año 2006. La creación de estos equipos fue muy desigual en cada

una de las provincias, siendo las consultoras de atención temprana, dependientes de cada Delegación Territorial de la Consejería de Salud, las primeras profesionales que se incorporan y progresivamente los profesionales de las Delegaciones de Educación y de las Delegaciones de Igualdad y Políticas Sociales lo fueron haciendo con posterioridad, en algunos casos, años después. Esta circunstancia, tendremos la ocasión de corroborarla cuando realicemos el análisis de las entrevistas que hemos realizado a las consultoras de AIT y a los orientadores y orientadoras especialistas en AIT.

Desde mi propia experiencia como orientador especialista en atención temprana de la Delegación Territorial de Huelva y por tanto, componente del EPAT de esta provincia, puedo afirmar que, a pesar de los distintos encuentros y jornadas de trabajo que se organizan por parte de los responsables de las tres Consejerías implicadas en el proceso de AIT, en las que el principal objetivo era establecer criterios de actuación consensuados y unificados en todas las provincias, de modo que no existieran grandes diferencias en la puesta en marcha de los procedimientos de coordinación, detección, derivación e intervención, lo cierto es que cada provincia generó un modelo de trabajo, muy condicionado por los propios componentes del cada EPAT e incluso, por los criterios con los que cada Delegación entendía que debían realizarse estas actuaciones. La ausencia de un marco normativo durante una década, en la que los propios EPAT no contaban con un respaldo legal como miembros de dicho equipo, ni una definición de las funciones a desarrollar como tal, es una realidad que, requiere ahora, se reconduzcan determinadas prácticas a luz de lo establecido en el reciente desarrollo normativo sobre AIT.

Así, el Decreto 85/2016, establece en su artículo 19 "Equipos Provinciales de Atención Infantil Temprana", que estarán integrados por tres profesionales designados por las personas titulares de las Delegaciones Territoriales de las Consejerías competentes en materia de salud, educación y servicios sociales que llevan a cabo la coordinación eficaz de la AIT en la provincia, garantizando la aplicación uniforme y homogénea de la misma, en todo el territorio de la comunidad autónoma de Andalucía.

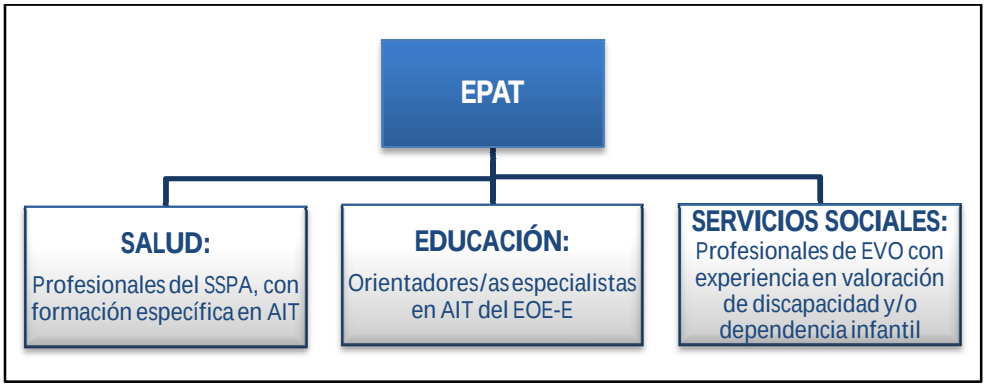


Figura 33. Composición del EPAT (Decreto 85/2016)

Además, una de las reivindicaciones históricas de los EPAT, en uno de los cuales tuve la suerte de pertenecer, era la necesidad de poder disponer de una definición clara respecto a las funciones que nos competía desarrollar. Finalmente, estas funciones han sido establecidas en el citado Decreto en el artículo 19. 5:

a) Asegurar la coordinación, colaboración y continuidad en la intervención entre los diferentes servicios que prestan atención al menor con alteraciones de desarrollo.

b) Promover y participar en el diseño, puesta en práctica y seguimiento de protocolos conjuntos de actuación y circuitos de comunicación-derivación entre las diversas Consejerías que participan en la prevención, detección y desarrollo de programas de atención infantil temprana.

c) Conocer las funciones de cada uno de los integrantes así como de los recursos de cada Consejería y los circuitos internos en relación con AIT.

d) Establecer mecanismos de resolución de situaciones en las que puedan existir diferencias de criterio en relación a alguno de los puntos de intervención temprana, pudiendo excepcionalmente llevar a cabo la interlocución con las familias en las situaciones específicas de atención compartida.

e) Colaborar en la difusión de formularios destinados a favorecer la detección precoz de situaciones de riesgo y facilitar información a los distintos sectores interesados.

f) Participar en el diseño de programas de prevención de trastornos en el desarrollo y de estimulación y refuerzo dirigido a los niños y niñas en riesgo de padecer algún tipo de trastorno en su desarrollo.

g) Promover y participar en el diseño de instrumentos para evaluar de forma periódica los planes o programas de intervención en AIT que son implementados a nivel provincial.

h) Asesorar y participar en la elaboración de propuestas de temáticas o acciones formativas que se incluyan dentro de los programas de formación dirigidos a los profesionales que prestan sus servicios en los diferentes ámbitos de actuación de AIT (sanitario, educativo y social).

i) Promover actuaciones coordinadas con otras entidades especializadas en los distintos tipos de alteraciones de desarrollo de los niños y niñas.

j) Comprobar que se realice el seguimiento del cumplimiento de los estándares de calidad que acreditan a centros y profesionales, en base al Manual de Estándares de los Centros de Atención Infantil Temprana publicado por la Agencia de Calidad Sanitaria de Andalucía.

Desde un primer momento, avalado por textos internacionales y nacionales, adquirió una especial importancia la relación de coordinación entre las Delegaciones Territoriales de Salud, Educación e Igualdad y Políticas Sociales, por el mero hecho de evitar solapamientos o duplicidad en las actuaciones que se desarrollan con los menores de 6 años con trastornos en el desarrollo o en riesgo de padecerlo que son atendidos desde las tres administraciones. Del mismo modo, es básico aunar criterios de actuación que definan programas de trabajo coordinados entre los profesionales de diferentes ámbitos y así, se ofrezcan pautas y

orientaciones, unificadas y consensuadas previamente a las familias. De aquí la necesidad de contar con una estructura de coordinación a nivel provincial como los EPAT.

Estos equipos son los encargados, en cada provincia, de promover el nuevo modelo de AIT superando el concepto de intervención puntual de cada sector y conseguir mejorar nuestra capacidad para realizar un enfoque multidisciplinar donde el menor y la familia sean el centro de la atención. Este proceso debería llevar de forma progresiva a iniciar actuaciones multisectoriales, siendo básico el correcto feedback de la información para que las relaciones entre niveles se mantengan una vez iniciadas (Pons, A. 2013).

Las familias buscan en los diferentes equipos de profesionales una respuesta única, sin discordancias, sus procesos no tiene parcelas que son atendidas en diferentes centros según el momento, sino que debe apreciarse que todos los niveles de atención tratan su proceso de forma global. Este concepto define la continuidad de la atención. Por ello, los equipos interdisciplinares deben trabajar decididamente para que la continuidad de la atención sea una realidad. Esto implica, según Pons (2013), la necesidad de plantear una serie de líneas de trabajo:

- → Reforzar la figura y funciones del responsable de la coordinación entre niveles.
- → Potenciar la elaboración y/o revisión de protocolos conjuntos.
- → Establecer actividades comunes entre profesionales de distintos niveles.
- → Potenciar comisiones conjuntas de control de calidad.
- → Confeccionar una guía de recursos.
- → Facilitar la circulación de datos entre todos los niveles.

El objetivo final de la AIT es mejorar la calidad de vida del menor y su familia. Para poder llegar a esta situación debemos dar a la familia y al niño el protagonismo de la relación, convirtiéndonos los profesionales no solo en receptores de información, sino sobre todo en emisores de la misma, esperando que con ella la familia pueda tomar una decisión. Esta actuación conlleva un pacto profesional-familia para que esta asuma y participe en las respuestas a los problemas.

Todos los equipos profesionales de AIT, se ubiquen en el sector o nivel que se ubiquen, deben poseer toda la información necesaria sobre la intervención realizada y los recursos con los que cuentan los diferentes ámbitos, atención primaria, centros hospitalarios, equipos de salud mental, CAIT, ámbito educativo, servicios sociales, etc.

Muchas de las líneas de trabajo que Pons citaba en 2013, hoy son posibles gracias, entre otros avances, a la mejora de los protocolos de coordinación interadministrativa, al importante desarrollo normativo de los últimos años, al aumento presupuestario para AIT y a la creación del Sistema de Información de Atención Temprana, Alborada, cuyo objetivo es establecer

mecanismos ágiles de relación entre CAIT y Servicios Sanitarios y Educativos para asegurar la continuidad de la atención entre diferentes niveles y sectores.

IV.2.3. SISTEMA DE INFORMACIÓN ALBORADA

Como venimos planteando en los apartados anteriores, en Andalucía se han producido, en los últimos años, importantes avances en el campo de la AIT, tanto en la coordinación institucional de los equipos, como en la cobertura de servicios, así como en el desarrollo de instrumentos al servicio de los mismos. Entre estos avances cabe destacar la implantación de los Procesos Asistenciales Integrados (PAIs) de Atención Temprana, así como el desarrollo del sistema de información de atención infantil temprana "*Alborada"*.

Actualmente, la Consejería de Salud de la Junta de Andalucía, cuenta con el sistema de información de atención infantil temprana "*Alborada"*, que es regulado por primera vez en el Decreto 85/2016 (arts. 30, 31, 32 y 33), aunque su implantación y puesta en funcionamiento, tras el correspondiente periodo de prueba, fue en entre los años 2012-2013. Este Sistema de Información tiene la finalidad de ser una herramienta que favorezca la coordinación y continuidad de la AIT, poniendo en contacto a todos los actores relacionados con la intervención sobre menores con trastornos del desarrollo o riesgo de padecerlos y sus familias. En este sentido, se formulan sus finalidades:

1. Asegurar la coordinación entre diferentes profesionales de los ámbitos de salud, educativo y servicios sociales, en el ámbito de la Atención Infantil emprana, permitiendo el acceso a todos los profesionales implicados de los diferentes sectores, garantizando la comunicación y trasvase de información entre los profesionales del ámbito educativo, sanitarios y los profesionales de la atención temprana.
2. Disponer de información sobre los servicios prestados por los CAIT.
3. Disponer de información que permita analizar el perfil de población que precisa Atención Infantil Temprana en Andalucía, para introducir mejoras en la prestación de la intervención.

Además, "*Alborada"* cuenta con un potente módulo de explotación de datos que permite obtener amplia información sobre las características epidemiológicas y de gestión de la AIT en nuestra comunidad, tales como:

- La prevalencia real de los trastornos en el desarrollo en Andalucía.
- Las diferentes causas de los trastornos en el desarrollo en la población infantil de Andalucía.
- El tipo de trastornos en el desarrollo en base a la ODAT.
- Los recursos de intervención temprana existentes, tanto públicos como privados, de Andalucía.

- Las demoras existentes en la atención.
- El tipo de tratamiento recibido.
- Establecer mecanismos ágiles (on line) de relación entre CAIT, servicios sanitarios, servicios educativos y sociales.

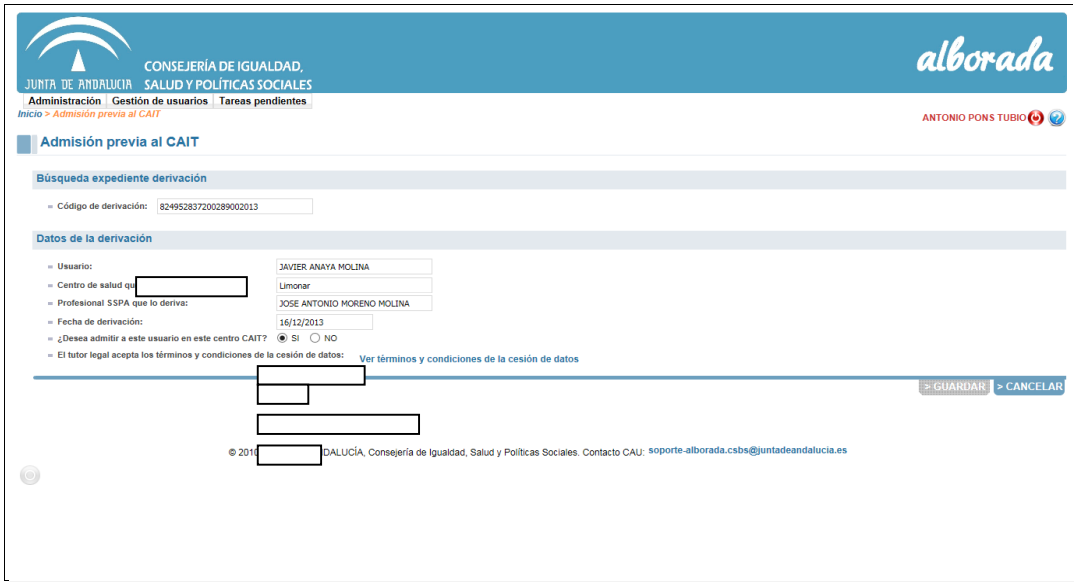
El sistema de información *"Alborada"* permite seguir la historia activa de los menores incluidos en AIT por los diferentes actores que participan en la intervención, desde la detección y derivación a las UAIT y posteriormente a los CAIT hasta el alta de los mismos.

El acceso inicial a *"Alborada"* por parte de los profesionales de pediatría de atención primaria, como profesionales clave en la identificación y derivación de los menores a AIT, se realiza a través de un módulo específico integrado en la Historia de Salud Digital *"Diraya"*.

El expediente de AIT es iniciado por el pediatra de de atención primaria, desde la historia de salud digital tras incluir al menor en el proceso de AIT. Esta inclusión puede ser automática si el profesional codifica un diagnóstico CIE compatible con un diagnóstico de AIT existente en la ODAT. Para ello se ha elaborado una tabla de equivalencias entre ambas clasificaciones. Los menores por tanto, serán dados de alta en el Sistema de Información por estos y estas profesionales de los equipos de pediatría de atención primaria del Sistema Sanitario Público de Andalucía, constituyendo, este módulo, la entrada funcional en el sistema desde donde parte la derivación a las UAIT.

Una vez creado el expediente, se realiza la derivación directa a la UAIT que le corresponda según el ámbito geográfico o, dependiendo de la edad, a la Delegación Territorial de Salud, donde la consultora de AIT junto al orientador u orientadora especialista en AIT de la

Delegación Territorial de Educación como miembros del Equipo Provincial de Atención Temprana (EPAT), valorarán los recursos con los que cuenta el menor en el ámbito educativo y en base a ello tomarán la decisión de derivar o no al menor a un Centro de Atención Infantil Temprana.

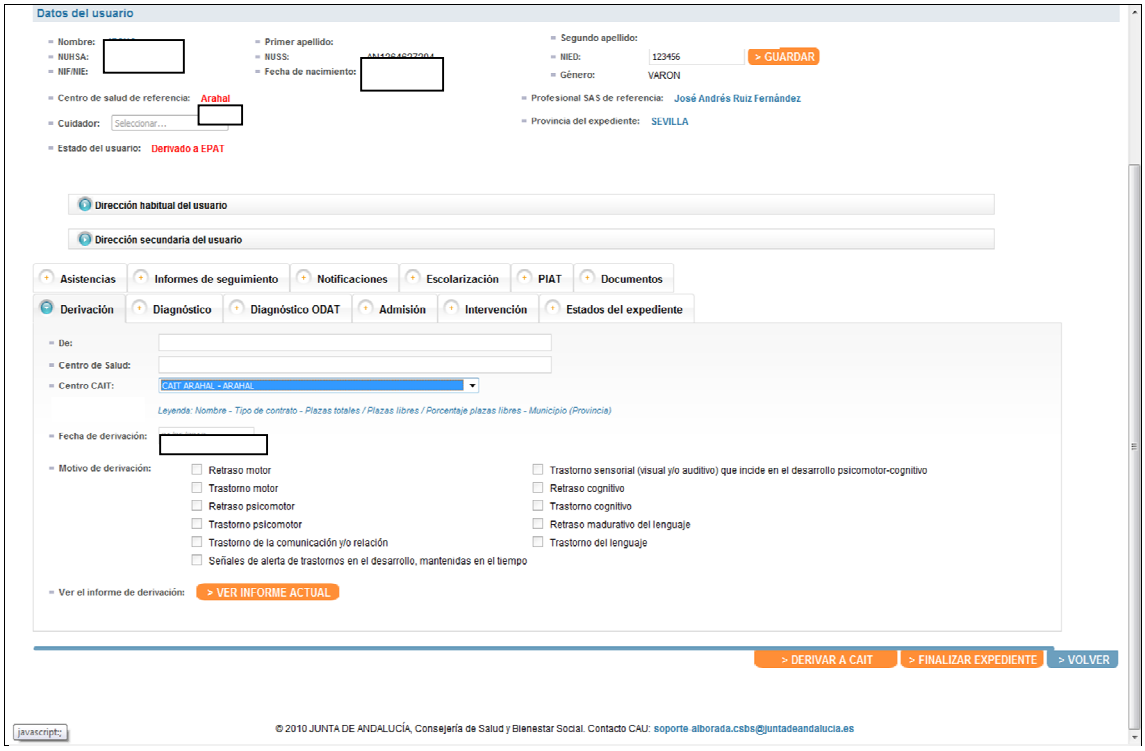


A este Sistema de Información se han incorporado los datos relativos a:

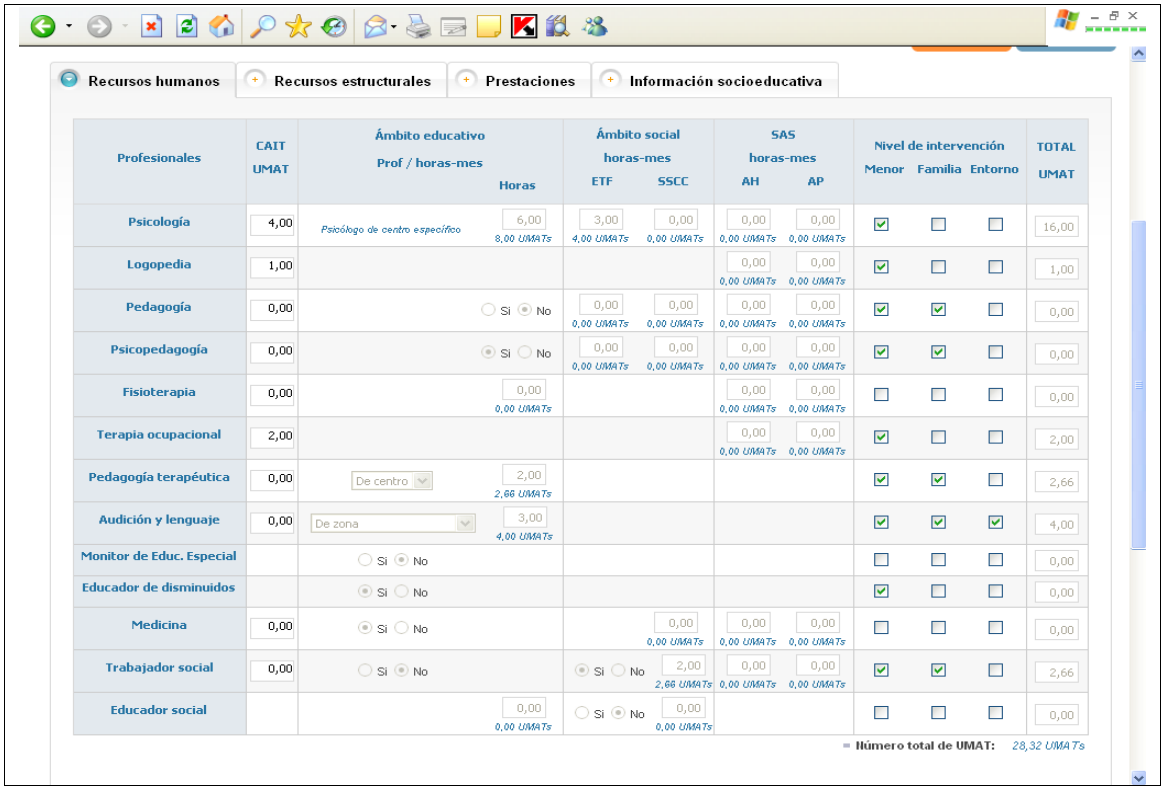
a) Los datos referentes a los equipos de profesionales del ámbito sanitario responsables de la derivación y seguimiento de la intervención.
b) Todos los CAIT que pertenezcan al Sistema Sanitario Público de Andalucía y los del sector privado que reciban financiación pública.
c) Los menores de seis años derivados a los CAIT así como sus madres, padres, tutores o representantes legales.
d) Los profesionales de los EPAT.
e) Los equipos de profesionales de orientación educativa.
f) Los equipos de profesionales de los centros de valoración y orientación, dependientes de la Consejería competente en materia de servicios sociales.
g) Los profesionales de las Unidades de Atención Infantil Temprana.

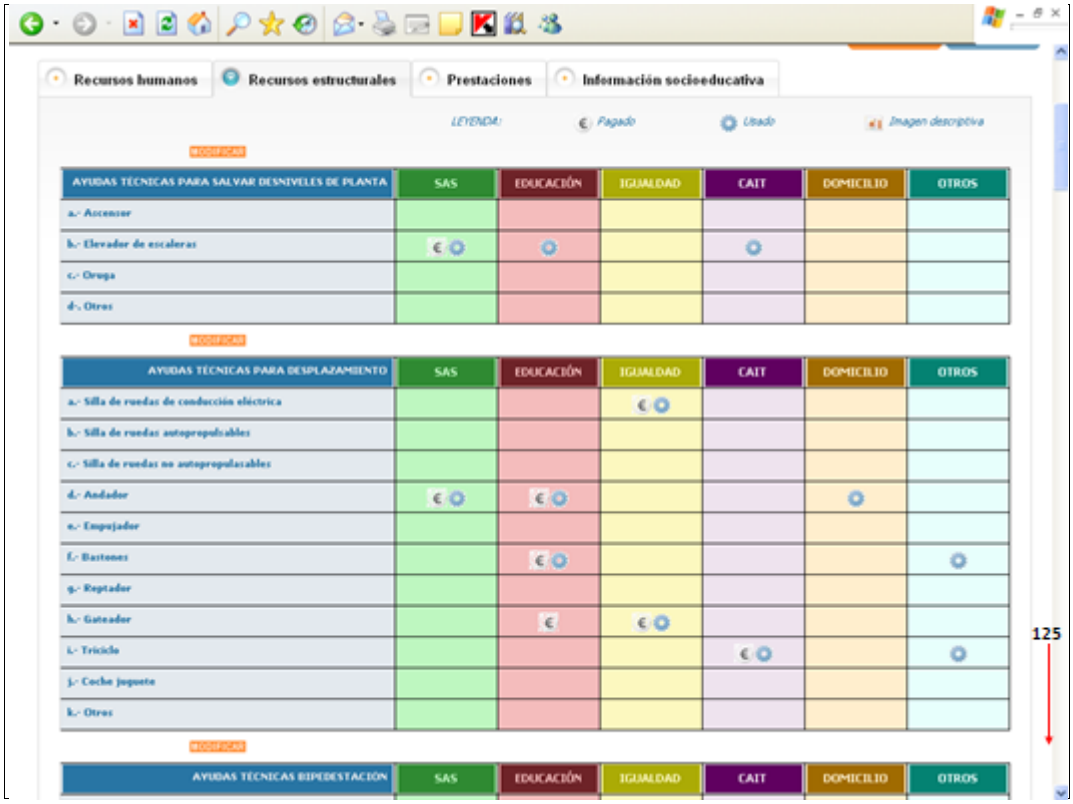
Los datos relativos a la gestión e intervenciones realizadas son incorporados por profesionales del Sistema Sanitario Público de Andalucía, CAIT, orientadores educativos y Delegaciones Territoriales de las Consejerías competentes en materia de salud, educación y servicios sociales, bajo la supervisión del órgano competente en materia de salud pública.

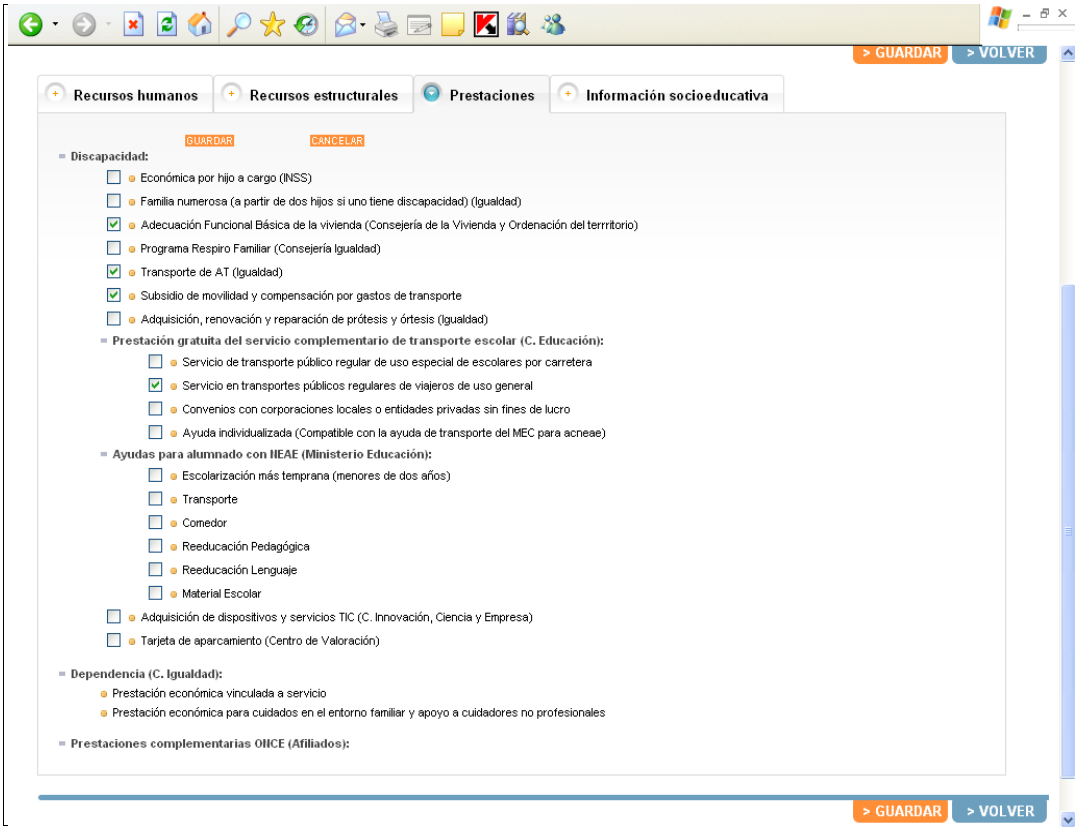
Los profesionales de AT acceden al sistema y realizan las intervenciones específicas de su actividad. Entrevista de acogida, valoración, hipótesis diagnóstica, plan de intervención, asistencias y alta si procede.

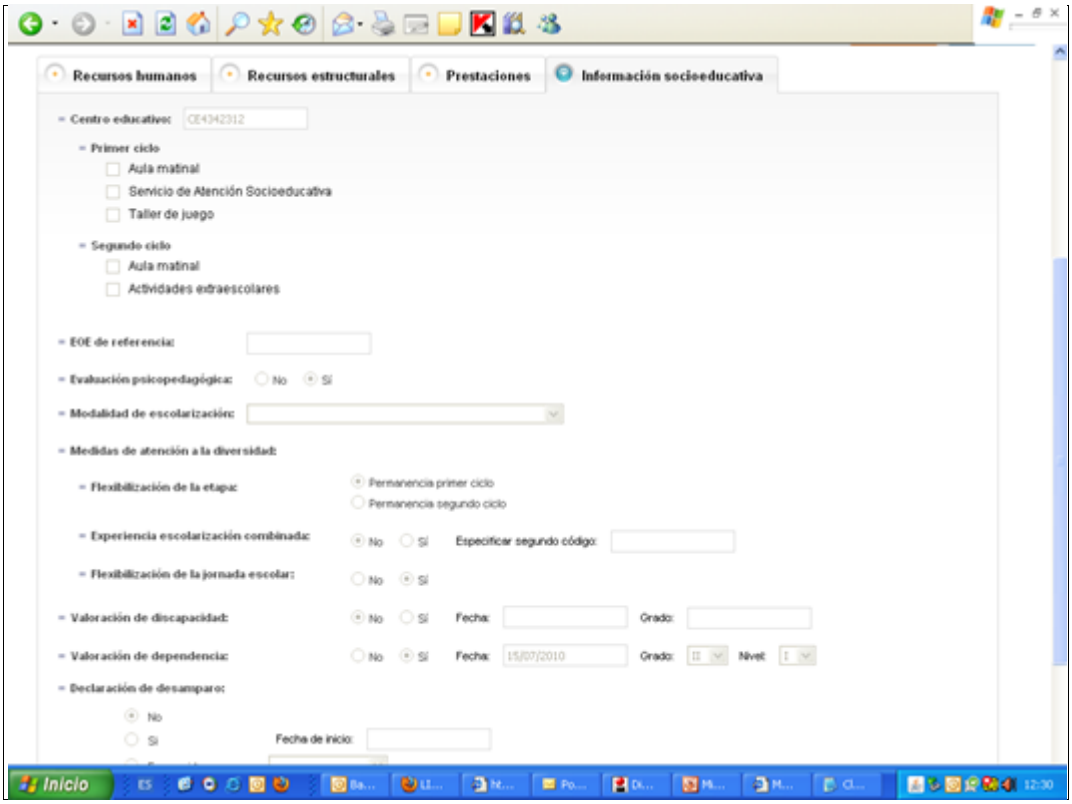


El EPAT completa la información sobre los recursos humanos, estructurales, prestaciones y situación socioeducativa de los menores incluidos en Alborada.




Recursos humanos
Recursos estructurales
Prestaciones
Información socioeducativa
LEYENDA:
Pagado
Usado
Imagen descriptiva
MODIFICAR
AYUDAS TÉCNICAS PARA SALVAR DESNIVELES DE PLANTA
SAS
EDUCACIÓN
IGUALDAD
CAIT
DOMICILIO
OTROS
a.- Ascensor
b.- Elevador de escaleras
c.- Oruga
d.- Otros
MODIFICAR
AYUDAS TÉCNICAS PARA DESPLAZAMIENTO
SAS
EDUCACIÓN
IGUALDAD
CAIT
DOMICILIO
OTROS
a.- Silla de ruedas de conducción eléctrica
b.- Silla de ruedas autopropulsables
c.- Silla de ruedas no autopropulsables
d.- Andador
e.- Empujador
f.- Bastones
g.- Reptador
h.- Gateador
i.- Triciclo
j.- Coche juguete
k.- Otros
MODIFICAR
AYUDAS TÉCNICAS BIPEDESTACIÓN
SAS
EDUCACIÓN
IGUALDAD
CAIT
DOMICILIO
OTROS
125


> GUARDAR
> VOLVER
Recursos humanos
Recursos estructurales
Prestaciones
Información socioeducativa
GUARDAR
CANCELAR
Discapacidad:
Económica por hijo a cargo (INSS)
Familia numerosa (a partir de dos hijos si uno tiene discapacidad) (Igualdad)
Adecuación Funcional Básica de la vivienda (Consejería de la Vivienda y Ordenación del territorio)
Programa Respiro Familiar (Consejería Igualdad)
Transporte de AT (Igualdad)
Subsidio de movilidad y compensación por gastos de transporte
Adquisición, renovación y reparación de prótesis y órtesis (Igualdad)
Prestación gratuita del servicio complementario de transporte escolar (C. Educación):
Servicio de transporte público regular de uso especial de escolares por carretera
Servicio en transportes públicos regulares de viajeros de uso general
Convenios con corporaciones locales o entidades privadas sin fines de lucro
Ayuda individualizada (Compatible con la ayuda de transporte del MEC para acneae)
Ayudas para alumnado con NEAE (Ministerio Educación):
Escolarización más temprana (menores de dos años)
Transporte
Comedor
Reeducación Pedagógica
Reeducación Lenguaje
Material Escolar
Adquisición de dispositivos y servicios TIC (C. Innovación, Ciencia y Empresa)
Tarjeta de aparcamiento (Centro de Valoración)
Dependencia (C. Igualdad):
Prestación económica vinculada a servicio
Prestación económica para cuidados en el entorno familiar y apoyo a cuidadores no profesionales
Prestaciones complementarias ONCE (Afiliados):
> GUARDAR
> VOLVER



Una de las mejoras a realizar en este Sistema, que ha supuesto un gran avance para el proceso de AIT en Andalucía, es proporcionar acceso a los profesionales de la orientación de la Consejería de Educación, de modo que cuando se detecte por parte del ámbito educativo, señales de alerta de trastornos en el desarrollo en menores escolarizados en segundo ciclo de infantil, el tutor se pondrá en contacto con el profesional del equipo de orientación educativa de zona, quien iniciará su correspondiente evaluación, podrá agilizar dentro del sistema de información, las actividades encaminadas para su derivación al EPAT, para que se valore la idoneidad de que pueda ser derivado a un CAIT.

El sistema es visible, en su totalidad, para todos los actores intervinientes e incluye alertas que saltan cuando se rompe cualquier eslabón de la cadena de coordinación para que las Delegaciones Territoriales de Salud puedan ponerse en contacto con la familia y reconducir la intervención.

Nos encontramos por tanto, ante una herramienta de gran potencial que agiliza, facilita y permite una coordinación en tiempo real, así como disponer de toda la información existente sobre cada caso, siguiendo las recomendaciones técnicas para el desarrollo de la AIT elaboradas por el GAT y editadas por el Real Patronato de Discapacidad, donde se especificaba que *"la eficacia de la Atención Temprana podría multiplicarse avanzando en la implantación e informatización de procedimientos formalizados, bases de datos y sistemas homologados de codificación diagnóstica como la ODAT, siempre respetando la Ley de Protección de Datos"*.

IV.3. COORDINACIÓN INTERADMINISTRATIVA EN LA ATENCIÓN INFANTIL TEMPRANA

Una atención infantil temprana de calidad debe proporcionarse desde una concepción global de la intervención proporcionando a los niños y niñas con trastornos en el desarrollo o en riesgo de padecerlos y sus familias, desde los momentos iniciales a la detección del riesgo, disfunción o trastorno, una atención integral y desde contextos y servicios cercanos a donde vive el niño y su familia.

El concepto de interdisciplinariedad va más allá de la suma paralela de distintas disciplinas. Según la Agencia Europea para el Desarrollo de la Educación del Alumnado con Necesidades Educativas Especiales (2010), a pesar de la distinta formación correspondiente a sus disciplinas, los equipos/profesionales de AIT deberían trabajar de forma interdisciplinaria antes y mientras que realizan las tareas acordadas. Necesitan compartir principios, objetivos y estrategias de trabajo. Deben integrarse y coordinarse los diferentes enfoques, reforzando el comprensivo y holístico, más que uno compartimentado. Para ello, la Agencia Europea realiza las siguientes recomendaciones:

"Debe ponerse especial atención sobre los siguientes temas:

a) Es necesario que se comparta la información para que los miembros de los distintos equipos se complementen, según con sus competencias y destrezas individuales.
b) Las decisiones deberían tomarse por los equipos/profesionales después de discusiones y acuerdos.
c) Debería nombrarse una persona de cada equipo para coordinar todas las acciones necesarias, asegurar la relación permanente con la familia y evitar contactos unilaterales numerosos e innecesarios entre los servicios y la familia. Esta persona de contacto debería ser la persona de referencia para la familia y el equipo profesional, que debería nombrarse teniendo en cuenta las destrezas necesarias para cada situación específica,
d) Los profesionales de las distintas disciplinas necesitan saber cómo trabajar juntos. Deberían organizarse cursos de formación para que los profesionales compartan conocimientos comunes básicos relacionados con el desarrollo evolutivo del niño, conocimiento especializado relacionado con los métodos de trabajo, evaluación, etc., y competencias personales sobre cómo trabajar con las familias, en un equipo, con otros servicios y sobre cómo desarrollar sus habilidades personales." (European Agency for Development in Special Needs Education, 2005)

Como ya se ha comentado, la comunidad autónoma de Andalucía, haciéndose eco de las diferentes iniciativas y recomendaciones a nivel europeo impulsó la puesta en marcha de las citadas recomendaciones. En este sentido, desde la publicación y puesta en marcha del *Proceso*

Asistencial Integrado de Atención Temprana (2006), la Consejería de Salud y la Consejería de Educación asumen la necesidad de realizar un abordaje eficaz de la atención temprana y por tanto, también el firme propósito de trabajar desde un enfoque integral, permitiendo que se ofrezca una respuesta intersectorial, interdisiciplinar y multiprofesional, inserta en un modelo de intervención uniforme, centrado en el niño y la niña, la familia y el entorno.

Entre los años 2006 y 2016, se construye el andamiaje sobre el que posteriormente se sustenta, el *Decreto 85/2016, de 26 de abril, por el que se regula la intervención integral de la Atención Infantil Temprana en Andalucía* Este Decreto establece la necesidad de desarrollar acciones coordinadas a través de un modelo integral que agrupe las intervenciones realizadas desde los diferentes sectores educativo, sanitario y social, que aseguren la prevención, la detección precoz, el diagnóstico y el tratamiento de las personas menores de 6 años en la comunidad autónoma de Andalucía que presenten trastornos en el desarrollo o riesgo de padecerlos, así como la intervención sobre su familia y entorno. El desarrollo de estas acciones coordinadas tienen como referente las establecidas en el Anexo I del citado Decreto correspondientes al *Protocolo de 30 de marzo de 2015 de coordinación entre las Consejerías competentes en materia de educación y de salud para el desarrollo de la atención temprana*.

Este Protocolo, es incorporado al Decreto de forma provisional, hasta que se desarrolle el Protocolo de coordinación a que se hace referencia en su artículo 16.1. En el curso 2016/2017 se mantiene el funcionamiento de las estructuras y canales de coordinación establecidos en el Protocolo de coordinación de atención infantil temprana, mientras que las Consejerías competentes en materia de salud, educación y políticas sociales, una vez constituida la Comisión Técnica de Atención Infantil Temprana, se encargarán de estipular el contenido y las obligaciones del mismo, en el que habrá que garantizar el objetivo común inicial: conseguir la detección e intervención temprana con el alumnado que presenta trastornos en su desarrollo. Por otro lado, la prevista interacción de los dos sistemas de información, Alborada y Séneca, está prevista que se desarrolle en el curso 2017/2018. De este modo, se compartirá información profesional que permitirá la agilización de muchos e importantes actuaciones de coordinación entre los profesionales de ambos contextos. Finalmente, el Decreto establece el principio de complementariedad de las actuaciones que, desde el sistema de salud y el sistema educativo, se desarrollen para lograr la mayor y mejor atención posible al alumnado con trastornos en su desarrollo.

El citado protocolo tiene como objetivo establecer los cauces de coordinación entre las y los profesionales dependientes de la Consejería de Salud (consultor o consultora) y los profesionales dependientes de la Consejería de Educación (orientador u orientadora especialista en atención temprana) que componen el equipo provincial de atención temprana (EPAT), así como, de aquellos profesionales que tienen una participación directa en el proceso de detección e intervención educativa y terapéutica con el alumnado con trastornos en el desarrollo o riesgo de padecerlo. Al mismo tiempo, establece mecanismos de colaboración desde un principio de

complementariedad de las actuaciones, con la finalidad de facilitar a los menores la mejor atención posible contando con los recursos disponibles en ambas Consejerías.

Las líneas generales que establece el citado protocolo de coordinación entre las Consejerías de Educación y de Salud para el desarrollo de la atención infantil temprana, pueden resumirse del siguiente modo:

Información a los centros que imparten el primer ciclo de educación Infantil sobre las pautas de actuación para favorecer la atención temprana del alumnado.

Al inicio de cada curso escolar, y siempre con anterioridad a la finalización del mes de octubre, el orientador especialista en atención temprana como miembro del equipo provincial de atención temprana (EPAT) convocará, a través del Jefe/a de Servicio de Ordenación Educativa de la Delegación Territorial de Educación, previamente informados el Coordinador/a del ETPOEP y el Coordinador/a del Área de necesidades educativas especiales, al menos, una reunión informativa con los Directores/as de los centros que imparten el primer ciclo de la Etapa de Educación Infantil de sus respectivas provincias.

Ámbitos y momentos de detección de posibles trastornos en el desarrollo o del riesgo de padecerlos.

La detección de los trastornos en el desarrollo o del riesgo de padecerlos en las y los menores puede producirse en cualquier momento de su ciclo vital. No obstante, identificar lo antes posible cualquier signo de alerta o factor de riesgo en el menor, nos permitirá poder ofrecer una respuesta más temprana. En este sentido, es necesario delimitar los ámbitos y momentos en los que la función de detección cobra especial relevancia. Pueden identificarse cuatro situaciones diferentes de detección, las cuales conllevarán procedimientos diferenciados de coordinación y actuación.

1. Con carácter general se establecen los siguientes ámbitos y momentos de detección:
    a) Detección en el ámbito educativo en el primer ciclo de Educación Infantil.
    b) Detección en el ámbito sanitario con anterioridad a los 4 años de edad.
    c) Detección en el ámbito educativo en el segundo ciclo de Educación Infantil.
    d) Detección en el ámbito sanitario entre los 4 y los 6 años de edad.

Criterios para la derivación del alumnado a un CAIT cuando la detección se lleve a cabo en el segundo ciclo de educación Infantil.

Con carácter general, cuando el alumno o alumna detectado en el segundo ciclo de educación Infantil presente necesidades educativas especiales conforme a lo que se establece en la circular de 10 de septiembre de 2012 de la Dirección General de Participación y equidad por la que se establecen criterios y orientaciones para el registro y actualización de datos en el censo del alumnado con necesidades específicas de apoyo educativo en el Sistema de Información «Séneca» (discapacidad o trastornos graves del desarrollo) la consejería de educación será la encargada de proporcionar la atención que el alumno o la alumna requiere, haciendo uso, para ello, de los perfiles profesionales existentes en los centros educativos.

No obstante, para el alumnado con diagnósticos incluidos en el Anexo II, se podrá establecer un plan de atención coordinado por el EPAT (se presenta a continuación).

Pautas para la coordinación entre equipos profesionales de ambas Consejerías.

El modelo de intervención integral que requiere la atención infantil temprana, aunando las actuaciones de los profesionales de la Consejería de Igualdad, Salud y Políticas Sociales y la Consejería de Educación, Cultura y Deporte, exige el establecimiento de cauces de comunicación y coordinación fluidos y constantes a nivel provincial y, para ello, el EPAT deberá elaborar con carácter anual un Plan de Actuación conjunto, donde se establecerá un calendario anual de reuniones de coordinación consensuado entre sus miembros. Se configura, por tanto, como la pieza clave que posibilitará y promoverá la imprescindible coordinación entre los distintos profesionales que intervienen en el proceso de atención temprana.

1. En todo el proceso descrito adquiere una especial importancia la coordinación entre las y los profesionales de los EOE y de los CAIT, no sólo enfocada al proceso de escolarización, sino también para evitar solapamientos o duplicidad en las actuaciones que se desarrollan con el alumnado de nueva escolarización o ya escolarizado. Del mismo modo, es básico aunar criterios de actuación que definan programas de trabajo coordinados entre los profesionales de diferentes ámbitos y así, se ofrezcan pautas y orientaciones, unificadas y consensuadas previamente, a las familias.
2. Por ello, para completar el proceso de trasvase de información, con motivo del proceso de escolarización, y del seguimiento de programas de actuación conjuntos, especialmente en el segundo ciclo de Educación Infantil, se realizarán reuniones entre las y los profesionales de los EOE y de los CAIT, que deberán ser planificadas y coordinadas por el EPAT.
3. Teniendo en cuenta los momentos identificados para la elaboración de los informes previos a la escolarización (CAIT), así como la cumplimentación de los PIAT (EOE), se considera conveniente que dichas reuniones se celebren en fechas próximas a la entrega de dichos informes. Se propone por tanto, la celebración de reuniones anuales:
   - En el mes de febrero, con el objetivo de facilitar el trasvase de información necesario para la gestión del proceso de nueva escolarización en el segundo ciclo de Educación Infantil.
   - En el mes de noviembre, de modo que se puedan planificar conjuntamente las actuaciones a desarrollar con los y las menores escolarizados y atendidos en CAIT.
4. De cada reunión será necesario redactar el acta correspondiente, debiendo quedar reflejado además de los asistentes a la reunión, el alumnado objeto de la coordinación y las medidas de intervención propuestas en los dos ámbitos. (Anexo III: Modelo de Acta) La participación del EPAT en estas reuniones se considera fundamental, aunque quedará supeditada a los criterios de priorización que se establezcan, dada la imposibilidad de que puedan asistir a todas.

Tabla 28. Resumen Protocolo de 30 de marzo de 2015

Este procedimiento exige, como comentaremos más adelante, una revisión significativa y una actualización importante, dadas las novedades normativas y la creación de nuevas estructuras no contempladas, así como la participación de la Consejería de Igualdad y Políticas Sociales.

El Anexo II del Protocolo de coordinación al que se hacía referencia al establecer los criterios para la derivación del alumnado a un CAIT cuando la detección se lleve a cabo en el

segundo ciclo de educación Infantil, donde se establecen los diagnósticos que permitirán un plan de atención coordinado por el EPAT, es el siguiente:

ANEXO II **TRASTORNOS DEL DESARROLLO COMPARTIDO EDUCACIÓN/CAIT**		
GRUPO	**DICTAMEN/ CENSO NEE**	**ODAT**
Trastornos graves del desarrollo	- Retrasos evolutivos graves o profundos - Trastornos graves del desarrollo del lenguaje - Trastornos graves del desarrollo psicomotor.	4.g.g
Discapacidad visual	- Baja visión	4.b.c
Discapacidad intelectual	- Discapacidad intelectual moderada - Discapacidad intelectual grave - Discapacidad intelectual profunda	4.f.b 4.f.c 4.f.d
Discapacidad auditiva	- Hipoacusia - Sordera	4.c.f; 4.c.g 4.c.h
Trastornos de la comunicación y del lenguaje	- Afasias - Trastornos específicos del lenguaje - Disartrias	4.g.i 4.g.g 4.g.d
Discapacid ad física	- Lesiones de origen cerebral	4.a.a
Trastornos del Espectro Autista	- Autismo - Síndrome de Asperger - Síndrome de Rett - Trastorno desintegrativo infantil - Trastorno generalizado del desarrollo no especificado	4.k

Tabla 29. Anexo II del Protocolo de 30 de marzo de 2015

La puesta en marcha de este Protocolo supuso el reconocimiento al trabajo que los EPAT de las diferentes provincias andaluzas venían desarrollando desde su constitución, incluyendo algunas cuestiones que no estaban definidas y aunando ciertos criterios de actuación a nivel regional, ofreciendo por tanto, respaldo legal a muchas de las actuaciones que los EPAT desarrollaban de forma habitual. Fue el marco legal que establecía la necesidad del establecimiento de cauces de comunicación y coordinación fluidos y constantes a nivel provincial, adquiriendo una especial importancia la coordinación entre las y los profesionales implicados, no sólo enfocada al proceso de escolarización, sino también para evitar solapamientos o duplicidad en las actuaciones que se desarrollan con el alumnado.

Sin embargo, este Protocolo, tras la publicación del Decreto 85/2016, queda obsoleto en muchos de los aspectos que regula. Se justifica su adhesión al citado Decreto, porque es el único texto de mayor concreción, que define cómo ha de desarrollarse la coordinación interadministrativa desde la práctica. Pero no es comprensible, desde el punto de vista en el que no incluye las actuaciones que ha de desarrollar la Consejería de Igualdad y Políticas Sociales, o bien, que los procedimientos de coordinación y derivación establecidos no tenían en cuenta las unidades de atención infantil temprana, puesto que no existían, no se ha realizado aún la conexión entre los sistemas de información Alborada y Séneca,…Resulta imprescindible por tanto, si partimos de la premisa de que un abordaje eficaz de la AIT tiene que ver con la necesidad de un enfoque integral, de una respuesta intersectorial, interdisciplinar y multiprofesional inserta en un modelo de intervención uniforme, centrado en el niño o la niña, familia y entorno, aspectos éstos claramente alejados de las divisiones que establece la atribución de competencias a las distintas administraciones o diversos departamentos de cada Administración, que las Consejerías implicadas trabajen de forma coordinada para la elaboración de un nuevo texto, adaptado a las novedades que incluye el Decreto 85/2016 y se ajuste a las necesidades actuales, así como se actualicen los procedimientos de coordinación, detección, derivación e intervención, redefiniendo para ello el principio de complementariedad.

IV.4. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Agencia Europea para el Desarrollo de la Educación del Alumnado con Necesidades Educativas Especiales (2010). *Atención Temprana: Progresos y Desarrollo*. Bruselas: Agencia Europea.

Ainsworth, M.D. y Bell, S.M. (1970). *Apego, exploración y separación, ilustrados a través de la conducta de niños de un año en una situación extraña*. En J. Delval (Comp.), (1978). *Lecturas de psicología del niño, Vol. 1*. Madrid: Alianza.

American Psychiatric Association (2002). *DSM-IV. Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales.* Barcelona: Masson.

American Psychiatric Association (2014). *DSM-5. Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales*, Madrid: Editorial Médica Panamericana.

Andrés, 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.* Tesis Doctoral. Madrid: Universidad Autónoma.

Aranda, R., Andrés, C. (2004). La organización de la atención temprana en la educación infantil. Tendencias Pedagógicas 9, 230-258.

Bandura, A. (2011). A social cognitive perspective on Positive Psychology. Revista de Psicología Social, 26 (1), 7–20.

Blanchard, L.T., Gurka, M.J., Blackman, J.A. (2006). Salud emocional, de desarrollo y de comportamiento de los niños estadounidenses y sus familias: un informe de la Encuesta Nacional de Salud Infantil de 2003. Pediatría. 117 (6): e1202-12.

Bowlby, J. (1969). *El vínculo afectivo*. Buenos Aires: Paidós, 1976.

Bowlby, J. (1980). *La pérdida afectiva. Tristeza y depresión*. Buenos Aires: Paidós, 1984.

Bronfenbrenner, U. (1985). *Contextos de crianza del niño. Problemas y prospectiva*. Madrid: Infancia y Aprendizaje, 29, 45-55.

Bruner, J. (1999). *El desarrollo del niño pequeño*. Madrid: Morata.

Candel, I. (2002). Investigación en Atención temprana en niños con síndrome de Down. En: Revista de Atención Temprana, Vol. V (1). Murcia: Asociación de AT de la Región de Murcia, 21-28.

Cañadas, M. (2012). *La familia, principal protagonista de los centros de desarrollo infantil y atención temprana.* Valencia: Universidad Católica San Vicente Mártir.

Comisión Europea (2010). Comunicación de la Comisión. Europa 2020: Una estrategia para un crecimiento inteligente, sostenible e integrador. COM (2010) 2020.

Comisión Europea (2010). *Europa 2020: Una estrategia para un crecimiento inteligente, sostenible e integrador.* COM: Comunicación de la Comisión.

Comisión Europea (2011). Educación y cuidados de la primera infancia (Febrero 2011) COM (2011) 66.

Comisión Europea (2011, febrero). Educación y cuidados de la primera infancia. COM (2011) 66.

Consejería de Salud (2012). Manual de Estándares de los Centros de Atención Infantil Temprana (ME 12 1_02). Sevilla: Agencia de Calidad Sanitaria de Andalucía.

Consejería de Salud de la Junta de Andalucía (2006). *Proceso Asistencial Integrado de Atención Temprana.* Sevilla: Consejería de Salud.

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

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

Decreto 85/2016 de 26 de abril, por el que se regula la intervención integral de la Atención Infantil temprana en Andalucía

Decreto-ley 1/2017, de 28 de marzo, de medidas urgentes para favorecer la escolarización en el primer ciclo de la educación infantil en Andalucía.

European Agency for Development in Special Needs Education (2005). *Atención temprana: Análisis de la situación en Europa. Aspectos clave y recomendaciones.* Bruselas: European Agency.

Federación Estatal de Asociaciones de Profesionales de Atención Temprana (GAT), (2005). *Recomendaciones técnicas para el desarrollo de la Atención Temprana*. Real Patronato sobre Discapacidad. Barcelona: Polibea.

Federación Estatal de Asociaciones de Profesionales de Atención Temprana (GAT) (2011). *La realidad actual de la atención temprana en España.* Real Patronato sobre Discapacidad. Barcelona: Polibea.

Federación Estatal de Asociaciones de Profesionales de Atención Temprana (GAT) (1999). *Estudio del Real Patronato sobre Recién Nacidos de Alto Riesgo de deficiencias. Encuesta 1994-1998)*. Barcelona: Polibea.

Federación Estatal de Asociaciones de Profesionales de Atención Temprana-GAT (2011). *Organización diagnóstica para la atención temprana-ODAT. Niveles I, II y III.* Madrid: Real Patronato sobre Discapacidad.

García-Sánchez, F.A. (2002). Investigación en Atención Temprana. Revista de Neurología, 34(1), 151-155.

GAT (2000). *Libro Blanco de la Atención Temprana.* Madrid: Real Patronato de Atención a Personas con Discapacidad.

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

GAT (2011). *La realidad actual de la Atención Temprana en España*. Madrid: Real Patronato de la Discapacidad.

Gessell, A. (1983). *Psicología evolutiva de 1 a 16 años.* Barcelona: Paidos.

Gómez, M.F., Hernández, V., Talou, C. (2011). *Programas de Atención Temprana en el Marco de los Derechos Humanos.* III Congreso Internacional de Investigación y Práctica Profesional en Psicología. Buenos Aires: Universidad de Buenos Aires.

Guralnick, M. J. (1997). *Second-generation research in the field of early intervention*. En M. J. Guralnick (Ed.). *The effectiveness of early intervention*. Baltimore: Paul Brookes.

Guralnick, M.J. (2001). A Developmental Systems' Model for Early Intervention. In Infant and Young Children, Vol. 14:2. Aspen Publishers, ISEI.

Gútiez, P. (Ed.) (2005). *Atención Temprana: prevención, detección e intervención en el desarrollo (0- 6 años) y sus alteraciones*. Madrid: Editorial Complutense.

Horowitz, F.D. (1987). A Developmental View of Giftedness. In Gifted Child Quarterly, Vol 31: 4. American National Association for Gifted Children.

Horwath, J. (2000). *The Child's World. Assessing Children in Need.* London: National Society for the Prevention of Cruelty to Children (NSPCC)/ Jessica Kingsley Publishing.

Instituto Nacional de Estadística (1999). *Encuesta sobre Discapacidades, Deficiencias y Estado de Salud*. Madrid: INE

Kotulak, R. (1996). *Inside the Brain: Revolutionary Discoveries of How the Mind Works*. Kansas City MO: Andrews & McMeel.

Ley 1/1999, de 31 de marzo, de atención a las personas con discapacidad en Andalucía.

Ley 17/2007, de 10 de diciembre, de Educación en Andalucía.

Ley Orgánica 2/2006, de 3 de mayo, de Educación.

Ley Orgánica 8/2013, de 9 de diciembre, para la mejora de la calidad educativa.

Lozano, P; Cañete, F. (2015). *Una Propuesta de Modelo de Atención Temprana.* Málaga: Equipo SIDI.

McConnell, S. R. (2000). Assessment in early intervention and early childhood special education: Building on the past to project into the future. Topics in Early Childhood Special Education 20, 1-43.

Meisels, S. J. y Shonkoff, J. P. (2000). *Early childhood intervention: A continuing evolution*. En J. P. Shonkoff y S. J. Meisels (Eds.), *Handbook of early childhood intervention* (2nd ed., pp. 3–34). New York: Cambridge.

Naciones Unidas (2006) Convención de los derechos de las personas con discapacidad Nueva York: Naciones Unidas. En formato electrónico: http://www.un.org/spanish/disabilities/default.asp?navid=13&pid=497

Naciones Unidas (2006) Convención de los derechos de las personas con discapacidad Nueva York: Naciones Unidas. En formato electrónico: http://www.un.org/spanish/disabilities/default.asp?navid=13&pid=497

Orden de 3 de octubre de 2016, por la que se regulan las condiciones, requisitos y funcionamiento de las Unidades de Atención Infantil Temprana.

Organización Mundial de la Salud (2008). *CIE 10. Clasificación Internacional de Enfermedades*. Madrid: Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad.

Organización Mundial de la Salud (2011). *Informe mundial sobre discapacidad.* Ginebra: Suiza. OMS

Organización Mundial de la Salud (2011). *Clasificación Internacional del Funcionamiento de la Discapacidad y de la Salud. Versión para la Infancia y la Adolescencia: CIF-IA.* Madrid: Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad.

Parlamento Europeo (2011). Resolución del Parlamento Europeo de 12 de mayo de 2011 Aprendizaje durante la primera infancia en la Unión Europea (I/2010/2159).

Pérez-López, J. y Brito, A. G. (2004). *Manual de Atención Temprana*. Madrid: Pirámide.

Peterander, F. (2000). The Best Quality Cooperation between Parents and Experts in Early Intervention. Infants and Young Children, 12 (3), 32-45.

Peterander, F., Speck, O., Pithon, G. & Terrisse, B. (Eds.) (1999). *Les Tendances Actuelles de l'Intervencion Précoce en Europe.* Sprimont: Mardaga.

Piaget J. (1983). *Seis estudios de Psicología*. Barcelona: Ariel.

Pina, J. (2007). *Análisis de un modelo de seguimiento en Atención Temprana*. Tesis doctoral. Madrid: Universidad Complutense de Madrid.

Pons, A. (2007). Atención Temprana en Andalucía. Vox Paediatrica, 15, 26-29.

Pons, A. (2008). El pediatra de Atención Primaria una figura necesaria en la Atención Temprana. Revista Pediatra Atención Primaria. Supl. 2013;(22):11-19.

Pons, A. (2011). El programa Alborada. Ponencia presentada en las IV Jornadas Interdisciplinarias de la Federación Estatal de Asociaciones de Profesionales de la Atención Temprana de Sevilla.

Pons, A. et al. (2012). Tabla de equivalencias entre la Organización Diagnóstica de Atención Temprana (ODAT) y la Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE). Sevilla: Consejería de Salud de la Junta de Andalucía (en línea). ‹http://www. repositoriosalud.es/bitstream/10668/889/5/ TablaEquivalenciasODAT_CIE_2012.pdf›.

Ponte, J. (2015). Las dificultades de clasificación diagnóstica en atención temprana. La experiencia en dos unidades de Galicia. Revista Española de Discapacidad, 3 (1). 123-139.

Porter, L. (2002). *Educating Young Children with Special Needs*. London: Paul Chapman Publishing.

Quirós, V. (2009). Nuevo modelo para la atención temprana en Andalucía: directrices y desafíos. Revista Iberoamericana de Educación, 48, 1-8.

Ramey, C.T. y Ramey, S.L. (1998). Prevention of intellectual disabilities: Early interventions to improve cognitive development. Preventive Medicine, 27(2), 224-232.

Robles-Bello, M.A. y Sánchez-Teruel, D. (Coord.) (2011). *Evaluación e Intervención en Atención Temprana: Hallazgos recientes y casos prácticos.* Jaén: Publicaciones de la Universidad de Jaén, Huarte de San Juan, Serie Psicología.

Robles-Bello, M.A., Sánchez-Teruel, D. (2013). *Atención infantil temprana en España.* Universidad de Jaén- Papeles del Psicólogo, 2013. Vol. 34(2), 132-143.

Sameroff, A.J., Fiese B.H. (2000). *Transactional regulation: the developmental ecology of early intervention*. In Shonkoff, J. P., Meisels, S.J., *Handbook of Early Childhood Intervention.* Cambridge: Cambridge University Press.

San Salvador, J. (1998). *Estimulación Precoz.* Barcelona: CEAC.

Shonkoff, J. P., & Meisels, S. J. (1990). "Early childhood intervention: the evolution of a concept". En S. J. Meisels y J. P. Shonkoff (Eds.). Cambridge: Cambridge University Press.

Shonkoff, J. P., Phillips, D.A. (2000). *From neurons to neighbourhood. The science of early childhood development.* Washington: National Academy Press.

Simeonsson, R. J. (1994). *Risk, resilience, and prevention. Promoting the well-being of all children*. Baltimore: Brookes Publishing.

Simeonsson, R. J. (2009). ICF-CY: a universal for documentation of disability. Journal of Policy and Practice in Intellectual Disabilities, 6 (2): 70-72.

Simeonsson, R. J., Cooper, D. H. y Scheiner, A. P. (1982). A review and analysis of the effectiveness of early interventions programs. Pediatrics, 69, 635- 641.

Skinner, B.F. (1968). *The Technology of Teaching.* New York: Meredith Corporation.

UNICEF Comité Español (2006): *Convención sobre los Derechos del Niño (CDN).* Madrid: UNICEF.

Vygotsky, L. (1978). *Interaction Between. Learning and Development*. In Gauvain and Cole (Eds). *Readings on the Development of Children*. New York: Scientific.

BLOQUE III

INVESTIGACIÓN REALIZADA

La atención temprana como recurso para la mejora del proceso de nueva escolarización en el segundo ciclo de la etapa de Educación Infantil, del alumnado con trastornos en el desarrollo o en riesgo de padecerlo, en Huelva y su provincia.

Tesis Doctoral
Ezequiel Gómez Gallardo
Universidad de Huelva
2017

CAPÍTULO

V

DISEÑO Y PROCESO DE LA INVESTIGACIÓN

"En el sistema educativo unos estudian la educación, otros deciden la educación y otros la realizan".

Gimeno Sacristán.

Una vez realizada la fundamentación teórica y definido el marco conceptual de nuestro tema de estudio, del que hemos hecho un recorrido que incluye un exhaustivo análisis de la etapa de Educación Infantil en el actual sistema educativo, de las características más comunes del desarrollo psicoevolutivo de los niños y niñas con edades entre 0 y 6 años, de la necesaria e imprescindible participación de la familia en el proceso educativo y en el proceso de atención temprana de sus hijos e hijas, así como del actual enfoque sobre la atención a la diversidad del alumnado desde la inclusión educativa en Andalucía, haciendo especial hincapié en la respuesta educativa del alumnado en esta etapa y del actual proceso de nueva escolarización en el segundo ciclo de educación infantil del alumnado con necesidades educativas especiales, sin olvidar las referencias a la importante evolución y realidad actual de

la atención infantil temprana en nuestra comunidad autónoma, vamos a adentrarnos en la investigación propiamente dicha.

En este capítulo vamos a realizar una explicación y una descripción del diseño y el proceso de investigación que hemos seguido. Describiremos el origen de nuestra investigación, los propósitos del estudio, la metodología empleada, sin obviar las distintas fases por las que ha transcurrido la tesis, los sujetos que han participado, los instrumentos de recogida de información que hemos utilizado, así como el proceso de análisis de datos que hemos realizado, tomando siempre como referencia los objetivos que nos propusimos en el Capítulo primero de nuestro trabajo, así como el conocimiento teórico que ahora tenemos sobre el tema.

Por tanto, antes de adentrarnos en la investigación propiamente dicha, resulta necesario recuperar como requisito de partida el origen de la misma, tal y como expusimos en el Capítulo primero.

V.1. ORIGEN DE LA INVESTIGACIÓN

Debemos realizar una tarea específica dirigida a organizar el amplio conjunto de datos recabado durante todo el proceso de investigación. El motivo por el que resulta necesario realizar esta tarea se justifica en la envergadura del trabajo de investigación que hemos llevado a cabo y, a que se han utilizado distintas fuentes para la recogida de datos e información (datos estadísticos, entrevistas, cuestionarios,…), de modo que podamos ofrecer unas conclusiones claras, fundamentadas y que permitan responder a los objetivos planteados, así como propiciar nuevas y futuras líneas de investigación. Este complejo proceso, según Coller (2000,87), es denominado como categorización, indización o codificación.

Mediante este proceso de categorización podemos *"encontrar unas categorías o códigos que se aplican a la información como criterio de catalogación"* (Coller, 2000, 87), pudiendo de esta manera establecer un sistema de categorías en el que la información es fragmentada, según un criterio de afinidad. El modelo para poder aplicarlo, encuentra dos posturas enfrentadas; por una parte, basada en una perspectiva inductiva, donde se niega la existencia de códigos establecidos a priori, y determinan que serán los datos que se obtengan los que establecerán las categorías (Glaser & Strauss, 1967; Glaser, 1978, 1993, 2001, y 2002), Y por la otra, autores como Miles y Huberman (1984), Rodríguez, Gil y García, (1996), Maxwell & Loomis (2002), Maxwell (2005), que sugieren la creación de un sistema previo de categorías basado en el marco teórico propio del investigador, además de en los problemas objeto de estudio y en las hipótesis desarrolladas.

Del mismo modo que argumentamos la selección del enfoque de investigación mixto, utilizado en esta investigación, podemos argumentar la decisión respecto al modelo de categorización por el que hemos optado. Es decir, apostamos por un modelo integrador que posibilite aplicar uno u otro modelo según su eficacia en cada momento, con la flexibilidad que

todo proceso ha de permitir para introducir nuevos datos según se vayan obteniendo, manteniendo en todo momento la coherencia con el marco en el que se desarrolla nuestra investigación y con la finalidad a la que se dirige. Los temas que podríamos haber abordado en relación con la atención infantil temprana integrando las actuaciones de la Consejería de Salud y de la Consejería de Educación son de tal magnitud y variedad, que hemos hecho un esfuerzo constante por no extralimitarnos en el campo de estudio planteado.

En este sentido, tal y como planteamos en el capítulo I de esta investigación, la propia experiencia profesional sobre el campo coincide con la importancia otorgada, por expertos y el marco legal, al ritmo evolutivo de cada niño y niña para su desarrollo posterior. Así, la detección de posibles trastornos en el desarrollo infantil o el mero riesgo de padecerlos es un aspecto imprescindible, ya que ésta hace posible la puesta en marcha de los procesos y mecanismos de atención de los que dispone la Administración Educativa y de Salud y en los casos que proceda, la derivación a otras Administraciones o a las entidades especializadas en la atención del alumnado de 0 a 3 años. Un buen proceso de detección nos lleva a un diagnóstico y ulterior tratamiento, posibilitando la mejora de los menores en las áreas necesitadas de estimulación. Sin embargo, este proceso de vital importancia como es la detección temprana, carecería de valor si inmediatamente después a la detección no se han establecido los mecanismos de coordinación necesarios entre las Administraciones o éstas y las entidades implicadas, y por supuesto, entre las y los profesionales que han de gestionar, diseñar e implementar el mejor tipo de intervención que cada niño o niña requiera a nivel educativo, social y sanitario.

Por todo ello, y aunque la detección de signos de alerta en el desarrollo puede y debe realizarse en cualquier momento de estos primeros años de vida del niño y de la niña, hemos de tener en cuenta que existen determinados momentos donde esta labor de detección cobra una especial importancia dentro del sistema educativo. En concreto, nos referimos al acceso del alumnado al segundo ciclo de la etapa de Educación Infantil, pues será en este momento cuando la Administración Educativa podrá poner en marcha toda una serie de recursos generales y específicos para su atención educativa. De este modo, el Decreto 40/2011, en su artículo 2, entre sus principios generales, vuelve a insistir en que la escolarización del alumnado con necesidades específicas de apoyo educativo se regirá por los principios de normalización, inclusión escolar y social, flexibilización, personalización de la enseñanza y coordinación interadministrativa. Así, con objeto de proporcionar la respuesta educativa adecuada, este alumnado podrá escolarizarse en aquellos centros que dispongan de recursos específicos que resulten de difícil generalización.

De este modo, y aún reconociendo los grandes avances realizados en los últimos años por las Consejerías de Salud y de Educación en el campo de la atención infantil temprana, proporcionarles al niño o la niña que presente un trastorno en el desarrollo y a su familia, en su acceso a los colegios de infantil y primaria (CEIP) y en concreto, al segundo ciclo de la Etapa de Educación Infantil, un proceso que no suponga una experiencia de estrés, miedos, inseguridades, soledad, descoordinación…, es un objetivo básico que a día de hoy no se ha

conseguido alcanzar en número elevados de casos. Es nuestra intención por tanto, poner en valor los avances significativos conseguidos, identificar factores susceptibles de mejora y proponer posibles fórmulas que permitan a ofrecer a todos y todas las implicadas, especialmente al niño o la niña que presenta un trastorno en el desarrollo, la garantía de una estructura configurada por una red multidisciplinar e interadministrativa que vela porque el entorno no plantee obstáculos ni desconexiones que puedan suponerle un perjuicio en el desarrollo de sus potencialidades.

Una vez reiterado el origen y el motivo de este estudio, hemos de reconocer que uno de los principales avales con los que cuenta esta investigación se refiere a la diversificación de las fuentes de información a través de las cuales se han obtenido los datos, los cuales organizados según un sistema de categorización adecuado aportan significado y significatividad al objeto de estudio, ya que ofrecen un sentido mucho más amplio. Tras el ajuste posterior de las categorías, se realizó la interpretación, teniendo como referente el marco teórico y demás aportaciones, o dicho de otro modo, se cruzaron los datos e informaciones con la finalidad de presentar el máximo de referencias de los tópicos seleccionados.

Por último, es necesario aclarar que las categorías que hemos presentado, las cuales se han ido adaptando de manera progresiva hasta obtener su aspecto definitivo, no conforman la única perspectiva posible, sino que por contra, pensamos que si la situación hubiera sido distinta (circunstancia, intención, marco teórico), las categorías y por lo tanto la propia investigación hubiera sido también diferente.

De este modo, y con objeto de adentrarnos en la investigación propiamente dicha, resulta necesario volver a plantear como requisito de partida los objetivos de la misma, tal y como expusimos en el Capítulo primero.

V.2. OBJETIVOS DE LA INVESTIGACIÓN

Al inicio de esta tesis, expusimos que uno de los momentos que se considera clave en la detección de niños y niñas que pudieran presentar un trastorno en el desarrollo o el riesgo de padecerlo, es en su incorporación al segundo ciclo de la etapa de Educación Infantil. Se trata sin lugar a dudas de un "momento crítico", vivido así por todos los agentes que intervienen, es decir, alumnado, familias, profesorado y la propia Administración Educativa. Por ello, cada vez más el proceso de escolarización exige una planificación máxima y una coordinación a nivel intra e interadministrativo muy eficaz para minimizar los efectos negativos de un proceso que por su complejidad y por las implicaciones que tiene en el desarrollo de los alumnos y alumnas, en la relación de las familias con el centro docente y el profesorado,…, requiere que se defina con garantías para todos los implicados. Para el periodo 0 a 3 años, se han creado toda una serie de servicios y profesionales que ya trabajan específicamente en la detección y atención temprana de esta población e incluso, se han definido procedimientos de coordinación entre ambas Consejerías, por lo que a priori los niños y niñas que se incorporan al 2º ciclo y que ya

han sido identificados previamente, acceden a los centros de educación infantil y primaria con garantías de que su respuesta educativa esté planificada y los recursos específicos humanos y materiales previstos. De este modo, sería factible poder evidenciar si estos niños y niñas reciben, siguiendo un modelo que considere los aspectos biopsico- sociales, todo aquello que desde la vertiente preventiva, educativa y asistencial pueda potenciar su capacidad de desarrollo y de bienestar, posibilitando de la forma más completa su integración en el medio familiar, escolar y social, así como su autonomía personal. Así, nuestro objeto de estudio va a ser:

Objetivo General:

Determinar si el proceso de atención infantil temprana supone una mejora objetiva en la escolarización del alumnado con NEE en el segundo ciclo de la etapa de Educación Infantil e identificar las principales aportaciones al proceso de escolarización en lo que a coordinación de servicios y planificación de la respuesta educativa se refiere.

Además, tuvimos ocasión de analizar con detalle cual era la base de la investigación, así como el ámbito y el contexto, el escenario donde se va a centrar nuestro estudio; es el momento por tanto de recordar los objetivos de carácter específico que pretendíamos:

Objetivos Específicos:

Objetivo 1.1.	Conocer y comparar, según datos oficiales, el número de niños y niñas de dos años de edad, atendidos en CAIT, desagregados por sexo y por provincia y el diagnóstico ODAT; así como, el número de alumnos y alumnas de nueva escolarización en el segundo ciclo de la etapa de Educación Infantil que han sido identificados como alumnado con necesidades educativas especiales por los equipos de orientación educativa, el tipo de necesidad educativa especial y la modalidad de escolarización propuesta en los correspondientes dictámenes de escolarización, en los últimos cursos académicos en Andalucía.
Objetivo 1.2.	Identificar y valorar, según los profesionales implicados, los procesos de detección temprana de alumnado que presenta trastornos en el desarrollo o el riesgo de padecerlos y que en el proceso de escolarización, pueden ser identificados como alumnado con necesidades educativas especiales, así como las posibles mejoras que podrían implementarse.
Objetivo 1.3.	Valorar la adecuación del número de recursos personales disponibles desde ambas Consejerías para el desarrollo de los procesos de atención infantil temprana y de escolarización en el segundo ciclo de Educación Infantil, así como, el nivel de información que estos profesionales tienen de los distintos

	recursos existentes y de los procedimientos específicos de cada Consejería respecto a la atención de los menores que presentan trastornos en el desarrollo o estén en riesgo de padecerlos.
Objetivo 1.4.	Analizar y valorar los actuales mecanismos de colaboración y los procedimientos de coordinación establecidos entre la Consejería de Educación y la Consejería de Salud e inferir la relación existente entre el proceso de atención infantil temprana y el proceso de nueva escolarización en el segundo ciclo de Educación Infantil.
Objetivo 1.5.	Conocer el nivel de formación específica de los profesionales directamente implicados en los procesos de atención infantil temprana y de escolarización en el segundo ciclo de Educación Infantil, así como identificar nuevas propuestas para la mejora de su formación, que redunden en beneficio de estos procesos y por ende, en los alumnos y alumnas a los que se dirigen.

Tabla 30. Objetivos específicos de la investigación

Una vez planteado el objeto de esta investigación, así como el ámbito y contexto de la misma, describimos la naturaleza de la investigación realizada, el desarrollo, la población y los instrumentos diseñados e implementados.

V.3. PLANIFICACIÓN DE LA INVESTIGACIÓN

Una vez precisados los objetivos del estudio que se pretende conseguir, una de las decisiones más importantes será la referida a la metodología, que va a depender de factores relativos al propio investigador y a las características de la investigación.

Definida en pocas palabras, una investigación es un proceso sistemático de recogida y de análisis lógico de información (datos) con un fin concreto (McMillan y Schumacher, 2007). Es necesario aclarar de qué forma asumimos ese proceso sistemático de recogida de datos, así como los procedimientos para su análisis. Por esta razón, antes de desarrollar toda la parte práctica de la investigación, procederemos a realizar un análisis de las diferentes maneras de que disponíamos para acercarnos al conocimiento de la realidad y concluiremos con las razones que nos han inducido a optar por un enfoque integrador o multidisciplinar.

A continuación, como ya hemos indicado, vamos a describir todo el proceso metodológico que se ha seguido en la investigación, comenzando por la descripción de los paradigmas que hemos adoptado de acuerdo a los objetivos propuestos y a los interrogantes planteados.

> *"El término metodología designa el modo en que enfocamos los problemas y buscamos las respuestas. En las Ciencias Sociales se aplica a la manera a realizar la investigación. Nuestros supuestos, intereses y propósitos nos llevan a elegir una u otra metodología.*

> *Reducidas a sus rasgos esenciales, los debates sobre metodología tratan sobre supuestos y propósitos, sobre teoría y perspectiva"* (Taylor y Bogdan, 1990, 15).

En nuestro caso, por razones que más adelante argumentaremos, la metodología empleada en el estudio podríamos catalogarla como mixta, al combinarse elementos tanto de metodología cualitativa como cuantitativa.

V.3.1. NATURALEZA DE LA INVESTIGACIÓN

Como paso previo a la determinación de la metodología de investigación por la que hemos optado, nos enfrentamos ahora a la definición de nuestro diseño de investigación. Debemos reflexionar sobre cuál va a ser nuestro diseño de investigación, pues es a través de éste mediante el cual vamos a intentar dar respuesta a los objetivos planteados. Antes de optar por un diseño u otro, tuvimos en cuenta una serie de criterios que podían servirnos de clave en su posterior desarrollo. Estos criterios fueron:

1. *"El grado de adecuación a las características del objeto de estudio de nuestra investigación, y más concretamente, a las hipótesis, cuando se trata de un objeto científico.*
2. *El nivel de rigor y de calidad que nos proporcionarán.*
3. *La posibilidad de llevarlas a cabo depende de, al menos, los siguientes aspectos:*

    - *La capacitación del personal participante en la investigación*
    - *El acceso a las fuentes de información necesarias*
    - *El tiempo*
    - *Los recursos disponibles*
    - *Los costes: humano, social y económico*
    - *Los aspectos técnicos."* (Pérez, Rojas y Fernández, 1998, 27)

Teniendo como marco estos criterios, iremos caracterizando, tanto la investigación como su diseño, e iremos aludiendo a éstos, a medida que los vayamos explicitando. Para iniciarnos en ello, y siguiendo la clasificación de diseños realizada por la citada autora (González Río, 1997, 38-39), el nuestro sería una combinación entre el tipo de "estudios descriptivos" (ya que nuestra intención es la de "*reflejar, en una instantánea lo más fiel posible, la realidad"* de la contribución del proceso de atención infantil temprana a la escolarización en el 2º ciclo de Educación Infantil del alumnado con trastornos en el desarrollo o el riesgo de padecerlo), los "estudios explicativos", puesto que podrían existir relaciones causa-efecto entre las variables del contexto y los procesos implicados en la escolarización del alumnado con trastornos en el desarrollo o el riesgo de padecerlo en el 2º ciclo de Educación Infantil; y como meta no segura, también podría ser una combinación con los "estudios de acción" (no deja de estar en nuestra mente, el intentar "solventar problemas" o al menos, hacer un informe que sirva para promover que se acometan las modificaciones o propuestas que conlleven o se aproximen a la introducción de posibles cambios y mejoras).

Tras este dibujo inicial del diseño de investigación, creemos que es importante completarlo con las concepciones de otros autores respecto a aquél. En este punto nos parece interesante aportar la definición que Arnau (1990, 1998, 27) nos ofrece:

> *"...el diseño de investigación,... puede definirse como un plan de acción que, en función de unos objetivos básicos, está orientado a la obtención de información o datos relevantes a los problemas planteados. De acuerdo, pues, con esta definición, el diseño de investigación se caracteriza por dos aspectos fundamentales*:
>
> *a) En primer lugar, por los objetivos o propósitos a que obedece todo plan de trabajo.*
> *b) En segundo lugar, por la clase de información o datos que dichas estrategias obtienen".*

Partiendo de esta concepción se establece una clasificación cuatripartita, en función de los objetivos y los datos, contrastando con la anteriormente abordada; la primera se haría en función de la finalidad, de las preguntas a las que hay que dar respuesta (es decir, de los objetivos que se persiguen sólo y exclusivamente). Por tanto, y en el caso de Arnau (1998), nos enfrentamos a los siguientes diseños: experimentales, cuasiexperimentales, de encuesta y observacionales. Reflexionando sobre cuáles son nuestros objetivos y los datos que deseamos recabar, estaríamos en una combinación de dos de los tipos: a) los cuasiexperimentales (que tiene como objetivos: (...) conocer funciones y distintas dinámicas de trabajo; datos: transversales -aunque también podrían ser longitudinales-) y b) de encuesta (que persigue la descripción de las características o atributos de la población).

Junto a esta caracterización, nos parece fundamental aportar más información sobre la investigación y su diseño. Se trata de una investigación que se centra en un momento único de tiempo, pudiéndose denominar como "sincrónica" o "seccional" (siguiendo la terminología de González Río, 1997, 45), o bien "transversal" o "trans–seccional" (en términos de Angera, 1998, 27-29).

Señalando otros aspectos como la amplitud, el carácter y las fuentes de datos que pretendemos abordar (aspectos reseñados por González Río, 1997, 45-46), será "microsociológica" según su amplitud y de carácter mixto, pues como explicaremos en el siguiente apartado, vamos a utilizar tanto el enfoque cuantitativo como cualitativo; y finalmente para todo ello, recurriremos a las siguientes fuentes. Haremos un análisis cuantitativo a través de datos oficiales sobre el proceso de escolarización en los últimos años, que nos permita realizar un estudio comparativo mediante el cual podamos identificar aspectos susceptibles de realizar una propuesta de mejora. Extraeremos datos de los interesados e interesadas, es decir, responsables de la Consejería de Educación y de la Consejería de Educación, profesionales de las Delegaciones Territoriales de ambas Consejerías (a través de entrevistas semiestructuradas),

profesionales de los EOE y de los CAIT y de profesionales de los centros que imparten el primer ciclo de educación infantil (a través del cuestionario).

V.3.2. ENFOQUES EN INVESTIGACIÓN EDUCATIVA

Es necesario clarificar desde un primer momento que no es nuestra intención participar de la clásica discusión enfoque cuantitativo vs cualitativo de investigación puesto que las diferencias entre ambos son evidentes y claras, motivo por el cual no vamos a profundizar en ellas.

> *"Frente al paradigma cuantitativo que se dice que tiene una concepción global positivista, hipotético-deductiva, particularista, objetiva, orientada a los resultados y propia de las ciencias naturales, el paradigma cualitativo, en contraste postula una concepción global fenomenológica, inductiva, estructuralista, subjetiva, orientada al proceso y propia de la antropología social" (Cook y Reichardt, 1986, 28).*

Al hablar de metodología de investigación cualitativa tradicionalmente se describe en torno a las diferencias de ésta con la corriente cuantitativa. Siguiendo a Flick (2004), éste denomina a los enfoques cuantitativos como "duros", experimentales, estandarizadores y cuantificadores, frente a los métodos cualitativos que los considera estrategias "blandas", comprensivas, abiertas y cualitativas-descriptivas. Esta diferencia es fundamental para la comprensión de las características de la metodología cualitativa, la concepción del proceso de investigación bajo unos parámetros cualitativos, abiertos en todo momento, flexibles, muy cercanos a una realidad educativa concreta, y emergentes gracias al contacto del investigador con el campo. En contraposición por tanto, se encuentra la metodología cuantitativa como un proceso lineal, en el que el investigador antes de su entrada en el campo, mientras se encuentra todavía en su despacho, construye el modelo, partiendo del conocimiento teórico tomado de las publicaciones o teorías existentes, a partir de ahí se derivan hipótesis de trabajo que se someten a prueba frente a las condiciones empíricas, y además tiene como propósito la representatividad de los datos y la comprobación de las variables definidas, para la generalización posterior de los resultados y la generación de teorías.

Es manifiesta por tanto, la diferencia en cuanto a la consideración de las distintas corrientes o paradigmas utilizados en la investigación en Ciencias Sociales. Aunque la tradición investigadora ha remarcado a lo largo del tiempo la validez y utilidad de estos dos paradigmas de investigación, sin olvidar la corriente crítica; es necesario a la hora de definir una investigación como la que nos ocupa, reflexionar en primera instancia sobre las posiciones de las que se parten como investigador, los roles que se pretenden asumir y la finalidad y utilidad de la propia investigación.

En cualquier caso, partimos de una premisa, coincidiendo con Pérez Serrano (1994, 62) *"un investigador no tiene porqué adherirse ciegamente a uno de ambos paradigmas, sino que*

puede elegir libremente una relación de atributos que indistintamente provengan de uno u otro, si así logra una adaptación flexible a su problemática". En este caso, se emplean estrategias de investigación, cuantitativas y cualitativas, por lo tanto manejaremos datos de carácter duros y de carácter blando en el sentido que Gil (1994) propone. Es decir, por una parte serán recogidos datos numéricos *(duros)* susceptibles de ser medidos y de ser analizados mediante procedimientos matemáticos; y por otro, datos *"blandos"* expresados y analizados cualitativamente.

Junto a esta idea y en este mismo sentido, otra aportación que nos parece muy interesante es la de King, Keohane y Verba (2000, 14-15), que tratan de demostrar (en un intento por salvar estas diferencias entre enfoques), *"que las diferencias entre la tradición cuantitativa y cualitativa son sólo de tipo estilístico y que su importancia en términos metodológicos y de contenido es mínima. Puede considerarse -con razón- que toda buena investigación procede de la misma lógica inferencial subyacente. Tanto los estudios cuantitativos como los cualitativos pueden ser sistemáticos y científicos"*. Por otro lado, Santos Guerra (1999, 26) afirma: *"El modelo racionalista de investigación se opone al modelo que se ha denominado naturalista, etnográfico o cualitativo... es uno de los que mejor permite acceder a la comprensión de fenómenos tan complejos como son los educativos..."*

Por tanto, y ante esta búsqueda de los métodos y técnicas más adecuados a nuestro objeto de estudio, dentro del campo de la investigación educativa, asumimos la opción de integrar métodos cualitativos y cuantitativos. Esta tendencia ha sido objeto de múltiples disputas y polémicas. En concreto y desde la perspectiva de Bunge (2001, 311-330), el uso de métodos cualitativos (en concreto se refiere a la etnografía entre otras) sería realizar *"anticiencia académica"*.

No obstante, aún reconociendo estas posturas y el hecho de que a veces se han tratado de metodologías contrapuestas e irreconciliables, pensamos que es precisamente en la utilización de ambas tendencias, donde verdaderamente encontramos una coherencia con los objetivos propuestos.

> *"Tratar como incompatibles a los dos tipos de métodos estimula obviamente a los investigadores a emplear sólo uno u otro cuando la combinación de los dos sería más adecuada para las necesidades de la investigación. (...) En nuestra opinión constituye un error la perspectiva paradigmática que promueve esta incompatibilidad entre los tipos de métodos"* (Cook y Reichardt, 1986, 30).

Y por ello, el condicionante que más nos preocupa es que nuestra investigación pueda ser replicable, a través de la transferibilidad, dependencia y confirmabilidad. Esto es, como determina Guba (1983): transferible, no en cuanto a la generalización de los resultados sino con respecto a la descripción e interpretación de los mismos; dependiente, relacionado con la estabilidad de los datos aportados; y confirmable, relativo a la autentificación de la existencia de los correspondientes datos necesarios para cada interpretación.

Sin embargo, y de manera progresiva parece que cada vez son más autores y autoras, los que consideran su necesidad, dando ello como fruto que *"tal vez lo más novedoso en el momento actual resida en el interés por buscar las compatibilidades y la complementariedad entre las dos tendencias que posibiliten el trabajo conjunto"* (Álvarez Méndez, 1995, 9). Esto no quiere decir que olvidemos las diferencias, ventajas y limitaciones que existen entre y en cada una de las perspectivas. Lo que sí es importante es que sepamos mostrar una realidad desde la pluralidad metodológica, sin caer, como dice Bartolomé (1992) en:

→ La yuxtaposición: es decir, unir sin armonizar o lo que es lo mismo, mezclar distintos instrumentos y técnicas, sin coherencia interna con el único fin de mostrar que se ha empleado un amplio panorama metodológico.
→ Confusión: en este caso, el deseo de operar dentro de un planteamiento de síntesis lleva a elegir y poner en funcionamiento estrategias inadecuadas para el estudio que se quiere abordar.
→ Artificialismo: esto ocurre cuando innecesariamente se trabaja con estrategias, técnicas o instrumentos que no aportan a la investigación ningún dato relevante. Su auténtico valor reside en el efecto decorativo que produce su presentación.

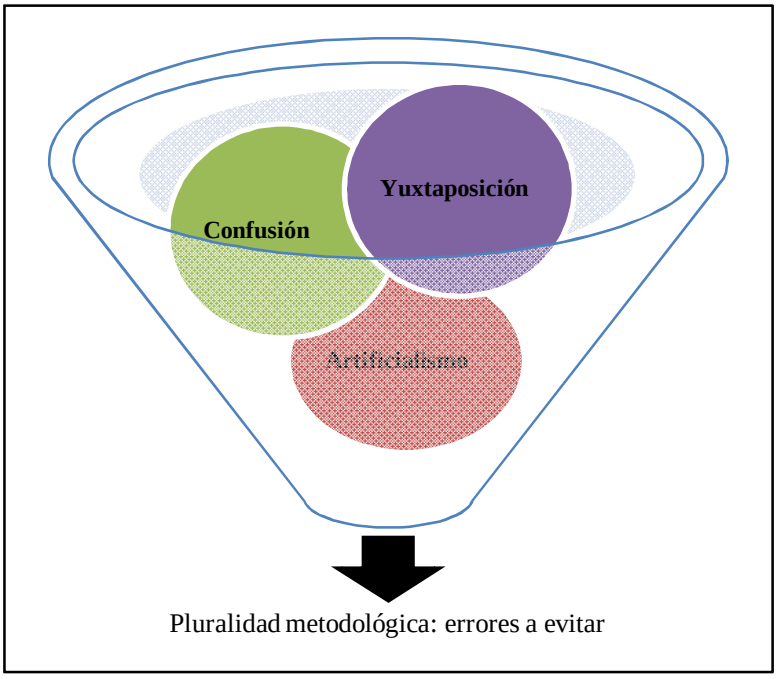


Figura 34. Pluralidad metodológica: errores a evitar (Bartolomé, 1992)

Con ánimo de poder superar estas dificultades, Villar Angulo (1992) aboga por la combinación cualitativa/cuantitativa en las investigaciones sobre educación. Del mismo modo Medina y Villar Angulo (1995, 37) defienden que este enfoque mixto supondría no sólo no eliminar las aportaciones de los tipos cuantitativo y cualitativo, sino sobre todo integrar y poner juntos los hallazgos de ambos. Aportando un nuevo matiz Porlán (1989, 188), afirma que: *"la*

investigación no puede quedar constreñida a una opción entre enfoques cuantitativos y cualitativos. Una investigación compleja requiere metodología compleja".

Junto a esta defensa de la integración de métodos, no debemos dejar de lado el amplio abanico con el que contamos, pues ambas estrategias ofrecen aportaciones entre sí, como resume Stromquist (1983). Este autor nos ofrece algunas de éstas, que recogemos en la tabla ---, según los diferentes momentos en los que se encuentren la investigación:

a) *El aporte del enfoque cualitativo al cuantitativo: d*urante la fase de diseño de la investigación, el uso de entrevistas y observaciones pueden mejorar la determinación del marco muestral, ayudando a definir más el grado de representatividad que es necesario obtener.
En un segundo momento, durante la recolección de los datos, las entrevistas y observaciones pueden proporcionar una información relevante respecto a la receptividad de los sujetos de la investigación hacia el estudio, los marcos de referencia o el vocabulario que utilizan.

> *"Todos estos conocimientos pueden ayudar a confeccionar mejores ítems en los cuestionarios a ser desarrollados"* (Stromquist, 1983, 13).

Por último, en el momento de análisis de los datos, las entrevistas pueden ayudar a verificar los resultados del cuestionario, ampliar y desarrollar algunos de los elementos identificados en el mismo, o clarificar respuestas proporcionadas que se consideran ambiguas. También pueden ayudar a seleccionar explicaciones alternativas para las relaciones cuantitativas con significación estadística.

*b) El aporte del enfoque cuantitativo al cualitativo: e*n este caso el autor reflexiona sobre las aportaciones en sentido inverso al anterior, siguiendo los mismos momentos de la investigación.

En el momento del diseño el uso de un cuestionario previo a la observación puede ayudar a identificar los casos representativos. Esto también puede ayudar en la generalización, o no, del estudio cualitativo y contribuir a modificar el modelo o teoría que acompaña al estudio.

Durante la recolección de datos, el uso previo de cuestionarios puede ayudar a evitar que las cuestiones que se planteen en las entrevistas sean rutinarias, no adecuadas, etc.; o a identificar áreas que pudieran resultan relevantes en el contexto del estudio. También a identificar personas claves o roles no bien identificados. Puede ser importante para evitar un problema común de los estudios cualitativos, lo que se conoce por "sesgo elitista", o sea, que los informantes pertenezcan a la élite del grupo social de estudio.

Finalmente, en el momento del análisis, el uso de cuestionarios puede ayudar a corregir la llamada "falacia orgánica" que consiste en la tendencia del observador de asumir que existe una congruencia entre los distintos aspectos que son objeto de análisis. Otra función a contemplar es la verificación de ciertas interpretaciones cualitativas permitiendo la colección de datos de forma más sistemática y representativa de la población. Por último, un tercer aspecto puede consistir en ayudar a reinterpretar ciertas observaciones cualitativas, al conocerse nuevos datos de la población.

Fases de investigación	Aportaciones del enfoque cualitativo al cuantitativo	Aportaciones del enfoque cuantitativo al cualitativo
Durante el Diseño de la investigación	El uso combinado de entrevistas y observación puede ayudar a una adecuada selección de la muestra.	El uso previo del cuestionario puede contribuir a elegir los casos o situaciones más representativas.
Durante la recolección de datos	Pueden dar a conocer la receptividad de los sujetos los instrumentos, los marcos de referencia o el vocabulario empleado.	El uso previo de los cuestionarios puede ayudar a evitar preguntas rutinarias en las entrevistas o identificar áreas que pudieran tener una incidencia en el contexto del estudio. Así como identificar roles o personas claves no bien identificados.
Durante el análisis de los datos	Las entrevistas pueden ayudar a confirmar los aspectos revelados por el cuestionario, ampliar determinados elementos identificados en el mismo, o a clarificar respuestas ambiguas y completar con explicaciones complementarias las relaciones cuantitativas.	El uso del cuestionario puede ayudar a corregir la tendencia del observador de asumir que existe una congruencia entre los distintos aspectos que son objeto de análisis. Otro aspecto es la comprobación de ciertas interpretaciones permitiendo la colección de datos de forma más sistemática y representativa. Un tercer aspecto es el relativo a la ayuda que puede suponer para reinterpretar ciertas observaciones cualitativas

Tabla 31. Aportaciones del uso combinado de indagación cualitativa y cuantitativa (Stromquist, 1983).

Por tanto, y ante esta búsqueda de los métodos y técnicas más adecuados a nuestro objeto de estudio, dentro del campo de la investigación educativa, asumimos la opción de integrar métodos cualitativos y cuantitativos.

V.3.3. IMPLEMENTACIÓN DEL DISEÑO DE LA INVESTIGACIÓN: NUESTRO ENFOQUE DE INVESTIGACIÓN

Según todo lo expuesto, teniendo como referente nuestro objeto de estudio, lejos de convertirse en un inconveniente, la utilización de ambos métodos en los procesos de investigación reporta una serie de ventajas a ésta, no sólo por el grado de integración que supone y por el aumento de su legitimidad, sino también por tres grandes argumentos que,

según Cook y Reichardt (1986) y Pérez Serrano (1994), respaldan la integración de métodos. Estos argumentos son los siguientes:

1. *"La multiplicidad de propósitos exige una variedad de métodos"* (Pérez Serrano, 1994, 55); es decir, que ante la variedad de objetivos e intenciones que se exponen en cualquier investigación, son necesarios un conjunto de métodos, técnicas e instrumentos diversos.
2. *Vigorización mutua de los tipos de métodos*. Según estos autores, los métodos cualitativos pueden ser definidos como técnicas de comprensión personal, de introspección; mientras que los métodos cuantitativos podrían ser definidos como técnicas de contar, de medir y de razonamiento abstracto. Si estas tendencias son empleadas en conjunto y con el mismo propósito, los dos tipos de métodos pueden vigorizarse mutuamente para brindarnos percepciones que ninguno de los dos podría conseguir por separado.
3. *Triangulación a través de operaciones convergentes*. En este sentido, la triangulación de métodos ayudará a superar los inevitables sesgos y prejuicios, presentes en cualquier método. (Cook y Reichardt, 1986, 43; Pérez Serrano, 1994, 55).

Para Hermes y Zegerle (1999, 464) otra gran justificación, aplicando la triangulación a la investigación, es que tiene repercusiones directas sobre la labor de los profesionales implicados en los proceso de atención temprana y de escolarización, de los que son objeto nuestro estudio. Si por un lado, éstos han sido nuestros planteamientos, y éstas las razones que nos han llevado a su elección, por otro, no debemos olvidar la existencia de dificultades y obstáculos. Entre ellas *"barreras epistemológicas, la economía de tiempo y recursos y la dimensión profesional y formativa"* (Pozuelos, 2000, tomo 1: 385-386).

A pesar de todas las dificultades que ello entraña y coincidiendo con diversos autores y autoras en una misma opinión (Patton, 1980; 1990; Denzin y Lincoln, 1994; Pérez Serrano, 1994; Bericat, 1998; Haywood, 2000) asumimos y justificamos este planteamiento pues de acuerdo con Bericat (1998, 142-143):

> *"Denzin, desde una perspectiva de investigación basada en el interaccionismo simbólico justifica la necesidad de la triangulación en el hecho de que, pese al carácter público y consensual de la ciencia, nunca encontraremos resultados completamente convergentes, y esto porque los métodos de investigación representan específicas líneas de acción sobre la realidad, porque son aplicados por investigadores concretos que interpretan y aplican cada método de forma diferente, porque las unidades de observación no siempre coinciden y porque se investiga en diferentes momentos del tiempo"*.

Es por esto por lo que defiende la triangulación como un plan de acción que nos puede conducir a la superación de los sesgos personalistas que surgen de la aplicación de un sólo

método. Se trataría, según este autor, de ir *"a la búsqueda de la problemática consensualidad científica"* eliminando las divergencias de resultados que se dan desde el empleo de distintas orientaciones metodológicas de la ciencia social.

Teniendo en cuenta todo lo dicho hasta ahora y una vez justificada la integración metodológica y nuestra opción, nos parece fundamental que abordemos las estrategias de triangulación con que contamos. En esta línea, nos quedamos con las propuestas que Stake (1998, 98-99), Rodríguez, Gil y García (1996), Bericat (1998, 143-146) y González Río (1997, 282-288) haciendo referencia a Denzin, nos ofrecen. Según estos autores tenemos como posibilidades:

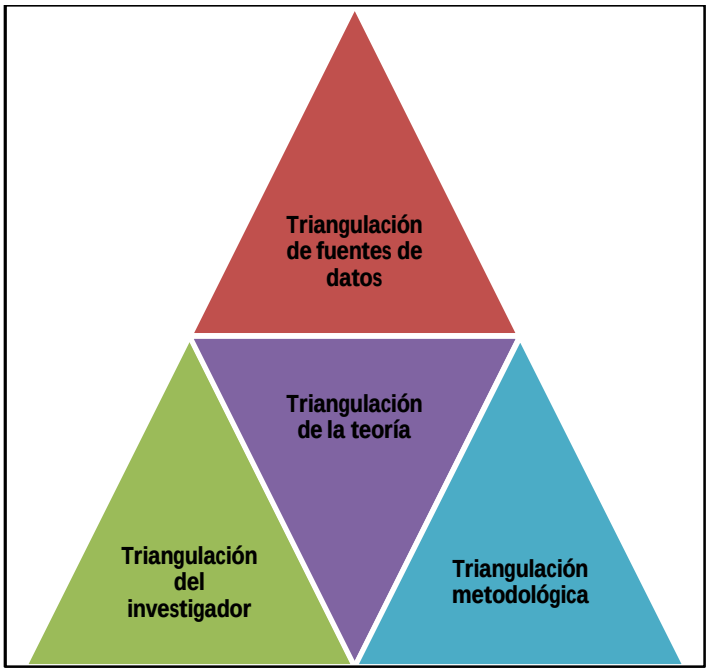


Figura 35. Estrategias de triangulación Stake (1998, 98-99), Rodríguez, Gil y García (1996), Bericat (1998, 143-146) y González Río (1997, 282-288)

- ✓ *La triangulación de fuentes de datos:* supone que debemos emplear diversas fuentes que nos aporten informaciones diferentes de un supuesto mismo fenómeno social.

> *"Los distintos tipos de datos se pueden clasificar según el espacio, el tiempo y las personas de donde se hayan extraído".* (Bericat, 1998, 143).

En nuestro caso, las fuentes serán los diferentes sectores que participan de los mismos procesos objeto de estudio y por supuesto, las personas. En concreto, se recopilará información de las Administraciones implicadas, de los responsables provinciales de los Equipos Provinciales de Atención Temprana (EPAT), constituidos por una consultora de atención temprana dependiente de la Delegación Territorial de Salud y por un orientador u orientadora especialistas en atención

temprana dependiente de la Delegación Territorial de Educación, así como de los profesionales de los distintos CAIT y EOE de la provincia de Huelva, sin olvidarnos de los técnicos y docentes de los centros que imparten el primer ciclo de de educación infantil en esta provincia. Por otro lado se analizarán documentos secundarios, en concreto los distintos trabajos de investigación sobre la misma temática, que lógicamente han sido elaboradas por personas, en un tiempo, espacio y escenario completamente distinto al de nuestra investigación.

- ✓ *En la triangulación del investigador o investigadora*, no contaremos con otros investigadores o evaluadores, pero sí trataremos de salvar este obstáculo, contrastando en primer lugar, la construcción de los instrumentos mediante expertos. En segundo lugar, y tras la elaboración de informes provisionales que serán fruto de la recopilación de información a través de un análisis cuantitativo de datos oficiales referentes a atención temprana y escolarización, se contrastarán con una entrevista, cuestionario, y del análisis de datos secundarios. Estos instrumentos estarán dirigidos a los responsables autonómicos y a los responsables provinciales de los Equipos provinciales de Atención Temprana (EPAT), así como a los profesionales de los distintos CAIT y EOE de la provincia de Huelva, junto a los técnicos y docentes de los centros que imparten el primer ciclo de de educación infantil en esta provincia, respectivamente.
- ✓ *La triangulación metodológica* consistirá en la utilización de tres tipos de técnicas, dentro de los dos enfoques. Por tanto, y en términos de Denzin (cit. en Bericat, 1998, 144), se trataría de una triangulación entre métodos o intermétodos.

> *"La utilización de diferentes métodos en una misma estrategia de investigación potencia la validez de los hallazgos que se efectúen, dado que éstos muestran una cierta independencia con respecto a cada método considerado por sí solo."* (González Río, 1997, 283)

- ✓ En el caso de la *triangulación de la teoría* se nos propone que integremos en el diseño de una investigación múltiples perspectivas teóricas que puedan contrastarse adecuadamente con un conjunto de datos (Bericat, 1998, 145). Igualmente, González Río (1997, 286), afirma que la "*triangulación teórica postula una necesaria flexibilidad en la aproximación a la interpretación a los datos"*. De ahí que intentemos que este sea nuestro planteamiento a la hora de lograr nuestros objetivos.

Refiriéndonos a nuestro estudio, nos decantamos por una metodología, como hemos indicado, mixta utilizando, como veremos, uno de los instrumentos que es propio a los procedimientos cualitativos: la entrevistas y otras técnicas que tradicionalmente se vinculaban en exclusividad a los modelos cuantitativos, como los cuestionarios que estarán presentes en nuestro estudio con un tratamiento experimental a través de un paquete estadístico, propio de los estudios experimentales.

Siguiendo a Stromquist (1983) hemos realizado la primera combinación cualitativa/ cuantitativa a la que hace referencia, durante el momento de la recogida de datos. Se han utilizado la información y la ayuda que nos podía proporcionar un instrumento cualitativo, como es la entrevista, para la posterior elaboración de otro cuantitativo, el cuestionario. Esta combinación de métodos ha posibilitado la triangulación de datos y metodológica al utilizar diferentes métodos y estrategias sobre un mismo fenómeno de estudio.

Estamos convencidos de que ningún modelo, alternativa o enfoque reúne toda la verdad, por lo que la actual situación de pluralidad aporta una gran riqueza a la investigación. Coincidimos con Shulman (1989), cuando señala que la existencia de ópticas diferentes acerca de la investigación es una fuente sistemática de revisión, avance y mejora de la educación.

V.4. FASES DEL PROCESO DE INVESTIGACIÓN

Recordamos que, como especificábamos en el capítulo primero, los objetivos que se pretendían alcanzar, se referían a la constatación del proceso de atención infantil temprana como un recurso fundamental para la mejora del proceso de nueva escolarización del alumnado que presenta un trastorno en el desarrollo o el riesgo de padecerlo en el segundo ciclo de la etapa de Educación Infantil. Para alcanzar esta finalidad y los otros objetivos más concretos o específicos indicados en el capítulo primero como en el desarrollo de cualquier trabajo de investigación, se realizó una rigurosa planificación y sistematización del proceso de investigación, pues son ejes básicos en la consecución de los objetivos que planteábamos en el capítulo introductorio. En este sentido, se han seguido diferentes fases en la investigación y aunque existen diversas propuestas sobre las fases a seguir, realmente las diferencias son nimias, nos decantamos por la propuesta de Rodríguez, Gil y García (1996, 63 y ss.). Estas fases, aunque son descritas sucesivamente, en la práctica esta linealidad no se ha producido; de hecho, algunas de las fases se han simultaneado en el tiempo.

Así, se pueden distinguir cuatro fases:

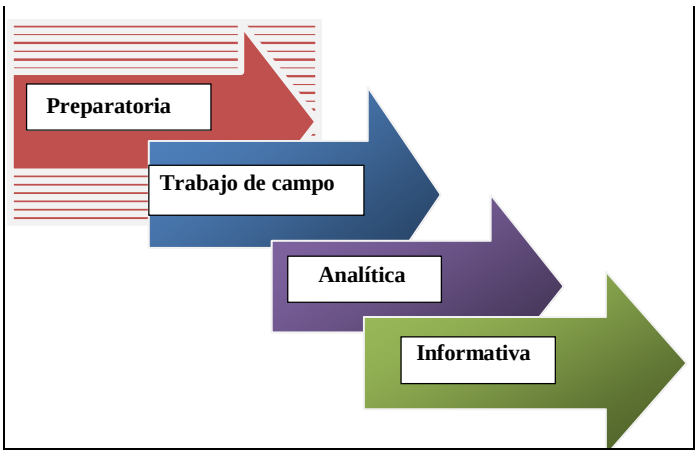


Figura 36. Proceso de investigación cualitativa
(presentación adaptada de Rodríguez, Gil y García, 1996, 63).

V.4.1. FASE PREPARATORIA

En esta fase inicial, Rodríguez, Gil y García (1996, 63 y ss.) diferencian dos etapas: reflexiva y diseño. En la primera se establece el marco teórico-conceptual por parte del investigador a partir tanto de elementos personales como profesionales. La segunda etapa, la de diseño, será donde se tomen decisiones respecto a la investigación en concreto, a sus actividades y realización posterior.

*a) Etapa reflexiva: e*s el período inicial de nuestra investigación, el momento de la fundamentación a través de la reflexión, la revisión y la búsqueda bibliográfica.

De acuerdo con estos autores, toda investigación es el resultado de planteamientos cercanos al propio investigador, es producto de sus intereses desde distintas procedencias. Las fuentes de estos tópicos, de los temas, pueden ser, entre otras (Rodríguez, Gil y García, 1996, 66):

- ✓ La propia vida cotidiana, lo que le preocupa a la gente.
- ✓ La práctica educativa diaria.
- ✓ Experiencias concretas que resultan significativas.
- ✓ El contraste con otros especialistas.
- ✓ La lectura de los trabajos de otros investigadores.

Una vez identificado el tópico, el tema de investigación, el investigador suele buscar toda la información posible sobre el mismo, se trata de conocer y acceder a la máxima información referida al tema objeto de su estudio. Esta información generalmente procede de libros, artículos, informes, pero también se insiste en la aportación de las propias experiencias personales y profesionales, el contacto con otras opiniones, otros profesionales, etc.

Como señalan los autores citados, un tema de investigación siempre se elige por alguna razón, por algún motivo; en nuestro caso, como justificamos en el capítulo primero, las razones son tanto de índole profesional como personal. Personales, al estar directamente vinculado con los sujetos de nuestro estudio, por ser durante cuatro cursos académicos el orientador especialista en atención temprana del EOE Especializado de la Delegación Territorial de Educación de Huelva,; y profesionales, debido al trabajo que actualmente desempeño como asesor técnico docente del Servicio de Orientación y Atención a la Diversidad de la Dirección General de Participación y Equidad de la Consejería de Educación, donde una de las principales funciones asignadas es la coordinación, definición y regulación normativa a nivel regional del proceso de atención infantil temprana con la Consejería de Salud.

Otra de las decisiones con las que en esta fase de la investigación se debe enfrentar el investigador es *"la de seleccionar entre los diferentes conjuntos de ideas y sentimientos sobre el mundo y la forma en que debería ser estudiado y comprendido, es decir, entre los diferentes enfoques o paradigmas*" (ob.cit, 66). El posicionarse en uno u otro de los paradigmas investigativos va a repercutir en todas las decisiones posteriores, los propósitos, las técnicas a emplear... En nuestra investigación, como hemos señalado, hemos combinado instrumentos relacionados con metodologías cualitativas (análisis de datos y la entrevista), y cuantitativas (cuestionario) en una línea de investigación denominada como mixta. Esta opción, como indicábamos, de acuerdo con el tema y el ámbito de estudio, creemos que nos permitiría ampliar las posibilidades para conocer y dar respuesta a los objetivos propuestos.

Es este momento, una fase donde la teoría juega el papel de centrar la indagación y permite la comparación, al posibilitar el desarrollo de resultados teóricos o conceptuales. Por tanto, señalan estos autores, es en esta fase donde elaboran un *marco conceptual* con el que comparar y contrastar los resultados. En el período inicial de nuestra investigación, se procede a su fundamentación, a través de la reflexión y revisión bibliográfica. La fundamentación de este trabajo, los capítulos de la segunda parte, son una buena muestra del estado de la literatura sobre los aspectos del desarrollo psicoevolutivo de los niños y niñas entre 0 y 6 años, la etapa de educación infantil y los procesos de atención temprana y de escolarización, y más concretamente, sobre la escolarización del alumnado que presenta trastornos en el desarrollo o el riesgo de padecerlo. Para ello se empleó bibliografía especializada, artículos y libros, cuyas referencias se citan en los epígrafes finales de cada capítulo, así como bases de datos especialmente ERIC, ISOC y TESEO.

*b) Etapa de diseño: en e*sta fase, dentro de la etapa preparatoria, es el momento donde se procede a concretar el diseño de investigación, determinando la muestra, los métodos de indagación y las técnicas a emplear en el análisis de los resultados del estudio. Para ello, y siguiendo a Rodríguez, Gil y García (1996, 68), concretamos:

- → ¿Qué diseño resultará más adecuado a la formación, experiencia y opción ético-política del investigador?
- → ¿Qué o quién va a ser estudiado?
- → ¿Qué método de indagación se va a utilizar?
- → ¿Qué técnicas de investigación se utilizarán para recoger y analizar los datos?
- → ¿Desde qué perspectiva, o marco conceptual, van a elaborarse las conclusiones de la investigación?

Estas cuestiones, naturalmente, van a tener respuestas diversas en función de los planteamientos anteriores, pero muy especialmente de la elección del paradigma de

investigación por el que se haya optado en la etapa anterior. Este posicionamiento va a condicionar en gran medida el diseño y el posterior desarrollo de la investigación.

En esta etapa de diseño se concretará siguiendo a Rodríguez, Gil y García (1996):

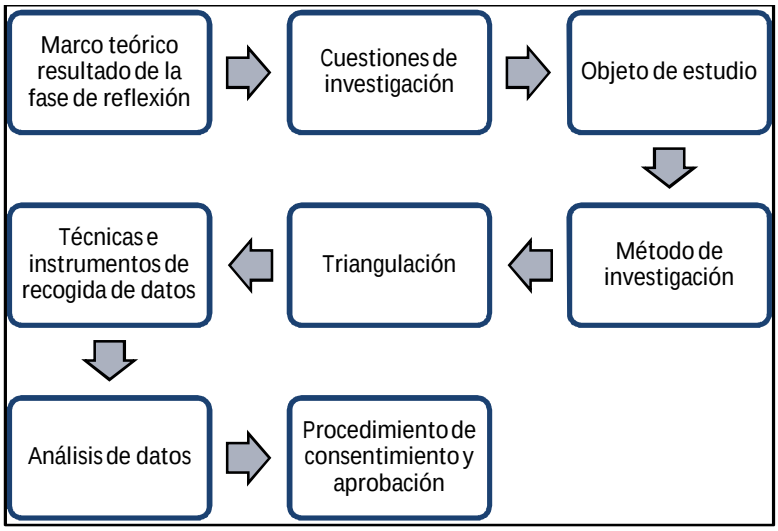


Figura 37. Momentos que concretarán la Etapa de Diseño (Presentación adaptada de Rodríguez, Gil y García, 1996)

En nuestro estudio, como se ha señalado, tomando como base la revisión de la literatura así como los propios planteamientos profesionales y personales, esta etapa de diseño se inició con la formulación de una serie de cuestiones de investigación que se recogen en los anteriores apartados referentes a los objetivos e hipótesis de la investigación.

Otra de las cuestiones a decidir en esta etapa, será el "escenario" o el lugar de estudio donde realizar la investigación. En nuestro caso, diferenciamos entre el escenario de realización de las entrevistas que se negociarían con cada uno de los sujetos, y el cuestionario que no conllevaba nuestra presencia directa.

Sobre la naturaleza de la investigación insistimos en una metodología mixta debido a las características y los objetivos de la propia investigación y que han permitido, como señalamos, la triangulación metodológica.

V.4.2. TRABAJO DE CAMPO

La siguiente fase de la investigación requiere, por primera vez, un contacto directo con la realidad objeto del estudio. Esta fase es crucial y de alguna manera puede repercutir, positiva o negativamente, en el desarrollo posterior de toda la investigación. El acceso al campo, que normalmente se considera como un momento difícil de la investigación (Rodríguez, Gil y García, 1996), en nuestro caso no tuvo una especial dificultad debido al conocimiento personal de la mayoría de los sujetos seleccionados para la realización de la entrevista con los criterios y localización que se mostrarán en el próximo apartado.

Este muestreo, según nos indica Rodríguez y Gil y García (1996), tienen un carácter intencional, dinámico y secuencial.

> *"Los sujetos se eligen de forma intencionada de acuerdo con unos criterios establecidos por el investigador, y este proceso de selección se continúa prácticamente durante todo el proceso de investigación. Se parte de la elección de unas personas que responden a unas cuestiones, se abordan nuevas cuestiones, se pregunta a nuevos informantes".*

Previo al acceso al campo para la recogida de datos mediante la entrevista, se realizaron los contactos necesarios, normalmente por teléfono para la negociación de fechas, lugares, etc. Estos contactos se desarrollaron en "la recogida productiva de datos" en la que se llevaron a cabo las entrevistas a los dos responsables regionales de los procesos de atención temprana y de escolarización del alumnado con NEE, a las ocho consultoras de atención temprana y a los ocho orientadores y orientadoras especialistas en atención temprana de toda la comunidad andaluza. Estas entrevistas fueron grabadas en sistema de audio, además de recogerse las diferentes notas de campo.

V.4.3. FASE ANALÍTICA

Esta fase que generalmente se simultanea con el trabajo de campo consiste en:

Figura 38. Momentos que concretarán la Fase Analítica

En nuestro caso, esta fase coincide con el inicio de etapas ya señaladas, puesto que como se recogía en anteriores apartados, los resultados, las apreciaciones y el análisis de estas dieciocho entrevistas nos han servido, conjuntamente con la revisión de la literatura relacionada con nuestro estudio, para el diseño del cuestionario ofrecido a la población objeto de estudio, en el sentido que indicaba Stromquist, (1983) de ser una aportación del enfoque cualitativo al cuantitativo de investigación.

V.4.4. FASE INFORMATIVA

Es la fase con la que culmina todo proceso de investigación y se refiere a la presentación y difusión de los resultados.

Las fases, etapas y productos que acabamos de desarrollar, son también representadas gráficamente por Rodríguez, Gil y García (1999, p. 64), como refleja la siguiente figura:

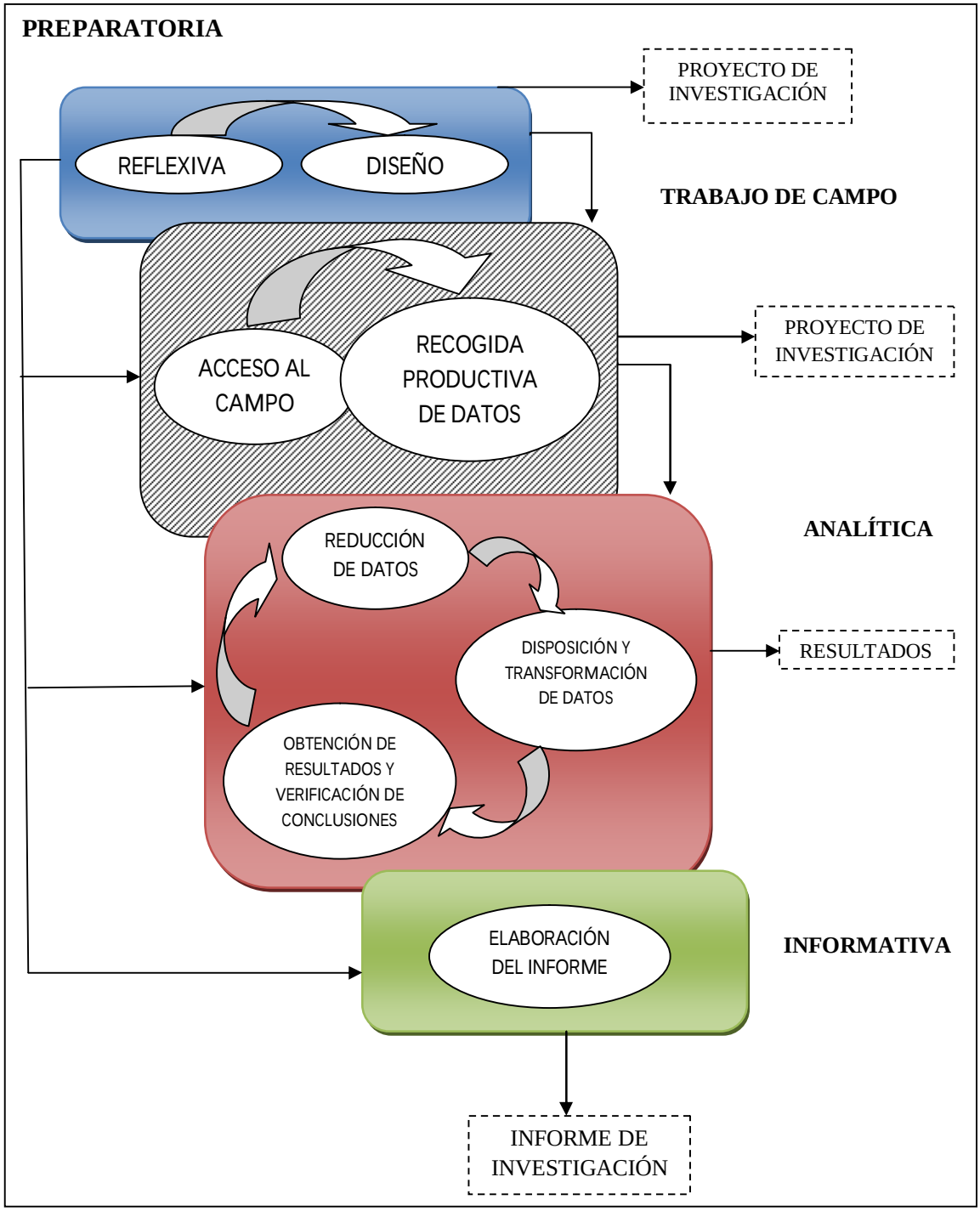


Figura 39. Fases y etapas de la investigación cualitativa, según Rodríguez, Gil y García (1999)

En la figura se puede observar cómo las fases se van sucediendo una tras otra, pero esta sucesión no tiene un carácter lineal, tal y como comentamos anteriormente. Cada fase se superpone con la siguiente y la anterior. Con este símil se quiere representar que en

investigación mixta el proceso se va desarrollando de una manera más sutil. No ha terminado una fase, cuando comienza la siguiente, al igual que ocurre con las etapas.

V.5. FASES DEL ESTUDIO REALIZADO

Aunque se han ido describiendo las fases seguidas a lo largo de las etapas señaladas de acuerdo con Rodríguez, Gil y García (1996), incidiendo en cada una de ellas en lo referente al estudio realizado, a modo de resumen, ofrecemos las diferentes fases en las que se ha concretado nuestro estudio.

Como se puede comprobar en la figura 39, la presente investigación, con las justificaciones ya señaladas, se inició durante el curso 2013/2014 con la revisión de literatura sobre los aspectos del desarrollo psicoevolutivo de los niños y niñas entre 0 y 6 años, la etapa de educación infantil, los procesos de atención temprana y de escolarización, y más concretamente, sobre la escolarización del alumnado que presenta trastornos en el desarrollo o el riesgo de padecerlo. Para ello se empleó bibliografía especializada, normativa, artículos y trabajos cuyas referencias se citan en los epígrafes finales de cada capítulo, así como bases de datos citadas (ERIC, ISOC y TESEO). Este proceso de revisión de literatura se ha mantenido en años posteriores, durante el desarrollo de la investigación y hasta la actualidad, debido fundamentalmente a los constantes cambios normativos, a las novedades en los enfoques de detección, intervención, tratamiento, coordinación,…propios de los procesos que son objeto de estudio.

Una vez identificado el objeto de estudio y partiendo de la revisión de literatura, procedimos al establecimiento de los objetivos de la investigación dentro de la fase de diseño de la investigación. El diseño del proyecto, que se ha ido adaptando a lo largo de la investigación, se elaboró a los inicios del proyecto de tesis.

Posteriormente, y en función de nuestros propósitos y objetivos, el siguiente paso corresponde a la decisión respecto a los sujetos que iban a participar en la investigación. Optamos por considerar a todos los agentes que de una forma directa están implicados en los procesos de atención infantil temprana y escolarización. Además, establecimos un gradiente en cuanto al ámbito de actuación de los diferentes agentes participantes en nuestro estudio, es decir; a nivel autonómico, contamos con el Coordinador Regional del Proceso de Atención Infantil Temprana de la Consejería de Salud y con el Jefe de Servicio de Orientación Educativa y Atención a la Diversidad de la Consejería de Educación, a nivel provincial hemos tenido en cuenta al EPAT de cada provincia y por tanto, a las consultora de atención temprana de cada Delegación Territorial de Salud y a los orientadores y orientadoras especialistas en atención temprana de cada Delegación Territorial de Educación, a nivel de la provincia de Huelva y de cada una de las zonas educativas y de salud, a los diferentes EOE y CAIT respectivamente y por último en lo que a su ámbito de actuación se refiere y no por ello menos importante, más bien todo lo contrario, es decir, a mi parecer se trata del ámbito más determinante e influyente en

ambos procesos, pues se trata de los profesionales que tienen contacto directo con los niños y niñas escolarizados en los centros que imparten el primer ciclo de Educación Infantil. Por lo tanto, en este estudio hablaremos de población y no de muestra, la cual estará compuesta por todos los profesionales descritos.

Continuando con el diseño de la investigación, como señalamos de acuerdo con los objetivos y basándonos en otros estudios sobre los procesos de atención infantil temprana y de escolarización, hemos considerado más adecuado el empleo de una metodología mixta, donde combinamos instrumentos y planteamientos de una metodología cualitativa con otros de la cuantitativa por las razones que se dieron en el anterior apartado referente a la *"naturaleza de la investigación"*.

A partir de la adopción del modelo de investigación, y de acuerdo con los objetivos planteados, se seleccionaron aquellos *instrumentos de recogida de datos*: análisis de documentos, entrevista y cuestionario, que de forma más detallada nos referiremos en apartados posteriores.

La siguiente fase: *el trabajo de campo*, se inició con la *"negociación de acceso al campo"* que se desarrolló durante el curso 2014/2015 en el que se realizaron diversos contactos con los responsables autonómicos de la Consejería de Salud y de la Consejería de Educación, para una vez autorizadas las actuaciones previstas realizar en esta investigación, iniciáramos el contacto con los miembros de los EPAT de cada provincia y que a su vez, el ETPOEP y el EPAT de Huelva nos facilitaran el acceso a los CAIT, los EOE y los centros que imparten el primer ciclo de Educación Infantil..

En este mismo curso, y en el siguiente, tras el necesario contacto telefónico con los responsables autonómicos de la Consejería de Salud y de la Consejería de Educación y concertando el momento y el escenario, así como ofreciéndoles una breve explicación de los objetivos, se realizaron las dos primeras entrevistas. Posteriormente, a finales del curso 2014/2015 y especialmente, en el curso 2015/2016 y después de realizar las pertinentes llamadas telefónicas, en algunas ocasiones a través de correo electrónico y en otras se aprovechando el momento y el escenario que las reuniones de coordinación regional y provincial de los EPAT nos proporcionarían, realizando entonces las dieciséis entrevistas a los componentes de estos equipos. Las entrevistas, con los referentes que señalaremos al describir más adelante este instrumento, a los sujetos seleccionados, servirían de base para la construcción del cuestionario que se le pasaría a la población.

Una vez realizadas las entrevistas se hizo una transcripción de toda la información recogida y elaboramos el sistema categorial para la posterior codificación de dicha información. Una vez realizado el análisis de contenido de la entrevista se pasó al diseño y construcción del cuestionario.

Para la elaboración del cuestionario, se revisaron además otras investigaciones sobre nuestro objeto de estudio; en ellas, además de las aportaciones de la entrevistas, nos basamos para determinar las dimensiones e ítems contenidos en el instrumento. Elaboramos una primera versión que fue sometida al juicio de expertos, se realizó un estudio piloto y finalmente, tras los correspondientes estudios de fiabilidad, se elaboró la versión definitiva.

La siguiente fase de la investigación corresponde a la *elaboración y aplicación del cuestionario,* con las fases que detallaremos en el apartado de instrumentos. El análisis de los cuestionarios ha sido realizado a través del paquete informático SPSS.

A continuación, se muestra un gráfico donde podemos observar cómo ha sido el planteamiento general de la investigación.

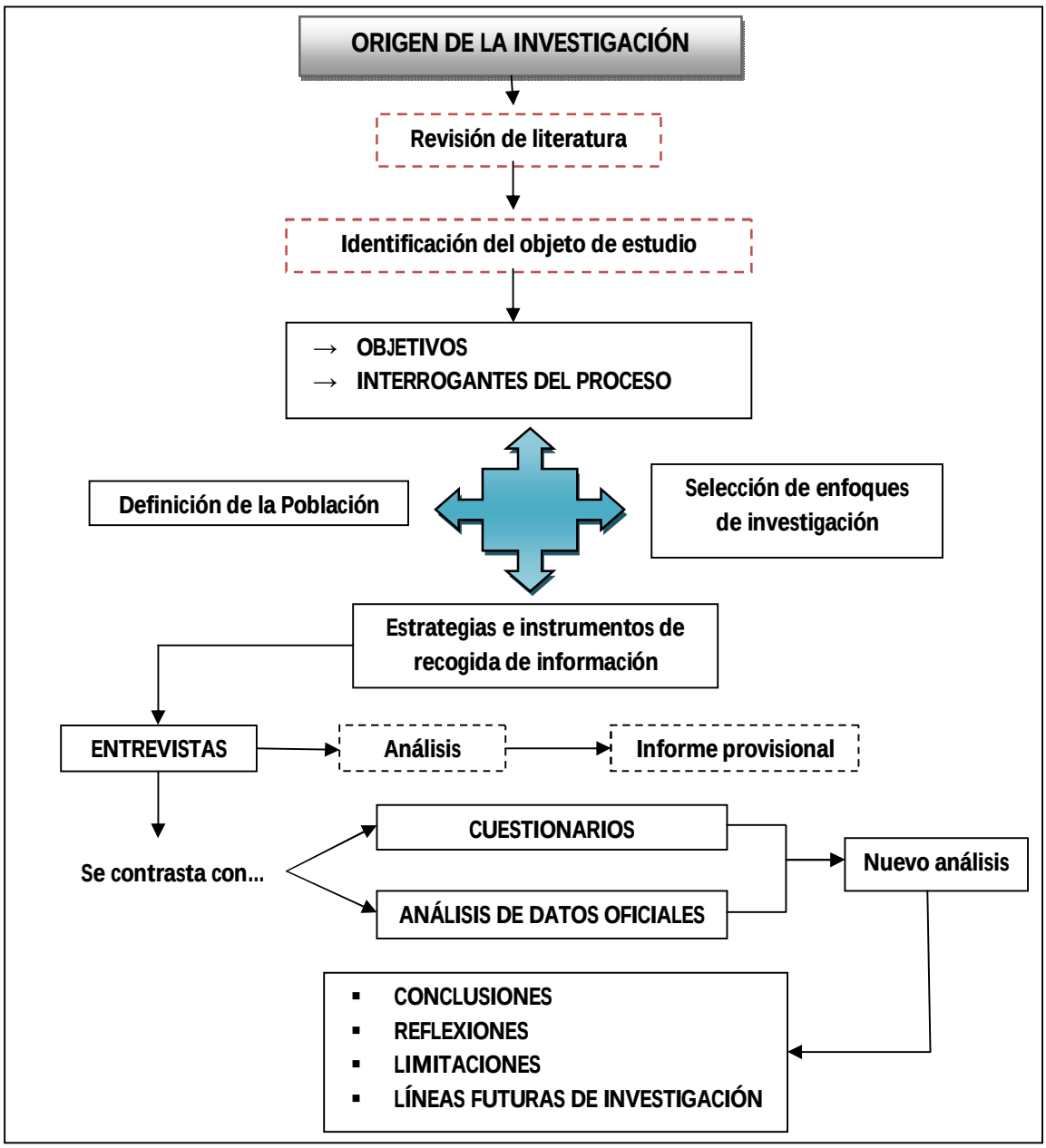


Figura. 40. Estructura final de nuestra investigación.

Para finalizar la investigación, recogemos una serie de conclusiones e implicaciones a partir de los resultados obtenidos mediante los cuales podemos hacer una descripción de la aportación del proceso de atención infantil temprana al proceso de nueva escolarización en el 2º ciclo de la etapa de educación infantil del alumnado con trastornos en el desarrollo o el riesgo de padecerlo en la provincia de Huelva. Los datos obtenidos también nos permitirán valorar las propuestas de los agentes que participan en ambos procesos referidas a la formación inicial y permanente, la validez de los procesos de detección y de derivación definidos entre la Consejería de Salud y la Consejería de Educación, la determinación de la eficacia de los procesos de coordinación intra e interadministrativa que se establecen, entre otros.

Hemos expuesto de forma general, las fases y procedimientos seguidos en el diseño y desarrollo de nuestro estudio. A continuación, todo este proceso lo iremos desarrollando con mayor profundidad y detalle en el siguiente capítulo y en los apartados que lo desarrollan.

V.6. DESCRIPCIÓN DE LA POBLACIÓN

Hemos comentado en diferentes momentos de esta tesis, que la decisión respecto a los sujetos que iban a participar en la investigación se adoptó considerando a todos los agentes que de una forma directa están implicados en el proceso de atención infantil temprana y en el proceso de escolarización. En este sentido, se ha intentado y conseguido abarcar toda la muestra representativa de la población.

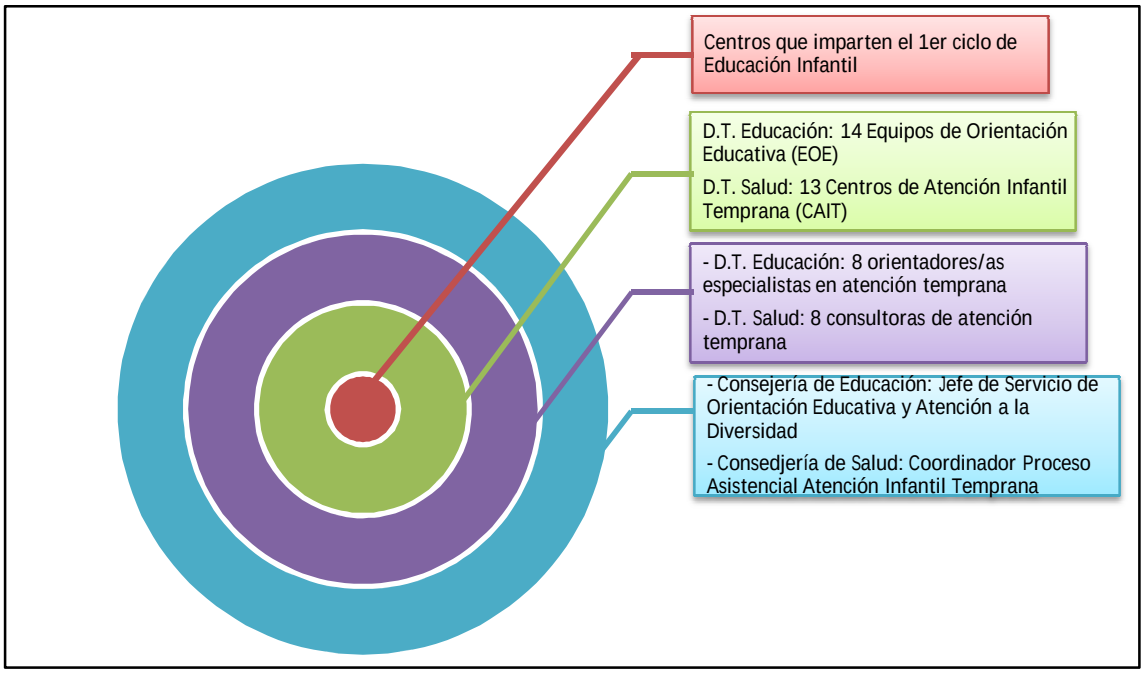


Figura 41. Población objeto de la investigación

Asimismo, establecimos un gradiente en cuanto al ámbito de actuación de los diferentes agentes participantes en nuestro estudio, es decir; a nivel autonómico, contamos con el

Coordinador Regional del Proceso de Atención Infantil Temprana de la Consejería de Salud y con el Jefe de Servicio de Orientación Educativa y Atención a la Diversidad de la Consejería de Educación, a nivel provincial hemos tenido en cuenta al EPAT de cada provincia y por tanto, a la consultora de atención temprana de cada Delegación Territorial de Salud y a los orientadores y orientadoras especialistas en atención temprana de cada Delegación Territorial de Educación, a nivel de la provincia de Huelva y de cada una de las zonas educativas y de salud, a los diferentes EOE y CAIT respectivamente y por último, en lo que a su ámbito de actuación se refiere y no por ello menos importante, más bien todo lo contrario, es decir, a mi parecer se trata del ámbito más determinante e influyente en ambos procesos, pues se trata de los profesionales que tienen contacto directo con los niños y niñas escolarizados en los centros que imparten el primer ciclo de Educación Infantil.

Por lo tanto, en este apartado vamos a describir la muestra total de sujetos que formaron parte de la investigación. Para ello deberemos diferenciar entre los que fueron seleccionados para ser entrevistados y a los que se les ofreció el cuestionario.

V.6.1. SUJETOS SOBRE LOS QUE SE REALIZÓ EL ANÁLISIS DE DOCUMENTOS

El análisis de documentos supone en nuestra investigación el punto de partida para conocer, comparar y contrastar la realidad de los niños y niñas con algún trastorno en el desarrollo o el riesgo de padecerlo, que inician su escolarización en el 2º ciclo de Educación Infantil en las diferentes provincias andaluzas. Para ello, hemos recurrido a las estadísticas oficiales que nos aportan la Consejería de Salud y la Consejería de Educación, en lo que respecta a:

1. Número de niños y niñas, de cada una de las provincias de Andalucía, durante los cursos 2014/2015, 2015/2016 y 2016/2017, que presentaban un trastorno en el desarrollo o el riesgo de padecerlo y que por tanto, estaban siendo atendidos en un CAIT en el momento de su acceso al 2º ciclo de Educación Infantil, es decir en el año en el que cumplen los 3 años de edad (Consejería de Salud).
2. Número de niños y niñas, de cada una de las provincias de Andalucía, durante los cursos 2014/2015, 2015/2016 y 2016/2017, que en el proceso de nueva escolarización en el 2º ciclo de la etapa de Educación Infantil correspondiente a cada año académico son identificados como alumnado que presenta NEE por los equipos de orientación educativa (Consejería de Educación).

Además, este análisis nos posibilita complementar, orientar y matizar la información obtenida mediante otros instrumentos de recogida de datos como la entrevista y el cuestionario, que en esta investigación se han utilizado con posterioridad a éste.

Según Estebaranz, A. (1994) el análisis de documentos es una técnica muy útil que puede utilizarse para describir un aspecto del funcionamiento o hacer un retrato de la escuela o

parte de ella. En esta línea, los documentos seleccionados para el análisis en esta fase son los dos documentos más relevantes en materia de atención infantil temprana y de escolarización.

V.6.2. SUJETOS A LOS QUE SE LES REALIZÓ LA ENTREVISTA

Dadas las características y finalidad de un instrumento como la entrevista, nos propusimos realizar un número significativo de éstas a sujetos que pudieran ser considerados como informantes claves y como tales, nos proporcionaran información relevante que sería usada posteriormente para la elaboración del cuestionario.

Para lograr este objetivo decidimos utilizar el procedimiento denominado por Goetz y LeCompte (1988) "*selección basada en criterios*" y por Patton (1980) "*muestreo intencionado*" que consiste en determinar por adelantado las características que deberían poseer los sujetos que formaran parte de la investigación.

La muestra de sujetos que fue elegida para ser entrevistada debió reunir las características que resumimos en la figura 41.

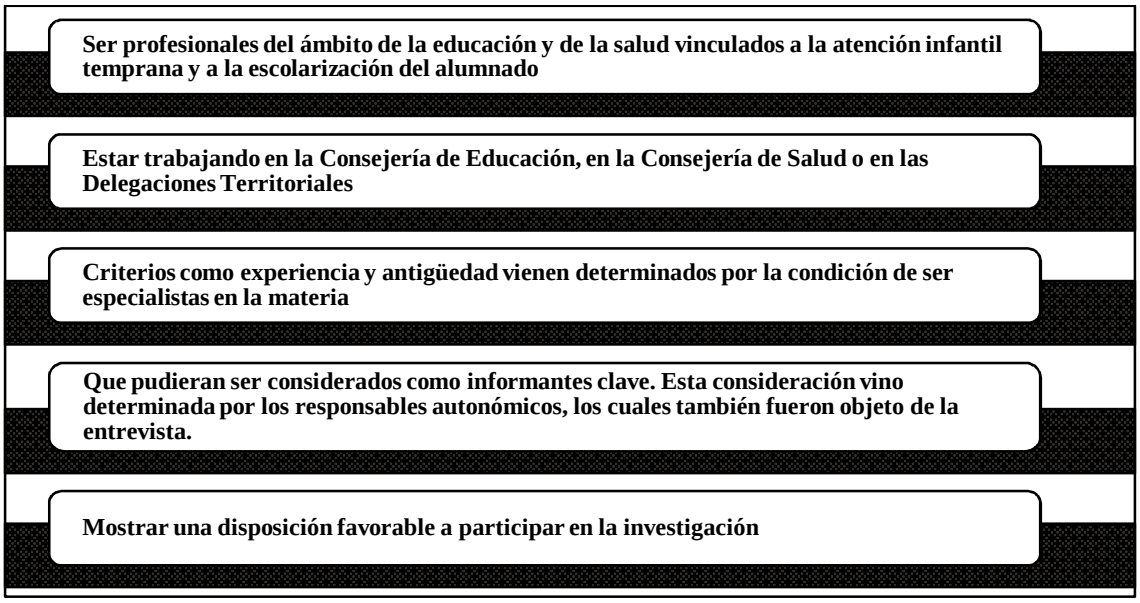


Figura 42. Características que debían reunir los sujetos para participar en la entrevista

La muestra total de sujetos entrevistados fue de dieciocho profesionales, de los cuales dos son los referentes a nivel regional del proceso de atención infantil temprana y del proceso de escolarización del alumnado con necesidades educativas especiales, es decir, el Coordinador Regional del Proceso de Atención Infantil Temprana de la Consejería de Salud y el Jefe de Servicio de Orientación Educativa y Atención a la Diversidad de la Consejería de Educación respectivamente, así como las dieciséis restantes se realizaron a las ocho consultoras de atención temprana de cada Delegación Territorial de Salud y a los ocho orientadores y orientadoras especialistas en atención temprana de cada Delegación Territorial de Educación. Ambos perfiles

profesionales cada uno dependientes de las Consejerías de Salud y de Educación, consultora y orientador u orientadora especialista, conforman el EPAT de cada provincia.

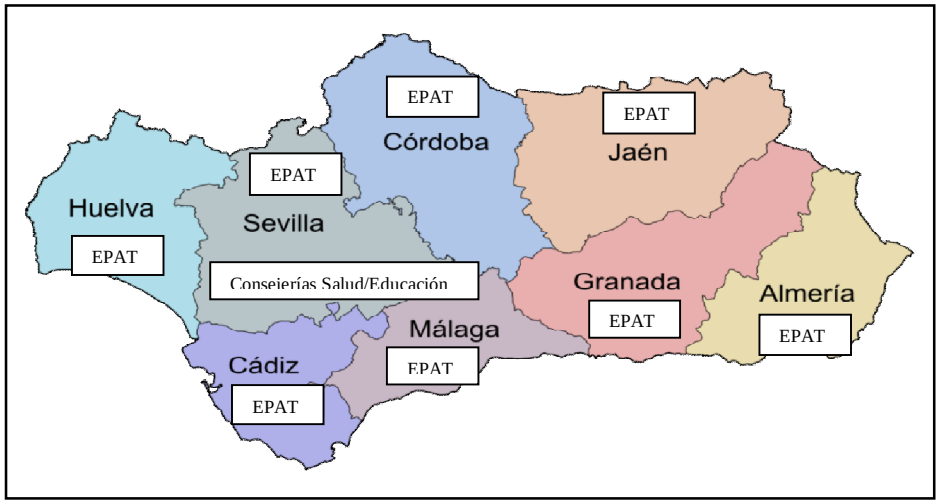


Figura 43. Distribución geográfica de los sujetos a los que se les realizó la entrevista

A continuación describimos en la tabla 32, las características de identificación de estos dieciocho sujetos que componen la muestra final de las entrevistas. Esta identificación se refiere a los siguientes referentes:

- Ámbito: regional o provincial
- Administración de la que depende
- Experiencia en AIT
- Antigüedad en el cargo

Número de entrevista	Ámbito de actuación	Administración de la que depende	Experiencia Atención Infantil Temprana	Antigüedad en el cargo
Entrevista 1	Regional	Educación	12	8
Entrevista 2	Regional	Salud	35	10
Entrevista 3	Provincial	Educación	20	7
Entrevista 4	Provincial	Educación	19	2
Entrevista 5	Provincial	Educación	15	2
Entrevista 6	Provincial	Educación	14	6
Entrevista 7	Provincial	Educación	14	2
Entrevista 8	Provincial	Educación	18	6
Entrevista 9	Provincial	Educación	12	8
Entrevista 10	Provincial	Educación	16	6
Entrevista 11	Provincial	Salud	7	10
Entrevista 12	Provincial	Salud	17	10
Entrevista 13	Provincial	Salud	12	10
Entrevista 14	Provincial	Salud	15	10
Entrevista 15	Provincial	Salud	11	10
Entrevista 16	Provincial	Salud	9	10
Entrevista 17	Provincial	Salud	7	10
Entrevista 18	Provincial	Salud	15	10

Tabla 32. Características de identificación de los profesionales que participan en la entrevista

Estos profesionales a través de las entrevistas realizadas, tal y como comentamos anteriormente, nos han proporcionado información relevante que nos ha permitido a su vez, la elaboración del cuestionario. Este instrumento fue dirigido a otros sujetos que definimos a continuación, siguiendo el gradiente establecido para la recogida de información necesaria en esta investigación.

V.6.3. SUJETOS A LOS QUE SE LES PROPORCIONÓ EL CUESTIONARIO

El cuestionario fue el último de los instrumentos que se elaboró y que se aplicó, dado que nuestro proceso de investigación implicaba una gradación en cuanto a la administración de los instrumentos seleccionados y a los sujetos a los que se dirigían, desde el ámbito de actuación más general al ámbito más cercano al niño o niña. Así, mientras que el análisis de documentos y la entrevista se aplican con un carácter regional, el cuestionario se centra en la recogida de datos a nivel provincial, concretamente, en la provincia de Huelva. El motivo por el que este instrumento se restringe a una sola provincia responde a un criterio de selección de muestra, puesto que son diferentes perfiles profesionales los que participan en el estudio y en el caso de los profesionales de los centros que imparten el primer ciclo de Educación Infantil, el número es muy elevado. No es nuestra intención que los resultados puedan generalizarse a otras provincias, porque entendemos que las diferencias pueden ser significativas. Sin embargo, creemos que pueden ser satos de interés general y que pueden suponer el inicio de futuras investigaciones en otras provincias y/o a nivel regional.

La selección de sujetos a los que se aplicaría el cuestionario, comenzó averiguando el número de EOE, de CAIT y de centros que impartían el 1er ciclo de Educación Infantil en la provincia de Huelva. Para recabar estos datos se solicitó información a la Delegación Territorial

de Educación, concretamente al Servicio de Ordenación Educativa y al ETPOEP; y a la Delegación Territorial de Salud, concretamente al Servicio de Salud Pública, ambas Delegaciones dependientes de la Junta de Andalucía. En principio fueron unos datos relativamente fáciles de obtener, pues los números de los tres ámbitos incluidos en este estudio estaban totalmente identificados en cada Administración. De este modo, concluimos que la población total a la que nos dirigimos estaba compuesta por catorce EOE, trece CAIT, ochenta y cinco escuelas infantiles y setenta y cinco centros de educación infantil de la provincia de Huelva.

Presentamos a continuación la relación de EOE y CAIT en la provincia de Huelva, así como su distribución en la misma, teniendo en cuenta que las zonas de influencia y/o actuación no son coincidentes en la mayoría de los casos:

EOE	CAIT
EOE Aracena	CAIT Aracena
EOE Bollullos del Condado	CAIT La Sabina (Almonte)
EOE Cortegana	CAIT La Torrecita (San Bartolomé de la Torre)
EOE Huelva Este	CAIT ASPROMIN (Huelva)
EOE Huelva Norte	CAIT AONES (Huelva)
EOE Huelva Oeste	CAIT ASPACEHU (Huelva)
EOE Huelva Sur	CAIT ANSARES (Huelva)
EOE Isla Cristina	CAIT LEPE (Lepe)
EOE Minas de Riotinto	CAIT CEDITER (Cartaya)
EOE Moguer	CAIT Asociación Abriendo Puertas (Moguer)
EOE Puebla De Guzmán	CAIT ASPANDAYA (Ayamonte)
EOE Punta Umbría	CAIT ASPRODESORDOS (Huelva)
EOE Valverde	CAIT APAMYS (Valverde)
EOE Especializado	

Tabla 33. Relación de EOE y CAIT en la provincia de Huelva

Hemos de señalar que se eliminó de la muestra la opción del EOE Especializado, pues en él se integra la orientadora especialista de atención temprana que ya fue objeto de una entrevista y cuyo ámbito de actuación es provincial, mientras que uno de los criterios de aplicación del cuestionario era que el ámbito de actuación fuese zonal o individual.

Por otro lado, es necesario reiterar que la Consejería de Educación y la Consejería de Salud no comparten los mismos criterios de zonificación para la ubicación y distribución de sus equipos zonales. Así, mientras Educación se organiza en zonas CEP (áreas de influencia de los distintos Centros del Profesorado), Salud se organiza en Zonas Básicas de Salud, por ello en muchos casos no existe una correlación directa entre las zonas que atienden los EOE y los CAIT. Esta circunstancia no está exenta de dificultades en lo que respecta a:

- Coordinación entre CAIT y EOE cuando atienden zonas que solo comparten algunas localidades.
- Equipos con escasa capacidad de atención a determinadas zonas de su influencia, especialmente, en lo que respecta a los CAIT, pues son los usuarios los que han de desplazarse a sus instalaciones, lo cual es realmente complicado para algunas familias y en algunas zonas con dificultades de comunicación por carretera.

Esta zonificación, se puede apreciar con mayor claridad en la figura 43, que presentamos a continuación.

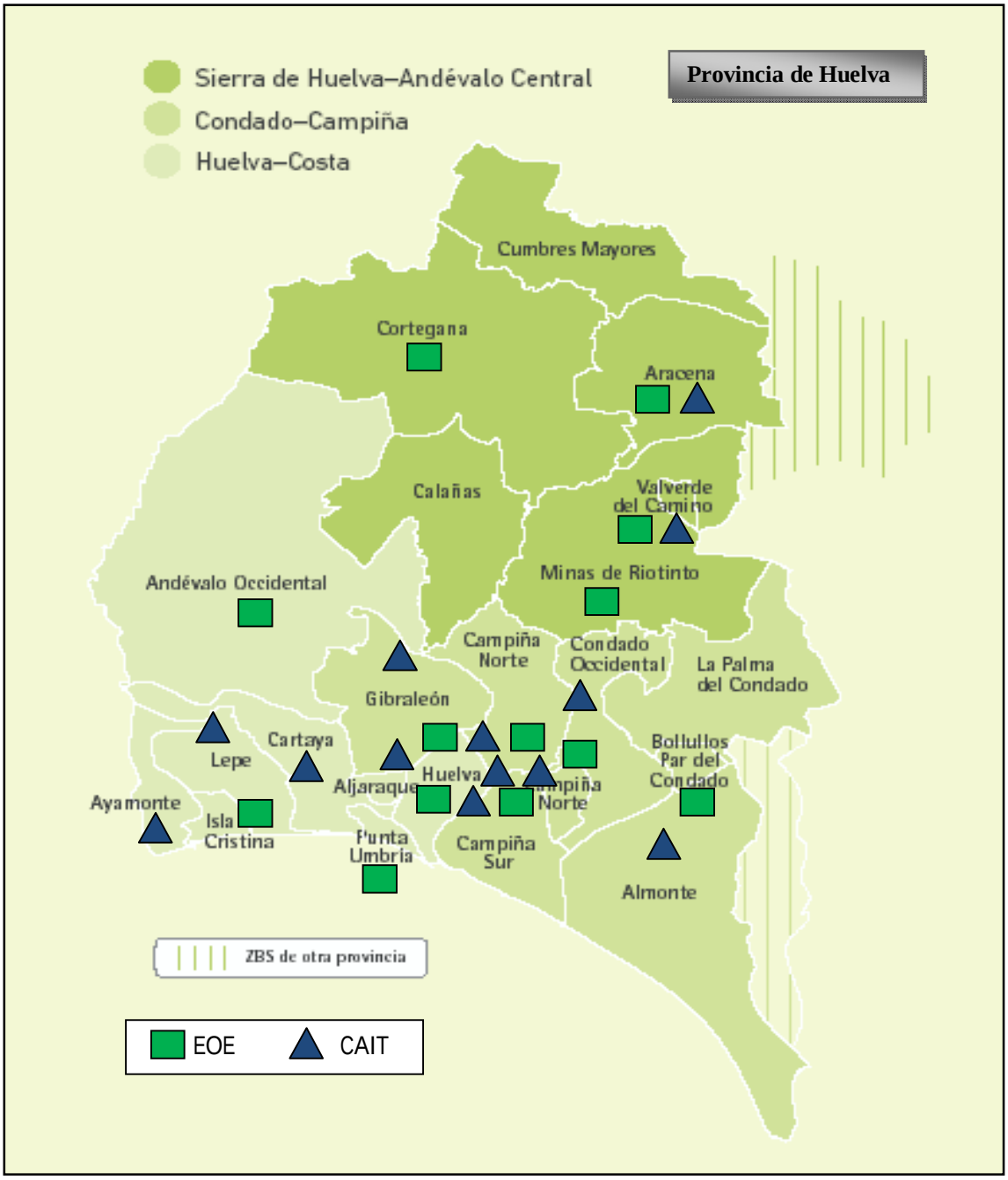


Figura 44. Distribución zonal de EOE y CAIT en la provincia de Huelva

Una vez identificados los destinatarios del cuestionario, era fundamental seleccionar la muestra. Para ello, lo primero que nos planteamos fue calcular el tamaño de una muestra representativa de la población. La determinación del tamaño más apropiado es un proceso complejo y laborioso tal y como apuntan autores como Manzano (1998, 61). Igualmente importante es el proceso en sí, ya que *"solamente un adecuado muestreo asegurará la representatividad de la muestra"* (San Martín y Otros, 1990, 16).

En realidad, pocas veces es posible medir a toda la población por lo que, como es habitual en muchas investigaciones, realizamos una selección de la muestra. Se pretende que este

subconjunto, sea un reflejo fiel del conjunto de la población. Todas las muestras bajo enfoque cuantitativo deben ser representativas, los términos al azar y aleatorios denominan un tipo de procedimiento mecánico relacionado con la probabilidad y con la selección de elementos; pero no logran esclarecer tampoco el tipo de muestra y el procedimiento de muestreo.

Acabamos de hacer referencia a la importancia de la correcta elección de la muestra para que sea representativa para nuestra población pero, tal y como afirman Lagares y Puerto (2001) existen diferentes formas de elegir una muestra y por tanto, tres tipos de muestreo que definen de la siguiente manera:

1. *Muestreo probabilístico: es aquel en el que cada muestra tiene la misma probabilidad de ser elegida.*
2. *Muestreo intencional u opinático: en el que la persona que selecciona la muestra es quien procura que sea representativa, dependiendo de su intención u opinión, siendo por tanto la representatividad subjetiva.*
3. *Muestreo sin norma: se toma la muestra sin norma alguna, de cualquier manera, siendo la muestra representativa si la población es homogénea y no se producen sesgos de selección.*

En nuestra investigación, hemos realizado un muestreo probabilístico, ya que es el que nos asegura la representatividad de la muestra y nos permite el cálculo de la estimación de los errores que se cometen. A su vez, dentro del muestreo probabilístico se puede distinguir (Lagares y Puerto, 2001) entre los siguientes tipos de muestreo:

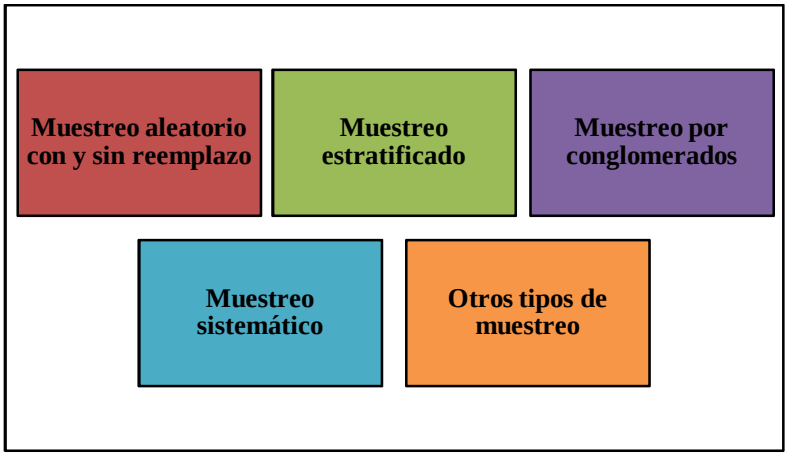


Figura 45. Tipos de muestreo probabilístico (Lagares y Puerto, 2001)

De entre los tipos de muestreo probabilístico, el realizado en nuestra investigación es el muestreo de tipo estratificado, dado que queremos hacer un estudio para saber qué opinión y qué valoración hacen de los procesos de atención infantil temprana y del proceso de escolarización los diferentes profesionales implicados. Es una realidad que los CAIT no realizan el mismo tipo de intervenciones que los EOE, ni tampoco que los centros que imparten el primer ciclo de Educación Infantil. Nos interesa entonces que toda esta información que

tenemos de antemano nos ayude a construir una muestra más significativa. De hecho, nos interesa que todos esos colectivos estén representados en nuestra muestra. A los colectivos que hemos definido, CAIT, EOE y centros de primer ciclo, fueron los estratos. Sin embargo, dada la facilidad para el acceso al campo y a propuesta de compañeros y compañeras de la Consejería de Educación, se intentó abarcar a toda la muestra de EOE y CAIT, excepto para los centros que imparten el primer ciclo dado el volumen tan alto de centros que existe en la provincia (85 escuelas infantiles y 75 centros de educación infantil), pues podíamos anticipar en el caso de estos centros un bajo índice de respuesta que no nos permitiera alcanzar un nivel de representatividad suficiente.

En este sentido, teniendo en cuenta la diferenciación de perfiles profesionales (estratos) a los que dirigimos nuestro cuestionario y a la magnitud, en el caso concreto de los centros que imparten el primer ciclo de Educación Infantil, consideramos proceder a calcular el tamaño de una muestra representativa de la población de estos centros. En este caso, optamos por un muestreo por conglomerados ya que nos permite dividir la población en unidades o grupos, llamados conglomerados, estableciendo un criterio de ubicación, principalmente por las implicaciones que ello puede tener a la hora de poder recibir los servicios de atención infantil temprana, tanto desde Salud como desde Educación. Por ello, los conglomerados que definimos fueron: zona urbana/ zona costa/ zona rural, realizando al mismo tiempo una relación proporcional según la titularidad de los centros (titularidad pública/ titularidad privada-conveniada), sin olvidar que son muchos más los centros de titularidad privada- conveniada que los públicos. De este modo, podríamos afirmar que la muestra obtenida supone la mayor representatividad posible de la población, es decir, representan la heterogeneidad de la población objeto del estudio y son entre sí homogéneos.

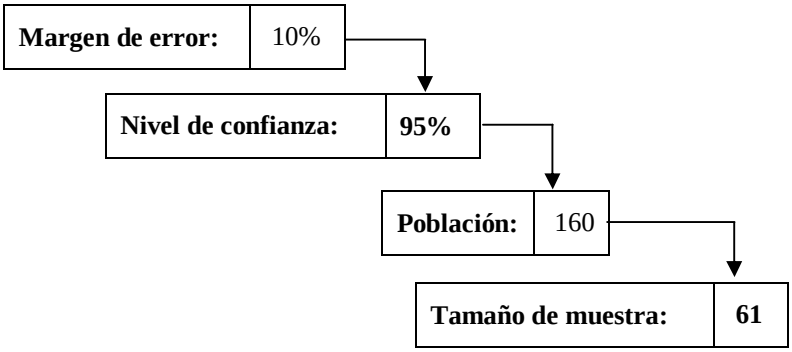
El cálculo de la muestra representativa de los centros que imparten el primer ciclo en la etapa de Educación Infantil, del total de 160, entre escuelas infantiles y centros de educación infantil, se realizó mediante la siguiente fórmula:

Ecuación Estadística para Proporciones Poblacionales

$$n = \frac{z^2(p*q)}{e^2 + \left(\frac{z^2(p*q)}{N}\right)}$$

n= Tamaño de la muestra
z= Nivel de confianza deseado
p= Proporcion de la poblacion con la caracteristica deseada (exito)
q=Proporcion de la poblacion sin la caracteristica deseada (fracaso)
e= Nivel de error dispuesto a cometer
N= Tamaño de la poblacion

Por lo que obtuvimos los siguientes datos:



De este modo, la población a la que se envió el cuestionario fue la siguiente:

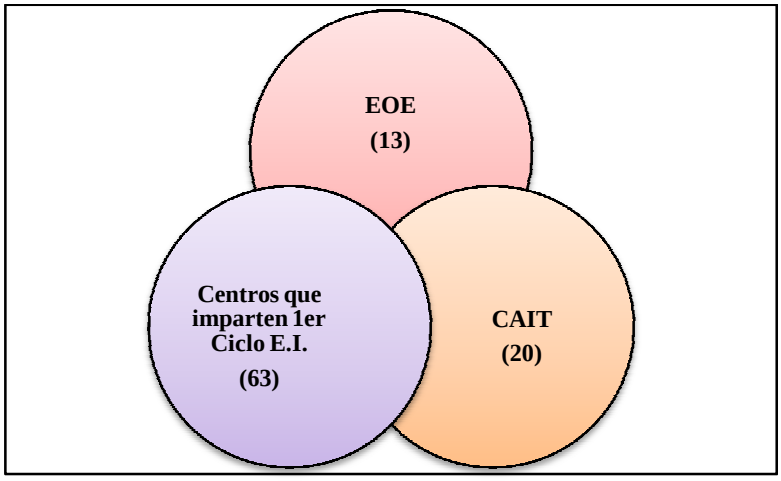


Figura 46. Sujetos a los que se les proporcionó el cuestionario

El proceso de envío de los cuestionarios, se llevó a cabo a través de diversas formas:

→ Algunos a través del correo electrónico, adjuntando el cuestionario en formato pdf editable.

→ La gran mayoría a través de correo electrónico, desde la aplicación "Google Forms" a través de la cual los destinatarios podían responder *on line* el cuestionario.

→ Otros sirviéndonos de compañeros y compañeras de la Delegación Territorial de Educación y de la Delegación Territorial de Salud.

→ Directamente, gracias al conocimiento de gerentes y coordinadores de CAIT y EOE, respectivamente.

→ Y por último, pidiendo la colaboración a compañeros y compañeras de Equipos de Orientación Educativa de las distintas zonas.

Tal y como se había previsto, es usual encontrar bajos índices de respuesta cuando se envía de forma masiva un cuestionario. Metodológicamente este fenómeno es denominado como el de *"la no respuesta"*. Para Martínez (1995b, 499) bajo esta etiqueta general suelen darse diversos tipos de problemas, siendo los más comunes los *"no contactos"* (los instrumentos no llegan a los sujetos y éstos no tienen la oportunidad de responder), y los *"rechazos"* (los sujetos rehúsan contestar; no quieren proporcionar información).

Manzano (1998, 91) por su parte, recuperando a otros autores aglutina las razones de los bajos índices de respuesta cuando afirma que: *"La gente no está y cuando está, está ocupada. No creen que el estudio tenga consecuencias positivas o sospechan que tenga consecuencias negativas o ambas cosas. Desconfían..."*. En nuestro estudio, a pesar del fácil acceso al campo y de la insistencia, no ha sido una excepción. El número total de cuestionarios que se enviaron fue de: 13 EOE, 20 CAIT y 63 centros de primer ciclo. Tuvimos en cuenta que en el caso de los CAIT, existen en la provincia de Huelva, entidades privadas que ofrecen servicios de atención infantil temprana, aunque no se integran en el circuito de Salud Pública y por tanto, no son considerados CAIT, sin embargo, nos parecía que su opinión era interesante. El número total de cuestionarios recibidos fue de ciento cinco de los cuales nueve fueron eliminados por estar incompletos, incorrectamente contestados o cumplimentados por profesionales que no formaban parte de la población a la que nos dirigíamos. Por todo ello, el número final de cuestionarios analizados fue de ochenta y nueve.

Identificados y presentados los sujetos a los que se dirigieron los diferentes instrumentos utilizados en esta investigación, en el apartado siguiente nos vamos a situar en los aspectos metodológicos de la investigación que hacen referencia al análisis y recogida de información. En primer lugar nos ocuparemos de estos últimos instrumentos, justificando su elección y utilización, así como realizaremos una breve descripción de los mismos.

V.7. TÉCNICAS E INSTRUMENTOS DE RECOGIDA DE INFORMACIÓN EN ESTA INVESTIGACIÓN

Una vez que hemos definido nuestro objeto de estudio, el enfoque y las fases del proceso de investigación y, la población objeto de estudio, es necesario presentar la selección de instrumentos que hemos utilizado. Dicha selección no ha de plantearse desde la premisa inicial de intentar únicamente responder a la pregunta *"¿qué puedo estudiar con las técnicas que poseo?"*, tal y como indica González Río (1997, 40) sino que nos propusimos buscar y seleccionar aquellos instrumentos más adecuados y que mejor respondían a los interrogantes que nos planteamos.

En esta investigación hemos utilizado tres tipos de instrumentos como ya hemos avanzado anteriormente:

Figura 47. Instrumentos para la recogida de información en esta investigación

Esta investigación requiere que profundicemos en el necesario análisis teórico y práctico de los instrumentos que hemos seleccionado, de modo que ofrezcamos una fundamentación sólida en la que puedan sustentarse el posterior análisis e interpretación de los datos.

V.7.1. ANÁLISIS DE DOCUMENTOS

En este primer momento de la investigación tratamos de conocer, comparar y contrastar la realidad de los niños y niñas con algún trastorno en el desarrollo o el riesgo de padecerlo, que inician su escolarización en el segundo ciclo de Educación Infantil en las diferentes provincias andaluzas. Para ello, hemos recurrido a los datos oficiales que nos aportan la Consejería de Salud y la Consejería de Educación.

Además, en esta fase de la investigación pretendemos dar respuesta al primero de los objetivos específicos que nos proponemos conseguir:

> *"Conocer, según datos oficiales, el número de alumnos y alumnas de nueva escolarización en el segundo ciclo de la etapa de Educación Infantil que han sido identificados como alumnado con necesidades educativas especiales por los equipos de orientación educativa en Andalucía, así como el tipo de necesidad educativa especial, la modalidad de escolarización y los recursos específicos personales propuestos en los correspondientes dictámenes de escolarización, en los últimos cursos académicos."*

Gracias a la revisión de literatura, realizada en las primeras fases de esta investigación, hemos tenido oportunidad de encontrar multitud de estudios en los que se utilizan documentos escritos como fuente de información. El análisis documental (Elliot, 1983, 1993; Woods, 1987; Goetz y LeCompte, 1988; Stake, 1998; Hopkins, 1989) aporta una importante y significativa cantidad de datos que ayudan a conocer aspectos concretos de la realidad objeto de estudio. La utilización de estas pruebas documentales, a las que se refiere Hopkins (1989), nos proporciona el conocimiento, en profundidad, y la comprensión de la temática a investigar, que de otra manera nos sería imposible de conseguir. Estas fuentes, a su vez, constituyen para Santos (1989, 123) una *"parte relevante de la realidad misma"* que estamos investigando.

Aunque la tipología de documentos que hemos tenido la posibilidad de manejar en esta investigación para poder ser analizados ha sido muy diversa, hemos optado por centrarnos en aquellos documentos de carácter oficial que nos aportaran datos objetivos y cuantificables, que nos permitieran medir los aspectos que nos interesaban, directamente relacionados con nuestro objeto de estudio. Estos datos se refieren a:

a) Población de niños y niñas de dos años de edad, por provincia, que es atendida en un CAIT.
b) Población de niños y niñas de dos años de edad, por provincia, que en el acceso al segundo ciclo de Educación Infantil es identificada como alumnado que presenta NEE.

Recordemos que recurrimos al análisis de documentos como una técnica indirecta de recogida de datos, partiendo de los datos oficiales sobre atención infantil temprana y escolarización que nos aportan la Consejería de Salud y la Consejería de Educación. El análisis de estos datos se basa en la revisión e interpretación como instrumento de recogida de información, proceso que se realizó de manera científica, es decir, de manera sistemática, objetiva, replicable y válida. El análisis posterior a la revisión e interpretación podría hacerse de manera cualitativa o cuantitativa, nosotros lo haremos de manera cuantitativa. En esta revisión e interpretación de los datos sólo recogeremos lo manifiesto, obvio, directo, representación y expresión del sentido con el que se elaboran (Ruiz Olabuénaga, 1996, p. 195)

En este sentido, la herramienta más utilizada para el análisis de datos es la estadística. Esta disciplina proporciona innumerables beneficios a la investigación científica y tecnológica. La estadística descriptiva se entiende como el conjunto de métodos para procesar información en términos cuantitativos de tal forma que se les dé un significado. La estadística inferencial estudia la confiabilidad de las inferencias de que los fenómenos observados en la muestra son extensivos a la población de donde se obtuvo la muestra, es decir, facilita el establecimiento de inferencias de la muestra analizada hacia la población de origen según Bericat (1998). Dado que los datos estadísticos que vamos a presentar en este apartado se refieren a datos de carácter oficial cuyo objeto es contextualizar el estudio realizado posteriormente, hemos optado por la estadística descriptiva.

Entre los sistemas para ordenar los datos se encuentran principalmente la distribución de frecuencias y la representación gráfica. Estos sistemas de organización y descripción de los datos permiten realizar un análisis de datos univariado, bivariado o trivariado, dependiendo de los objetivos y de la naturaleza de la investigación que se realiza (Arnal, J., Del Rincón, D., y Latorre, A. ,1992).

> "*Analizar significa establecer categorías, ordenar, manipular y resumir los datos*". (Kerlinger, 1982, p. 96).

En definitiva, como se indica en multitud de estudios (Zabalza, 1986; Martínez Rodríguez, 1990; Porlán y Martín, 1993), este instrumento de recogida y procesamiento de datos constituye un gran material documental, de significativo valor, tanto en lo que se refiere a lo descriptivo, como a lo interpretativo, constituyéndose como una fuente especialmente provechosa para este tipo de investigaciones.

V.7.2. ENTREVISTA

V.7.2.1. Consideraciones de Carácter Teórico

La entrevista es el segundo de los instrumentos de recogida de información que se ha utilizado en nuestro estudio, aunque de forma casi paralela al análisis de documentos, tal y como hemos indicado en el apartado anterior. Ésta, de entre las diversas posibilidades existentes en la investigación cualitativa en general (Spradley, 1979; Patton, 1980; Taylor y Bogdan, 1992; Alonso, 1998; Valles, 2000 y 2002; Shaw, 2003; etc.) consideramos que es el medio más idóneo para la obtención de datos que requieren diálogo, explicaciones, etc.; y permite profundizar en la información, que en este caso, era relevante para la construcción posterior del cuestionario.

Además, teniendo en cuenta las características de nuestro estudio, en el que toman parte sujetos con responsabilidades distintas, es imprescindible establecer un medio como la entrevista que nos permita recoger sus interpretaciones e ideas sobre los hechos que acontecen.

Entendemos la entrevista como un diálogo iniciado por el entrevistador con el propósito específico de obtener información relevante para la investigación y enfocado por él sobre el contenido especificado por los objetivos de descripción, de predicción o de explicación sistemática (Cohen y Manion, 1990).

Asimismo podemos señalar, de acuerdo con Rodríguez, Gil y García (1996), que la entrevista es una técnica en la que una persona (entrevistador) solicita información de otra o de un grupo (entrevistados, informantes), para obtener datos sobre un problema determinado. Esta técnica presupone pues, la existencia al menos de dos personas y la posibilidad de interacción verbal; su objetivo es el acceso a las perspectivas del entrevistado en torno a algún tema seleccionado por el entrevistador (Patton, 1980).

Para Walker (1989, 114) en las entrevistas las personas entrevistadas *"pueden reflexionar, hasta cierto punto, sobre sus propias acciones, o, al menos, se les puede inducir a hacerlo"*. Por lo tanto el término entrevista conlleva implícitamente *"el supuesto de que el informante es un investigador, en la medida en que puede ofrecer explicaciones reflexivas y contrastarlas con la experiencia"*.

La elección de esta técnica de investigación cualitativa se justifica en nuestra investigación, recordando el objetivo último de ésta: la aportación de información para la posterior construcción del cuestionario a aplicar a los profesionales de los EOE de los CAIT y de los centros que imparten el primer ciclo de educación infantil. Pero al considerar este instrumento de recogida de información, tampoco se ha olvidado que la misma también presenta algunos inconvenientes en los que no nos adentramos, aunque sí haremos algunas referencias.

Lázaro y Asensi (1989, 286) al respecto señalan que: *"La investigación ha puesto de manifiesto que, en general, la entrevista carece de la suficiente fiabilidad y validez como método de medida y diagnóstico. Ello se debe, principalmente a que es una técnica muy subjetiva, tanto en su planteamiento como en su desarrollo y, por supuesto, en la interpretación. Exige también preparación técnica y buenas cualidades personales. Otra dificultad radica en ser una técnica lenta"*.

Continuando con las dificultades, este instrumento puede ser una limitación cuando se pretende llegar a una distribución geográfica amplia, es un método costoso tanto desde una perspectiva económica como humana.

En otro sentido, Taylor y Bogdan (1990) aprecian como desventajas de las entrevistas que al tratarse de datos que consisten solamente en enunciados verbales o discurso, son susceptibles de producir las mismas falsificaciones, engaños, exageraciones y distorsiones que caracterizan el intercambio verbal entre cualquier tipo de personas: es posible que exista una gran discrepancia entre lo que dicen y lo que realmente hacen. Por otra parte, nos hace reflexionar que las personas dicen y hacen cosas diferentes en distintas situaciones y que los entrevistadores no observan directamente a las personas en su vida cotidiana, por tanto, no conocen el contexto necesario para comprender muchas de las perspectivas y argumentos recogidos. Es decir, es posible que los entrevistadores comprendan mal el lenguaje de los informantes.

De todas formas y asumiendo estas limitaciones, creemos que de acuerdo con el objetivo planteado, para la utilización de este instrumento, es una de las técnicas más válidas para la profundización de los datos, y éste es uno de los aspectos que nos han inclinado por su utilización: la flexibilidad y el grado de profundización que permite.

El profesional entrevistado ante esta situación, puede describir sus opiniones y opciones personales y profesionales, indicar las causas, ilustrar sus respuestas con ejemplos desde su propia interpretación personal. No cabe duda que este método permite reflexionar al profesional sobre lo que se le plantea y permite al entrevistador indagar siguiendo la línea de información que desea conseguir.

Respecto a las anteriores limitaciones, no olvidemos que en el estudio, ésta no ha sido el único instrumento de investigación empleado, sino que el análisis previo de documentos, así

como la aplicación y análisis del cuestionario posterior permitiría una triangulación metodológica en la investigación. Por otra parte, para salvar el posible inconveniente que se refiere al *"ejercicio interactivo"* que puede hacer que el entrevistador se aleje de la idea original de la investigación, hemos optado porque sea el propio investigador quien realice las entrevistas.

Estamos haciendo referencia a la entrevista, como instrumento de recogida de información y aunque Saudin (1985) (citado por Del Rincón y otros, 1995) indica una serie de características comunes a ellas como son: comunicación verbal, finalidad específica, situación aritmética, proceso bidireccional; no podemos entender esta técnica desde una perspectiva única puesto que existen diversos tipos de entrevistas y diversas clasificaciones según diferentes criterios. (....Denzin, 1978; Vázquez Gómez, 1985, Patton, 1987; Goetz y LeCompte, 1988; Cohen y Manion, 1990; Taylor y Bogdan, 1990; Rodríguez, Gil y García, 1996, Valles, 2002; etc.).

Uno de los criterios que se utiliza para esta diferenciación es el de su finalidad. Rodríguez, Gil y García (1996) clasifican éstas según el propósito profesional con que se utiliza, pudiendo cumplir con algunas de estas funciones:

a) Obtener información de individuos o grupos.
b) Influir sobre ciertos aspectos de la conducta (opiniones, sentimientos, comportamientos).
c) Ejercer un efecto terapéutico.

Desde este mismo criterio, la finalidad, Cohen y Manion (1990, 378) señalan tres finalidades básicas de la entrevista que ellos estiman dentro de una investigación: "*la recogida de información, relativa a los objetivos de la investigación"; "la comprobación de hipótesis o la identificación de variables y relaciones";* o en tercer lugar, "*su uso dentro de la investigación*".

En nuestro estudio como hemos ido señalando, este instrumento se ha utilizado fundamentalmente con un fin, entre los apuntados por los autores anteriores: la recogida de información de los sujetos seleccionados. Ésta nos permitió obtener una gran cantidad de datos sobre la realidad profesional de los profesores entrevistados: cuáles son sus funciones, la coordinación que realizan, las modalidades de actuación, sus opiniones y, recoger asimismo, las propuestas formativas que sobre la formación inicial realizan desde su actividad profesional, que sería la base para la construcción del cuestionario.

Desde otro punto de vista, son numerosos los criterios de clasificación de las entrevistas, entre éstos nos referiremos al número de sujetos y grado de estructuración. Haciendo referencia al primer criterio, Wood (1989) clasifica las entrevistas en individuales y colectivas.

Las entrevistas grupales o colectivas son aquellas donde son entrevistadas dos o más personas simultáneamente. Presentan una serie de ventajas como que los informantes pueden actuar de estímulos unos de otros, y permite conocer y observar opiniones, pensamientos, y valores de los individuos en distintos contextos, roles, situaciones, etc.

En la presente investigación hemos optado por la entrevista individual al considerar que las opiniones y las informaciones fueran lo más diversas posibles, que no se "contaminaran" con las aportaciones del resto de los componentes del grupo, para que las indicaciones a la hora de la construcción del cuestionario fuesen los más amplias posibles y con puntos de vista diferentes.

Desde el otro criterio citado, el grado de estructuración, Patton (1980) establece un continuun donde identifica tres tipos de entrevistas: la informal, la guiada y la estandarizada. Desde el mismo punto de vista, Guba y Lincoln (1981) hablan de entrevista estructurada, semiestructurada y no estructurada.

a) *Entrevista estandarizada o estructurada.* En ésta las preguntas están predeterminadas y redactadas de antemano, incluso las secuencias de las cuestiones siguen un orden determinado.
Se obtiene la misma información en distintas personas, pero no permite la oportunidad de profundizar en los temas manifestados por el entrevistado, y no permite que surjan temas no previstos.
Es prácticamente un cuestionario administrado de forma oral. A todos los sujetos se les hacen las mismas preguntas y la cuestiones exploratorias en el mismo orden (Denzin, 1978).

b) *Entrevista semiestructurada.* En este tipo de entrevista se determinan los grandes bloques o núcleos temáticos de información que se deben abordar durante la entrevista. Actúa como un recordatorio o guía durante ella. En ella el entrevistador decide la secuencia y el orden de las preguntas durante el desarrollo de la entrevista. En este tipo, la flexibilidad en la disposición de las preguntas permite una actitud más natural y receptiva por parte del entrevistador (Denzin, 1978).
Permite profundizar y descubrir durante la misma aquellos temas planteados por el entrevistado.

c) *Entrevista no estructurada.* En ellas no está previsto a priori el tema a tratar, se desarrolla como una conversación informal, las cuestiones surgen de forma natural y espontánea. Su ventaja es la contextualización (Parrilla, 1992) puesto que surge y se desarrolla en contextos naturales y se adapta a las diferentes situaciones.

> *"... Es informal y ni el orden de las preguntas ni su contexto están prefijados" (Goetz y LeCompte, 1988, 134).*

El optar por una u otra opción va a depender de múltiples variables; además del propio investigador, los objetivos que se persiguen, los medios, el tiempo, el número de participantes...

En la presente investigación, respecto a los criterios de número de sujetos y grado de estructuración, hemos optado por:

→ La *entrevista individual* a los dos responsables autonómicos de la Consejería de Salud y de la Consejería de Educación a nivel regional y los dieciséis profesionales de referencia a nivel provincial que conforman los EPAT, al considerar que las opiniones y las informaciones fueran lo más diversas posibles, que no se "contaminaran" con las aportaciones del resto de los componentes del grupo, para que las indicaciones a la hora de la construcción del cuestionario fuesen los más amplias posibles y con puntos de vista diferentes y nos aportasen un conocimiento previo de la cuestión en las distintas provincias intentando llegar a una distribución geográfica amplia.

→ Y en segundo lugar hemos apostado por una *entrevista estructurada* por la limitación que supone la distancia entre los entrevistados; las entrevistas semiestructuradas y no estructuradas, a mi modo de ver, necesitan de un planteamiento previo que pasa por fases de negociación y de desarrollo, que estas se traducen en tiempo y nuestra estructura no nos permitía adentrarnos en esta dinámica; y con idea de economizar trabajo y esfuerzo planteamos nuestras entrevistas, en algunas ocasiones a través de correo electrónico u aprovechando reuniones periódicas de nuestro propio trabajo en la Consejería de Educación.

De acuerdo con Rodríguez, Gil y García (1996), no se perseguía con ella el contrastar una idea, creencia o supuesto, sino acercarse a las ideas, creencias y supuestos mantenidos por otros. Lo importante era las aportaciones y explicaciones de los otros, en este caso, los dos responsables a nivel regional y los dieciséis profesionales de referencia a nivel provincial de atención infantil temprana de la muestra.

V.7.2.2. Fases de la Entrevista

En el desarrollo y realización de las entrevistas, se pueden delimitar diferentes fases con contenidos y tareas diferentes. En este subapartado vamos a describir las diferentes etapas por las que se han pasado en la preparación, diseño y desarrollo de las entrevistas realizadas para la construcción posterior del cuestionario.

V.7.2.2.1. Fase I: Preparación de la entrevista

La entrevista ha tenido una fase previa de preparación, a partir de la experiencia personal/profesional y el contacto con gran parte de los profesionales de la muestra. Como consecuencia de los objetivos propuestos en el estudio y después de la pertinente revisión de literatura, se fijó un guión o protocolo para, como señalan Taylor y Bogdan (1990, 119), "*asegurarse de que los temas claves son explorados"*. Esta guía (Patton, 1980, 290) *"provee de un marco en que el entrevistado pueda desarrollar las cuestiones, su secuencia y cuáles de ellas*

han de ser exploradas sistemáticamente, garantizando la propia economía de su evaluación y resultados".

Goetz y LeCompte (1988, 142) apuntan que una "*entrevista requiere una organización y secuencialización cuidadosa y frases que comuniquen al respondiente los propósitos y el camino que va a seguir el investigador"*. Por ello elaboramos el protocolo de las entrevistas que recogemos en el cuadro 34.

Este protocolo inicial pretendía recoger información sobre cinco grandes dimensiones:

INFORMACIÓN

- Titulación
- Perfil profesional
- Años de servicio
- Experiencia profesional en el ámbito de la atención infantil temprana
- Funciones según el perfil profesional

DETECCIÓN TEMPRANA

- Procedimientos o protocolos establecidos
- Responsables de su establecimiento y de su aplicación
- Profesionales de referencia encargados de la detección temprana
- Planificación de la atención educativa si la detección es en el periodo 0-3 años
- Mejoras o aportaciones a los procedimientos actuales

RECURSOS

- Adecuación de los recursos actuales
- Conocimiento de los recursos disponibles
- Iinformación sobre los procedimientos específicos actuales: limitaciones y mejoras

COLABORACIÓN/COORDINACIÓN

- Coordinación existente entre los profesionales del mismo ámbito
- Coordinación existente entre los profesionales de las consejerías de salud y de educación
- Aspectos básicos para la mejora en los procesos de coordinación actuales
- Mejora del proceso de escolarización a través de la coordinación interadministrativa

FORMACIÓN

- Nivel de formación de los profesionales de la atención infantil temprana
- Oferta formativa específica
- Promoción de la formación específica en atención infantil temprana

Tabla 34. Protocolo de la entrevista

Las dimensiones establecidas en el protocolo de nuestra entrevista nos permiten organizar la información que pretendíamos obtener de los sujetos entrevistados:

1) *Información:* Referida tanto a aspectos personales como profesionales del entrevistado, así como a las características del perfil profesional que desempeña.
2) *Detección Temprana:* Se intentaba conocer los procedimientos oficiales de detección temprana, los profesionales encargados de su aplicación, la conexión entre la detección temprana con la escolarización en el 2º ciclo de Educación Infantil y la organización de la respuesta educativa.
3) *Recursos:* Con esta dimensión queríamos recoger información acerca de los recursos que actualmente están dirigidos a la atención infantil temprana, si eran suficientes, si se consideraba necesario dotar de algún perfil profesional que en este momento no estuviese incorporado a esta red profesional.
4) *Colaboración/Coordinación:* Conocer como es ésta, las variables de las que depende, mejoras que se proponen.
5) *Formación:* Conocer su percepción en cuanto al nivel de formación específica con el que cuentan, tanto a nivel personal como el de los profesionales con los que trabajan y sus propuestas formativas respecto a la formación especializada en atención infantil temprana.

Todo el protocolo siempre finalizaba con una cuestión que hacía referencia a la finalidad de la entrevista: la posterior construcción de un cuestionario que se le pasaría a todos los CAIT, EOE y centros de primer ciclo de Educación Infantil de Huelva, por lo que se les indicaba que sugirieran alguna cuestión que le gustaría que se les preguntara a los compañeros y que se incluyera de alguna manera en el cuestionario.

V.7.2.2.2. Fase II: Desarrollo

Es la segunda fase donde se pueden diferenciar dos momentos: el de planificación y acuerdo con el entrevistado sobre el cómo, dónde y cuándo se va a realizar la entrevista y el de la propia realización. En el primer momento de acuerdo, será donde se informe al futuro entrevistado sobre el contenido u objetivos de la misma.

En nuestro caso, una vez seleccionados los sujetos de las Consejerías de Educación y de Salud y los componentes de los EPAT de cada una de las provincias de Andalucía, como se ha indicado en el apartados de "sujetos de la investigación", el contacto inicial con éstos fue en la mayoría de los casos telefónico donde con algunos se acordaron lugar y fechas de las entrevistas, con otros se aprovecharon las reuniones de coordinación a nivel regional y con otros debido a la distancia se optó por enviar la entrevista vía e-mail. A todos se les aclaró los objetivos y las dudas sobre éstas, pues en bastantes casos ya habían sido informados, aunque de forma muy general por los responsables regionales de sus Consejerías.

El segundo momento, como hemos indicado, es el de la realización. En ella, además de los propios elementos de la conversación, es preciso atender a los factores contextuales de la misma: el lugar físico, el sistema de grabación, etc.

En nuestro estudio las entrevistas se realizaron durante los cursos 2014/2015 y 2015/2016. Como ya hemos comentado, en algunos casos no tuvimos más opción que enviar la entrevista vía e-mail, en otros sin embargo, tuvimos la oportunidad de aprovechar las reuniones de coordinación a nivel regional y para ello, los lugares fueron diversos: aulas de facultades o de los C.E.P., despachos... y en los momentos acordados para ello, generalmente una vez finalizadas las reuniones de coordinación regional.

En cuanto a la redacción de cuestiones procuramos atender a las normas generales respecto a la utilización de un lenguaje claro y comprensible para el entrevistado: no utilizar preguntas inductoras de respuesta, no formular preguntas dicotómicas, preguntas que sólo impliquen una idea, evitar la fatiga y el aburrimiento en el entrevistado, etc.

En nuestro caso, como se ha indicado, optamos por una entrevista estructurada. En ella con el protocolo anterior se realizaron una serie de preguntas que recogían información sobre las dimensiones anteriores. Las secuencias y orden estaban establecidos según un orden lógico, aunque con la suficiente flexibilidad para no limitar la información que el entrevistado pudiera ofrecer en cada momento. Sí pretendíamos que la información fuese común, para lo que era importante abordar todos los aspectos del protocolo. La entrevista fue la misma para todos, aunque los contenidos cambiaban según los entrevistados y sus situaciones personales y profesionales.

Respecto a las preguntas realizadas, existen diferentes clasificaciones sobre el contenido de las cuestiones de una entrevista (Spradley, 1979; Goetz y LeCompte, 1988). Nosotros seguimos la elaborada por Patton (1980), que distingue entre preguntas demográfica/biográficas, preguntas sensoriales, preguntas sobre experiencia/conducta, preguntas sobre sentimientos, preguntas sobre conocimiento y preguntas de opinión/valor.

Las preguntas *demográficas o biográficas* se formulan para conocer las características de las personas que son entrevistadas. Aluden a aspectos como edad, situación profesional, formación académica, etc.

"¿Qué titulación tienes?"

"¿Cuántos años llevas desarrollando este trabajo?"

Las preguntas sobre *experiencia/conducta* se formulan para conocer lo que hace o ha hecho una persona. A través de ellas se pretende que el entrevistado describa experiencias,

conductas, acciones y actividades que habrían sido visibles de haber estado presente un observador.

> *"Cuando la identificación del trastorno en el desarrollo o el riesgo de padecerlo se produce antes de la escolarización del niño o niña en el 2º ciclo de educación infantil ¿cómo se gestiona su incorporación al centro docente? ¿Cómo se planifica su respuesta educativa?"*

> *"¿Qué aspectos consideras básicos para conseguir una mejora en los procesos de coordinación entre los profesionales de tu propio ámbito? ¿Y de éstos con los de las demás Consejerías?"*

Las preguntas sobre *sentimientos* están dirigidas a recoger las respuestas emotivas de las personas hacia sus experiencias.

> *"Según tu perfil profesional; ¿cuál es tu opinión respecto a la coordinación existente entre los profesionales de las Consejerías que intervienen en el proceso de atención infantil temprana?"*

Las preguntas de *conocimiento* se formulan para averiguar la información que el entrevistado tiene sobre los hechos o ideas que estudiamos.

> *"¿Conoces los recursos específicos con los que cuenta la Consejería de Salud para el desarrollo de la atención infantil temprana? ¿Cuáles son? ¿Son suficientes? ¿Qué perfiles profesionales propondrías incluir para mejorar su atención a la población de 0-6 años?"*

> *"¿Dispones de información sobre los procedimientos específicos establecidos para los profesionales de la Consejería de Salud? ¿Qué limitaciones consideras que presentan? ¿Cómo se podrían mejorar?"*

Las preguntas de *opinión/valor* se plantean al entrevistado para conocer el modo en que valoran determinadas situaciones. Las preguntas de este tipo nos indican lo que piensan las personas sobre un tema. También nos permiten recoger información sobre sus intenciones, metas, deseos y valores.

> *"Según tu perfil profesional; ¿cuál es tu opinión respecto a la coordinación existente entre los profesionales de tu mismo ámbito que intervienen en atención temprana?"*

> *"Según tu opinión, ¿cuáles son los principales aspectos que sería necesario mejorar en estos procesos de coordinación para garantizar una adecuada*

escolarización de los niños y niñas con trastornos en el desarrollo en el 2 ciclo de educación infantil?"

V.7.2.2.3. Fase III: Preparación de los datos

Esta fase es previa al análisis, en ella se incluyen notas, reflexiones, elementos significativos que se han ido recogiendo en el momento o posteriormente a la realización de la entrevista. Después de éstos se realiza la transcripción del contenido para su análisis. Como señala Woods (1989, 96) esta tarea de transcripción "*de horas y horas de conversación es ingente e inexorablemente lenta"*, pero imprescindible para poder contar después con un material que en nuestro estudio nos parecía importante para el objetivo de uso de este instrumento: la construcción del cuestionario.

El análisis de las mismas y el proceso seguido para ello se verán detenidamente en el apartado siguiente.

V.7.2.3. EL Análisis de Contenido de las Entrevistas

Posteriormente a la recogida de información, mediante las dieciocho entrevistas realizadas a los sujetos y con las fases ya descritas, el siguiente paso se refirió al análisis de estos datos. Como se ha indicado, éstos no son sino un material a partir de cuyo análisis, se podrán obtener conclusiones en la investigación.

Respecto al cómo se llevó a cabo este análisis, es habitual que se sigan unas pautas comunes cuando se trata de procedimientos de carácter cualitativo que se caracterizan, como subrayan Rodríguez, Gil y García (1996, 201), por *"la presentación de su naturaleza textual, poniendo en práctica tareas de categorización, sin recurrir a las técnicas estadísticas"*. En nuestro caso, el análisis se realizó por un tratamiento de la información mediante *"análisis de contenido"*. Estos autores lo diferencian del *"análisis de datos cualitativos"*, puesto que indican que la modalidad anterior surgió vinculada al análisis de informaciones preexistentes, con variables susceptibles de tratamiento cuantitativo (Bardin, 1986). Creemos que en este caso era relevante este tipo de análisis, pero insistiendo en la fundamentación de los datos obtenidos exclusivamente en la investigación, aportando como base el análisis de documentos de tipo oficial, y contando con la participación activa del investigador que utiliza las categorías para organizar conceptualmente y presentar la información.

V.7.2.3.1. El proceso general del análisis

Respecto al proceso a seguir en el análisis, no existe un método único y estandarizado (Taylor y Bogdan, 1990; Cabero y Hernández, 1995; Rodríguez, Gil y García, 1996...) de llevar este proceso respecto a los datos. En este caso, hemos seguido los propuestos por Miles y Huberman (1984, 1994) y que recogen Rodríguez, Gil y García (1996, 204), según los cuales en el

análisis de los datos hay que proceder inicialmente a su reducción, al análisis e interpretación de datos y a la elaboración de conclusiones presentados en un informe de investigación; pasos que se han seguido en este estudio y que se recogen en la figura 47.

Proceso general de análisis de las entrevistas	
1) Reducción de datos	Esta primera fase del análisis tiene como finalidad la selección, focalización, simplificación, abstracción y transformación de los datos en "bruto" que se producen continuamente a lo largo del proceso de investigación cualitativa. Esta reducción también va a suponer hacer una selección del material y los datos recogidos teniendo presente algunos de los criterios teóricos o prácticos que se establecen y manejan.
2) Análisis e interpretación de los datos	Esta fase es la que tiene como objetivo la organización y el análisis de la información para posteriormente extraer conclusiones y realizar acciones.
3) Fase de verificación y conclusiones	Etapa referida también como de establecimiento de vínculos clave entre datos (Erickson, 1989; Goetz y LeCompte, 1988) o de relativización de los datos (Taylor y Bogdan, 1990), donde se extraen y confirman las conclusiones del estudio, así como se presentan mediante un informe de investigación.

Tabla 35. Proceso general de análisis de las entrevistas (Miles y Huberman, 1994, en Rodríguez, Gil y García, 1996, 204).

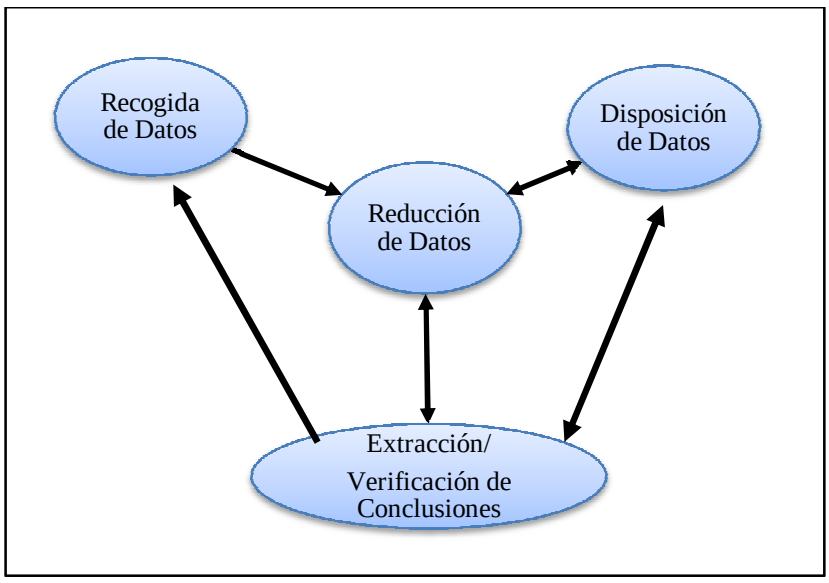


Figura 48. Tareas implicadas en el análisis de datos (Miles y Huberman, 1994, en Rodríguez, Gil y García, 1996, 204).

En este análisis de contenido de las entrevistas, de acuerdo con el proceso anterior, se pueden contemplar deferentes fases:

V.7.2.3.2. Reducción de datos

Como señala Rodríguez, Gil y García (1996, 205), "*es necesario reducir la amplia información que contienen, diferenciando unidades e identificando los elementos de significado que soportan*".

Entre las tareas de reducción de datos cualitativos, posiblemente las más representativas y al mismo tiempo las más habituales sean las de categorización y codificación.

No obstante, también indican estos autores que ya la propia naturaleza de la investigación, la delimitación de aspectos que queremos que recoja el estudio, es en sí una forma de pre-análisis. Miles y Huberman (1994) consideran que puede darse una reducción de datos anticipada cuando focalizamos y delimitamos la recogida de datos. De alguna manera, éstos suponen un conjunto conscientemente reducido del universo de ellos que podrían haberse obtenido.

a) Formación del sistema categorial

La formación del sistema de categorías es la fase más significativa de la técnica de análisis de contenido, que de acuerdo con Ánderson (1994), es la parte más importante de la investigación ya que refleja directamente el propósito del investigador y la teoría subyacente que organiza el estudio.

Para la elaboración de las mismas, así como para la posterior codificación, seguimos las indicaciones de Bogdan y Biklen (1982); Guban y Lincoln (1981); Bardín (1986); Miles y Huberman (1984) y Goetz y LeCompte (1988). El elaborar un sistema de categorías exige un proceso constante de identificación-selección y reagrupamiento de elementos aislados, de forma que conforme se vaya avanzando en la construcción del sistema, las más débiles conceptualmente se reagruparán en categorías o dimensiones más generales y estables.

A este respecto, Sierra (1989, 290) señala que:

> *"... Cada uno de los elementos o dimensiones últimos y más simples de las variables investigadas, que nos van a servir para clasificar o agrupar según ellas las unidades de análisis del texto".*

Dichas categorías pueden ser establecidas por el investigador a partir de diferentes vías como la revisión teórica y conceptual de su objeto de estudio, otros sistemas de categorías previos, opiniones de expertos y especialistas, y un acercamiento a los textos de análisis.

En nuestro caso, en el procedimiento de elaboración de las categorías, hemos recurrido a un proceso de *"codificación recurrente"* (Rodríguez, Gil y García, 1996, 211), que ni es propiamente inductivo ni deductivo (Marcelo, 1992), sino un término intermedio entre ambos. Para la elaboración de las categorías no se contaba inicialmente con una lista estandarizada, pero

tampoco las categorías fueron surgiendo de cero, en este caso se ha partido de unos "dominios básicos" (Villar Angulo, 1994), a partir de los cuales, de forma inductiva, se han ido desarrollando las categorías, que surgían de los objetivos propios de la investigación, de la revisión de la literatura y de otras investigaciones, como se ha señalado anteriormente.

Si nos centramos en nuestro estudio, hemos de decir que para la elaboración del sistema categorial hemos desarrollado las siguientes fases:

1) Lectura inicial de la información obtenida a través de las entrevistas, lo que nos permitió una primera toma de contacto con el significado de las acciones y realizar un primer borrador de las categorías.
2) Revisar otros sistemas categoriales ya existentes.
3) Codificación de una entrevista para comprobar la utilidad del sistema y para ver si había acuerdo entre los dos codificadores, es decir, si entendíamos lo mismo y, por tanto, ver si codificábamos de la misma manera cada unidad de contenido. Ello a su vez nos permitió perfilar el sistema y tomar decisiones acerca del mismo.
4) Elaboración del sistema categorial definitivo, una vez conseguido el grado de acuerdo entre los dos analistas.
5) Codificación de las entrevistas de forma individual y así quedar las unidades de significación consensuadas y confirmadas por ambos codificadores.

El sistema categorial establecido para nuestro estudio quedó formado por seis categorías, que a su vez se subdividieron en diferentes subcategorías, tal como exponemos a continuación en la tabla 36.

CATEGORÍA	DATOS DEL ENTREVISTADO
TA	Titulación académica.
PPAIT	Perfil profesional en el ámbito de la Atención Infantil temprana**.**
EXPAIT	Experiencia profesional en el ámbito de la Atención Infantil Temprana.

CATEGORÍA	FUNCIONES
FES	Funciones que realiza respecto al ámbito específico de actuación.
FENL	Funciones que realiza respecto a las edades del niño o niña con el que trabaja.
FOPR	Funciones que realiza respecto a la coordinación con otros profesionales.

CATEGORÍA	DETECCIÓN TEMPRANA
POE	Procedimientos/Protocolos oficiales establecidos.
PAP	Profesionales de referencia encargados de la aplicación y desarrollo de los Protocolos.
IDET	Identificación previa a la escolarización: adecuación del tránsito
IDEARE	Identificación previa a la escolarización: adecuación de la organización de la respuesta educativa
PSIL	Procedimientos suficientes: identificar limitaciones
PSM	Procedimientos suficientes: mejoras que requieren

CATEGORÍA	RECURSOS
RES	Recursos específicos suficientes.
CREOC	Conocimiento de los recursos específicos de AIT de otras Consejerías.
PEOCLM	Procedimientos específicos de otras Consejerías: Limitaciones y Mejoras

CATEGORÍA	COLABORACIÓN/COORDINACIÓN
CPMA	Coordinación con profesionales de tu propio ámbito.
CPDC	Coordinación entre profesionales de las distintas Consejerías implicadas.
PMCI	Propuestas de mejora para la coordinación intra administrativa.
PMCE	Propuestas de mejora para la coordinación inter administrativa.
PMCPE	Propuestas de mejora en la coordinación para un adecuado proceso de escolarización.

CATEGORÍA	FORMACIÓN
FPMA	Formación adecuada de los profesionales de tu ámbito en AIT.
FPOC	Formación adecuada de los profesionales de otra Consejería en AIT.
AFE	Actividades formativas específicas sobre AIT.
PIAFE	Promoción institucional de actividades formativas específicas sobre AIT.
NFE	Necesidad de una formación específica para los profesionales de referencia en AIT.
PTE	Propuesta de temáticas específicas.

Tabla 36. Sistema categorial de la entrevista.

Con objeto de describir las seis categorías utilizadas en la codificación de las entrevistas, a continuación pasamos a ofrecer el significado atribuido a las diferentes subcategorías y exponemos un ejemplo de cada una de ellas extraídos de las entrevistas llevadas a cabo (tabla 37).

1. Datos del entrevistado

Mediante esta categoría, el entrevistado se refiere a datos personales de carácter general: titulación, experiencia profesional...

CATEGORÍA	DEFINICIÓN	EJEMPLO
Titulación académica (TA)	Información sobre la titulación profesional que posee el entrevistado.	*"Soy licenciada en psicología, licenciada en pedagogía y doctora en psicopedagogía. Master en docencia universitaria". (Ent. 5)*
Perfil profesional en el ámbito de la Atención Infantil temprana (PPAIT)	Información sobre el ámbito profesional en el que desarrollan su actividad laboral.	*"Actualmente soy la Consultora de AT de la Delegación Territorial de Salud de Jaén". (Ent. 12)*
Experiencia profesional en el ámbito de la Atención Infantil Temprana (EXPAIT)	Datos de los entrevistados referidos a la experiencia profesional en cuanto a años que llevan trabajando en el ámbito de la Atención Infantil Temprana.	*" Llevo en este puesto 8 cursos escolares, desde el 2009/2010" (Ent. 7)*

2. Funciones

Centrándonos en los referentes provinciales de atención infantil temprana, hemos denominado así la información que alude directamente a las funciones que estos profesionales realizan en sus Delegaciones Territoriales y en los EPAT. Podemos decir que son algunas de las "funciones" reales que según ellos llevan a cabo en la actualidad.

CATEGORÍA	DEFINICIÓN	EJEMPLO
Funciones que realiza respecto al ámbito específico de actuación (FES)	Funciones que este profesional lleva a cabo, en general, en el ámbito específico de la Consejería de la que depende.	*"Podrían resumirse en funciones de detección, valoración y derivación del alumnado con trastornos de desarrollo o riesgo de padecerlo a los CAIT". (Ent. 5)*
Funciones que realiza respecto a la coordinación con otros profesionales (FOPR)	Funciones que se desarrollan teniendo en cuenta que la coordinación con otros profesionales, sean de la misma o diferente Consejería es necesaria, ya que los destinatarios son comunes	*"Se desempeña la coordinación provincial en Jaén de Consejería de Salud, en estrecha colaboración con los profesionales del Equipo Provincial de Atención Temprana (EPAT) de Jaén" (Ent. 12)*

3. Detección Temprana

Dada la relevancia que la normativa actual, tanto de Salud como de Educación, otorgan a la necesidad de que se realice una detección temprana de los niños y niñas que presenten un trastorno en el desarrollo o el riesgo de padecerlo, con objeto de poder intervenir inmediatamente, se plantea esta categoría.

CATEGORÍA	DEFINICIÓN	EJEMPLO
Procedimientos/Protocolos oficiales establecidos (POE)	Conocimientos sobre los procedimientos o protocolos que con carácter oficial se han establecido para la detección temprana.	*"Sí, en Salud, detección por el Pediatra de Atención Primaria y derivación a CAIT y en breve previa valoración de idoneidad por la nueva Unidad de Valoración de Atención Temprana. En Educación existe un protocolo de detección en primer ciclo de Educación infantil.". (Ent. 11)*
Profesionales de referencia encargados de la aplicación y desarrollo de los Protocolos (PAP)	Conocimientos sobre los profesionales de referencia de ambas Consejerías, Salud y Educación, destinados de forma específica a la Atención Infantil Temprana.	*"Fundamentalmente pediatras y escuelas infantiles, se detectan pero es el pediatra de primaria quién los deriva colegios, se detecta pero es el pediatra de primaria quién los deriva." (Ent. 13)*
Identificación previa a la escolarización: adecuación del tránsito (IDET)	Información respecto a la eficacia de los procedimientos, cuando se detecta a un niño o niña antes de su escolarización en el 2º ciclo de Educación Infantil.	*"Partiendo siempre del supuesto de menor escolarizado, en las detecciones del primer ciclo con el informe de este orientador de AT se solicita al Pediatra su derivación a CAIT, ya que en este ciclo no se contempla la atención especializada por parte de Educación (excepción de la ONCE)" (Ent. 3)*
Identificación previa a la escolarización: adecuación de la organización de la respuesta educativa (IDEARE)	Información respecto a la adecuación de la respuesta educativa de los niños y niñas detectados en el 1er ciclo de Educación Infantil.	*"Los EOEs tienen que realizar la valoración de las necesidades de recursos tanto de profesionales como materiales que va a requerir ese niño en el entorno escolar" (Ent. 14)*
Procedimientos suficientes: identificar limitaciones (PSIL)	Comentarios y valoraciones del entrevistado respecto a la necesidad o no de nuevos procedimientos y las limitaciones de los actuales.	*"…la falta de formación de los profesionales que intervienen con el/la menor en aspectos específicos del desarrollo infantil cuando existen alteraciones en el mismo" (Ent. 2)*
Procedimientos suficientes: mejoras que requieren (PSM)	Comentarios y valoraciones del entrevistado respecto a las mejoras que requieren los procedimientos de coordinación actuales.	*"Es necesaria la puesta en marcha del evolutivo que incluye el ámbito educativo en el sistema de información, así como la puesta en marcha del sistema de información en ámbito hospitalario" (Ent. 10)*

4. Recursos

Esta categoría refleja los diferentes perfiles profesionales de carácter más o menos especializados que las Consejerías de Salud y Educación han dispuesto. Aunque es posible que existan más, estas Consejerías son las que actualmente tienen una implicación más directa en la atención infantil temprana.

CATEGORÍA	DEFINICIÓN	EJEMPLO
Recursos específicos suficientes (RES)	Comentarios y valoraciones del entrevistado sobre la adecuación de los recursos específicos en atención infantil temprana.	*"En ningún caso. Ni educativo ni sanitario". (Ent. 4)*
Conocimiento de los recursos específicos de AIT de otras Consejerías (CREOC)	Conocimiento sobre los recursos específicos con los que cuenta la Consejería de Salud o Educación, según el perfil profesional del entrevistado.	*"No los conozco, sólo tengo conocimientos de los CAITs y de las UAITs por el decreto" (Ent. 8)*

Conocimiento de procedimientos específicos de otras Consejerías (CPEOC)	Información sobre los procedimientos establecidos por las Consejerías de Salud o Educación, según el perfil profesional del entrevistado.	*"Se desempeña la coordinación provincial en Jaén de Consejería de Salud, en estrecha colaboración con los profesionales del Equipo Provincial de Atención Temprana (EPAT) de Jaén" (Ent. 12)*
Procedimientos específicos de otras Consejerías: Limitaciones y Mejoras (PEOCLM)	Comentarios y valoraciones del entrevistado referentes a las limitaciones y mejoras que observa en los procedimientos de las Consejerías de Salud o Educación, según su perfil profesional.	*"La limitación de sistema viene definida por su misma concepción de soporte netamente economicista" (Ent. 6) "Incrementar recursos en primer ciclo y generalizar programas de estimulación especialmente en aspectos del desarrollo que se pueden trabajar mejor a niveles de grupo como lenguaje y habilidades sociales" (Ent. 11)*

5. Colaboración/Coordinación

Esta categoría recoge las informaciones y aportaciones sobre la imprescindible función de coordinación, inherente al propio proceso de atención infantil temprana y que por tanto, es una pieza clave en la dinámica de trabajo de todos los profesionales que intervienen con la población menor de 6 años que presenta un trastorno en el desarrollo o que está en riesgo de padecerlo.

CATEGORÍA	DEFINICIÓN	EJEMPLO
Coordinación con profesionales de tu propio ámbito (CPMA)	Comentarios y valoraciones del entrevistado sobre la adecuación de la coordinación existente entre profesionales de su mismo ámbito.	*"Hay muy buena coordinación y falta de tiempo para aumentarla y explicitarla en cada caso ya que la csuistica es muy diversa." (Ent. 4)*
Coordinación entre profesionales de las distintas Consejerías implicadas (CPDC)	Comentarios y valoraciones del entrevistado sobre la adecuación de la coordinación existente entre profesionales de ambas Consejerías.	*"Es buena pero la devolución de información de los EOEs es escasa" (Ent. 13)*
Propuestas de mejora para la coordinación intra administrativa (PMCI)	Sugerencias respecto a las mejoras que sería conveniente aplicar a la coordinación entre profesionales de la misma Consejería.	*"El primer paso siempre es el conocimiento mutuo. El saber que el otro existe y saber qué hace, además de qué puede aportar a la mejora de los asuntos comunes, es esencial." (Ent. 9)*
Propuestas de mejora para la coordinación inter administrativa (PMCE)	Sugerencias respecto a las mejoras que sería conveniente aplicar a la coordinación entre profesionales de ambas Consejerías.	*"Creo necesario el avanzar en la unificación de una taxonomía común en todos los ámbitos. La nomenclatura de los trastornos no se corresponde de uno a otro". (Ent. 6)*
Propuestas de mejora en la coordinación para un adecuado proceso de escolarización (PMCPE)	Comentarios, sugerencias y valoraciones del entrevistado referentes a las propuestas de mejora que considera necesarias en los procesos de coordinacón que mejoren el proceso de escolarización.	*"En mi experiencia, lo que mejoraría sería el seguimiento y la coordinación una vez que el niño se ha incorporado al 2º ciclo. Desde algunos centros educativos (equipos directivos) y desde algunos inspectores se ponen muchas trabas a ese proceso de coordinación." (Ent. 7)*

6. Formación

Esta categoría recoge las informaciones y aportaciones sobre la formación de los profesionales de referencia a nivel provincial en atención infantil temprana que los entrevistados opinan desde su experiencia, así como sus necesidades y soluciones.

CATEGORÍA	DEFINICIÓN	EJEMPLO
Formación adecuada de los profesionales de tu ámbito en AIT (FPMA)	Conocimientos sobre los procedimientos o protocolos que con carácter oficial se han establecido para la detección temprana.	*"En líneas generales sí, pero es necesaria mucha más. Hay centros que han evolucionado mucho y se buscan la formación pero no se les facilita ni se la aporta la administración.". (Ent. 13)*
Formación adecuada de los profesionales de otra Consejería en AIT (FPOC)	Conocimientos sobre los profesionales de referencia de ambas Consejerías, Salud y Educación, destinados de forma específica a la Atención Infantil Temprana.	*"Probablemente, todos sean profesionales cualificados en sus respectivos campos de actuación, pero entiendo que cada uno presenta carencias de información y formación en relación con los campos de acción de aquellos otros profesionales con los que necesariamente se tienen que coordinar." (Ent. 9)*
Actividades formativas específicas sobre AIT (AFE)	Información respecto a la eficacia de los procedimientos, cuando se detecta a un niño o niña antes de su escolarización en el 2º ciclo de Educación Infantil.	*"Desde la Consejería de Salud se presentó un plan de Formación, que incluía la formación de ámbito andaluz en TEA, así como en Discapacidad Motórica." (Ent. 12)*
Promoción institucional de actividades formativas específicas sobre AIT (PIAFE)	Información respecto a la adecuación de la respuesta educativa de los niños y niñas detectados en el 1er ciclo de Educación Infantil.	*"Es un tema no prioritario para nuestro ámbito y está pendiente de abordar." (Ent. 6)*
Necesidad de una formación específica para los profesionales de referencia en AIT (NFE)	Comentarios y valoraciones del entrevistado respecto a la necesidad o no de nuevos procedimientos y las limitaciones de los actuales.	*"La formación debería ser gratuita en grado Máster como la de las consultoras de salud." (Ent. 4)*
Propuesta de temáticas específicas (PTE)	Comentarios y valoraciones del entrevistado respecto a las mejoras que requieren los procedimientos de coordinación actuales.	*"Los temas sobre los que debería centrarse la formación serán diversos y, probablemente, estén más focalizados en aspectos relevantes de cada uno de los diagnósticos que presente el alumnado." (Ent. 9)*

Tabla 37. Categorías, definición y ejemplos de codificación usados para el análisis de las entrevistas.

Hemos pretendido que este sistema de categorías que ofrecemos cumpla con las indicaciones que diferentes autores proponen al respecto (Fox, 1981; Bardin, 1986; Pérez Serrano, 1994...); es decir, que sea:

- ✓ *Homogéneo*, puesto que un mismo principio de clasificación dirige la organización.
- ✓ *Pertinente*, ya que se adapta tanto al material soporte del texto seleccionado como al objetivo de la investigación.

- ✓ *Productivo,* en el sentido de que el sistema de categorías resulta efectivo y proporciona resultados aclaratorios del fenómeno estudiado, suministra hipótesis, favorece nuevos problemas de estudio, etc.
- ✓ *Fiable*, respecto a la exactitud y constancia del instrumento cuando se aplique diversas veces y por diferentes codificadores o analistas.

Este último requisito, el de la fiabilidad, va a depender no sólo de la calidad y operatividad del instrumento, sino también del tiempo y tipo de entrenamiento de los codificadores. Según Pérez Serrano (1992), para esto puede servir de ayuda una guía donde se definan las categorías utilizadas y se recojan ejemplos de fragmentos de textos del propio documento a analizar; además de las discusiones previas en grupo, por parte de los codificadores, para tomar decisiones en relación a la interpretación y comprensión del sistema categorial, después de haber realizado ensayos de codificación. Todo ello va a repercutir en que sea más alto el índice de fiabilidad.

Según esto, no solamente debemos buscar índices de acuerdo entre los codificadores al principio, sino que cada cierto tiempo es recomendable volver a tomar contacto para comprobar las posibles modificaciones y deterioros que puedan tener lugar con el paso del tiempo.

b) Codificación

La codificación se convierte en una fase decisiva para comprobar si el sistema categorial utilizado es eficaz, al igual que para los futuros resultados que alcancemos tras su aplicación.

La codificación, como señalan Rodríguez, Gil y García (1996, 208), *"no es más que la operación concreta por la que se asigna a cada unidad un indicativo (código) propio de la categoría en la que la consideramos incluida. Es el proceso físico, manipulativo mediante el cual dejamos constancia de la categorización realizada".*

Por lo general, la codificación supone la elección, por parte de los sujetos implicados en ella, de las unidades de análisis o registros que aparecen en los textos. Los criterios que se pueden adoptar para la selección de dichas unidades son muy diferentes. Considerando que los datos aparecen en forma de textos, el criterio aplicable para la segmentación podría encontrarse dentro de alguno de los tipos siguientes (Rodríguez, Gil y García, 1996, 207):

- *Criterios espaciales.* Según este criterio, las unidades vendrían determinadas por criterios espaciales tales como: números de líneas, páginas...
- *Criterios temporales*. En ese caso las unidades vendrían determinadas por la duración en minutos.
- *Criterios temáticos.* Es más frecuente, se refiere a la determinación de las diferentes unidades según el tema que aborda.
- *Criterios gramaticales.* Usando este tipo de criterios, se seleccionarán como unidades básicas las oraciones o los párrafos.

- *Criterios conversacionales.* Las declaraciones o turnos de palabra, cuando intervienen diferentes sujetos en entrevistas o reuniones de grupos, constituirían otro punto de referencia para segmentar un conjunto de datos textuales.
- *Criterios sociales.* Los segmentos se diferenciarán según las informaciones que aportan los sujetos según sus roles o status: coordinador, especialista, consultora, etc.

Más de un tipo de criterios podrían combinarse a la hora de separar las unidades en un texto. De todos ellos, es sin duda el criterio temático el más extendido y el que, desde nuestro punto de vista, resulta más valioso en el análisis de datos cualitativos y que en este estudio nos permitió la categorización y clasificación de las unidades significativas.

Puede parecer que hemos utilizado un número de códigos importantes, pero hemos preferido esta situación por tratar de obtener una información lo más detallada posible para la elaboración del cuestionario.

V.7.2.3.3. Análisis e interpretación

No podemos olvidar el objetivo último de la utilización de la entrevista en nuestro estudio: aportar información para la elaboración del cuestionario, por lo que optamos por realizar un *"manejo físico de los datos"* (Rodríguez, Gil y García, 1996) y no mediante un programa informático, aunque el ordenador sí fue un recurso esencial mediante el uso del procesador de datos y textos en este análisis. No se pretendían obtener frecuencias, medias... sino que nos aportaran información, por lo que vimos conveniente que el análisis fuese realizado de forma "manual" por el investigador a fin de recabar la máxima información de estas entrevistas.

En nuestro estudio, el análisis efectuado a las entrevistas después de la realización de las codificaciones mediante el método que se ha señalado anteriormente, consistió en un análisis vertical de cada una de ellas y uno horizontal del total de las dieciocho entrevistas realizadas y que fue el siguiente:

a) Análisis vertical de cada entrevista

Este análisis se realizó mediante el agrupamiento de la información de las categorías en cada entrevista para lo que se fue seleccionando y agrupando todos los segmentos codificados anteriormente en cada entrevista mediante la creación de macros *"conjunto de instrucciones encadenados que se ejecutan automáticamente pulsando sólo una o varias teclas*" (Tesch, 1990 en Rodríguez, Gil y otros, 1996, 241) por el cual se agrupaban todos los fragmentos del texto con el mismo código, obteniéndose así la información que de cada una de las categorías y subcategorías se encontraba a lo largo de la entrevista.

Al tener todos los fragmentos de la misma categoría agrupados, permitió hacer una análisis y tener las referencias que sobre cada categoría ofrecía cada entrevistado obteniéndose así una información muy válida para la construcción del cuestionario.

A modo de ejemplo de este análisis vertical de las entrevistas recogemos el realizado a la número doce referente a la subcategoría "Procedimientos suficientes: identificar limitaciones" (PSIL).

Procedimientos suficientes: identificar limitaciones (PSIL)	**Entrevista 12**
Incluimos en este código todas las situaciones y valoraciones que el entrevistado entiende como limitaciones de los actuales procedimientos de detección temprana en su provincia, establecidos con carácter oficial.	
Esta consultora, reconoce que "…aunque se están detectando a edades más tempranas, siempre nos encontramos con algún caso que podía haberse detectado antes". *Considera que los actuales procedimientos de detección temprana "son suficientes, pero hoy en día aún presentan limitaciones".* *Plantea que una de las limitaciones se encuentra en la función de detección que es básico realizar en el ámbito de la pediatría, destacando "el poco tiempo dedicado a la consulta de pediatría impide ver otras patologías relacionadas con trastornos del desarrollo cuando acuden por procesos agudos normales de la edad".* *Reconoce otra importante limitación cuando afirma que "en la derivación desde las escuelas infantiles y centros de educación infantil ante la negativa de las familias para autorizar el traslado de información al EOEE-AT y/o a pediatría".* *Resalta por último, un colectivo que preocupa a la Administración porque queda fuera del circuito de atención infantil temprana de la Consejería de Salud, cuando afirma que "en el caso de los menores que no son del Sistema Sanitario Público de Andalucía (SSPA), es decir que son de mutualidad MUFACE (a través de ADESLAS, ASISA, SANITAS,…), tienen otra cartera de servicios propia, pero no están incluidos en el sistema de información de AT Alborada".*	

Tabla 38. Ejemplo de análisis vertical de las entrevistas.

b) Análisis horizontal de las entrevistas

Este análisis horizontal consistió en una recopilación de la información de cada categoría y subcategoría en el global de las dieciocho entrevistas, obteniéndose así una información general de las aportaciones de todos los entrevistados sobre una misma categoría, siendo esta información la definitiva para la construcción del cuestionario, conjuntamente con la revisión de literatura previamente realizada.

Este análisis será ofrecido más detalladamente en el siguiente Capítulo referente al "análisis y discusión de los resultados de las entrevistas" ya que, expondremos los resultados alcanzados así como una aproximación al significado que los mismos aportaron para la construcción del cuestionario. Por otro lado, en el capítulo VII, en las conclusiones, presentaremos el análisis interpretativo de las partes que conforman nuestro estudio.

A modo de ejemplo del análisis horizontal de las entrevistas, recogemos el realizado a la a la subcategoría "*Identificación previa a la escolarización: adecuación de la organización de la respuesta educativa (IDEARE)"*.

"En esta subcategoría, al igual que se comentó en el apartado anterior, el 100% de los entrevistados coinciden en señalar que los procedimientos son claros y están bastante consolidados en su práctica habitual. En este caso, cuando se refieren a los procedimientos para determinar la respuesta educativa del alumnado de nueva escolarización en el que se han identificado NEE, se están refiriendo a la función que los EOE tienen asignada para la elaboración del informe de evaluación psicopedagógica y el dictamen de escolarización. Por ello se reitera que:

> *"Los EOEs elaboran el correspondiente dictamen de escolarización procurando que la respuesta educativa sea lo más ajustada posible a las necesidades educativas del alumnado"* (Ent. 1).

> *"La respuesta educativa se gestiona mediante la elaboración de un dictamen de escolarización previo el informe psicopedagógico que generará los recursos necesario para dar respuesta a las necesidades del alumno"* (Ent.4).

> *"La evaluación psicopedagógica y el dictamen de escolarización permiten que el alumno o alumna acceda al centro docente con los recursos y respuesta educativa que requiere"* (Ent. 9).

> *"La realización de la evaluación psicopedagógica y el dictamen (si fuera preciso, como ocurre en muchos casos), debe favorecer la organización de la respuesta educativa"* (Ent. 12).

Sin embargo, una vez planteados los procedimientos (informe de evaluación psicopedagógica y el dictamen de escolarización por parte del EOE), los entrevistados no entran a profundizar en las diferentes medidas y recursos personales o materiales que pueden constituir la organización de la respuesta educativa del alumno o alumna. Tan solo en la entrevista 12, se introducen algunos de los recursos personales de carácter específico que pueden ser recogidos en los citados documentos "*dejar constancia de las necesidades detectadas en este alumnado (si precisa o va a precisa Monitor, Especialista en Pedagogía Terapéutica (PT), Maestro de Audición y Lenguaje (AL), que se recogen en su dictamen, así como recomendaciones y/o solicitud de valoración de EOE especializado,…) para que puedan tener los recursos necesarios cuando se incorporen en septiembre en su centro educativo"*.

Aunque podríamos afirmar que esta subcategoría se centra de forma muy específica en la respuesta educativa y por tanto, en el ámbito educativo, también es cierto que esta respuesta va a estar muy condicionada por la información que el propio CAIT traslade al EOE y de la propia valoración que éste realice del alumno o alumna. En cualquier caso, y reconociendo que

ninguno de los entrevistados tienen competencia directa en la elaboración del dictamen de escolarización, consideramos que no se ha profundizado suficientemente en las diferentes propuestas que se podrían haber formulado en cuanto a la organización de la respuesta educativa.

> *"De tal manera que la respuesta educativa, así como la previsión y planificación de todo tipo de recursos (personales y materiales) para abordar su escolarización en condiciones de garantía, se hace efectiva, determinándose todo ello en el correspondiente dictamen de escolarización" (Ent. 6)*

Éste, es sin lugar a dudas, uno de los temas que más controversia genera cada curso escolar, especialmente en la Administración educativa, dado el aumento imparable de recursos personales que en cada proceso de escolarización se proponen en los dictámenes de escolarización. Intentaremos ofrecer conclusiones al respecto en el capítulo siguiente, una vez podamos manejar toda la información recabada a través de los distintos instrumentos de recogida de información utilizados."

A partir del análisis de las entrevistas que acabamos de exponer, pudimos afrontar la construcción del cuestionario, que es el último de los instrumentos utilizados en nuestra investigación.

V.7.3. CUESTIONARIO

Tras describir y analizar el segundo instrumento de nuestro estudio: la entrevista, sus características, su finalidad, el contenido, el proceso de análisis realizado..., nos ocuparemos en los siguientes apartados del tercer instrumento que se ha utilizado en el presente estudio: el cuestionario. Iniciaremos su descripción con algunas aportaciones de algunos autores, expondremos el proceso de construcción, validación y fiabilidad seguido, y concluiremos este apartado con el proceso de análisis llevado a cabo para conseguir los resultados que se describirán y analizarán en los capítulos siguientes.

V.7.3.1. Consideraciones de Carácter Teórico

El cuestionario, definido como encuesta caracterizada por la ausencia del entrevistador o como una entrevista por escrito (Nisbet y Entwistle, 1990; Rodríguez, Gil y García, 1990), es uno de los métodos más utilizados en la investigación educativa (Cohen y Manion, 1990, 131) por su facilidad en la aplicación (Hayman, 1984).

Partiendo de la recopilación de bibliografía que Cohen y Manion (1990, 131), Martínez, (1998, 385-389), y tantos otros autores y autoras hacen sobre el tema, empezaremos diciendo que las encuestas constituyen uno de los métodos más comunes para recoger datos estadísticos sobre una gran cantidad de temáticas, siendo además empleadas por disciplinas muy diversas,

entre ellas, destacamos el campo de la educación. Partiendo de este planteamiento, asumimos una definición de García Ferrando (1993, 141; cit. en Rojas y Otros 1998, 40):

> *"La encuesta es una técnica que utiliza un conjunto de procedimientos estandarizados de investigación mediante los cuales se recogen y analizan una serie de datos de una muestra de casos representativa de una población o universo más amplio, del que se pretende explorar, describir, predecir y/o explicar una serie de características".*

Aunque el uso de los cuestionarios se suele relacionar con investigaciones de carácter cuantitativo, no debemos olvidar que esto no siempre es así y cada vez más a menudo, estos instrumentos aparecen en investigaciones de carácter decididamente cualitativas; *"prestan un importante servicio a éstas"* (Rodríguez, Gil y García, 1996). Estos autores apuestan por esta contribución, pero señalan una serie de requisitos y condiciones que resaltan como necesarias para que esta aportación a las investigaciones de carácter cualitativo efectivamente se produzca. Afirman que será necesario que en la elaboración y administración del cuestionario se tengan en cuenta algunas ideas que resaltamos en la siguiente tabla.

- Considerarlo como un procedimiento para la exploración de las ideas y creencias generales sobre algún aspecto de la realidad.
- Utilizarlo como una técnica más –y no como la única- para la recogida de datos de la investigación.
- Partir de los esquemas de referencia teóricos y de las experiencias definidas por el colectivo de la investigación y del contexto del que son parte.
- Compartir la información suministrada por los cuestionarios con los propios informantes y sujetos de la investigación.
- Ser mayoritariamente aceptado por los miembros y sujetos de la investigación.

Tabla 39. Exigencias en la elaboración y administración del cuestionario (Rodríguez, Gil y García, 1996, 185-186)

Para estos autores, así como para otros como Nisbet y Entwistle (1990), Hayman (1984), Romero (2000) Martínez (2002), etc., el cuestionario es una técnica de recogida de información que tiene como característica que las preguntas que lo forman están establecidas de antemano, de acuerdo con los modelos, supuestos, creencias... a partir de las cuales se plantean, siendo el orden siempre el mismo. En este sentido, Bacells (1994, 195) define el cuestionario como:

> *"...Una lista o repertorio de preguntas, debidamente estructurado dirigidas a una persona que debe contestar y relativas a un objetivo de la investigación con el fin de obtener datos".*

Efectivamente estas definiciones nos aportan una de las características de los cuestionarios en general: el hecho de presentar una serie de preguntas previamente preparadas y

normalizadas y que van a permitir abordar la realidad; aunque, efectivamente desde una óptica exploratoria, no con profundidad (Rodríguez, Gil y García, 1996). Junto a estos conceptos, coincidimos con las características que según Fowler (cit. en Angera, 1998:386) han de poseer los cuestionarios:

1. Ausencia de manipulación o intervención por parte del investigador.
2. Su objetivo es obtener un conjunto de datos cuantitativos, que se pueden resumir en *estadísticos*, ciertas proposiciones basadas en dichos datos, para describir algunos aspectos de la población bajo estudio.
3. El principal medio de recogida de información son las *preguntas a las personas*, constituyendo sus respuestas a éstas los datos para el análisis estadístico.
4. La información se recoge únicamente sobre una *fracción de la población, representativa* de la misma, denominada *muestra*, cuyos elementos se determinan mediante algún *diseño muestral* de tipo probabilístico.

Tabla 40. Características que han de poseer los cuestionarios (Fowler, 1983; cit. en Angera, 1998, 386)

También podemos resaltar su función de enlace entre los objetivos de la investigación y la realidad observada. Por ello, las condiciones que debe reunir dependen de la investigación y de la población (Sierra Bravo, 1986, 1989), puesto que la finalidad del cuestionario es obtener de manera sistemática y ordenada información para la población investigada sobre las variables de estudio. Esta información se refiere a lo que las personas encuestadas sienten, piensan, opinan... etc. García Hoz y Pérez Juste (1989, 85) señalan que este método es "*especialmente idóneo para determinar el tipo de poblaciones y de información"*, ya que se trata no de cualquier información sino especialmente de *"aquella que los encuestados pueden ofrecer porque se refiere a su mundo profesional, social o personal; en concreto, nos estamos refiriendo a los intereses, motivaciones, actitudes, intenciones, deseos, e incluso, conductas personales"*.

La encuesta constituye, a menudo, el único medio por el cual se pueden obtener "*opiniones, conocer actitudes, recibir sugerencias para el mejoramiento de la instrucción y lograr la obtención de otros datos semejantes"* (Hayman 1984, 106). Es una realidad la gran cantidad de investigaciones donde aparece el cuestionario como instrumento, a veces el único, de recogida de información; es un método de investigación soberanamente usado e investigado, pero a pesar de este hecho, no podemos dejar de apreciar en su utilización una serie de ventajas e inconvenientes que será necesario tener en cuenta a la hora de planificarlo y utilizarlo. Suponen una importante fuente de información para cualquier investigación, especialmente para las de tipo mixto, como es el caso que nos ocupa. Hopkins (1989, 95), señala en el cuestionario una serie de ventajas en relación con otras técnicas de recogida de información. En este sentido entre éstas indica las siguientes:

1.- Fácil de realizar: se rellena rápidamente.

2.- Fácil de valorar.

3.- Compara directamente grupo e individuos.

4.- Da retroalimentación sobre:

- *Actitudes.*
- *Adecuación de recursos.*
- *Adecuación del profesor.*
- *Ayuda.*
- *Preparación para la siguiente sesión.*
- *Conclusión al final del trimestre.*
- *Los datos son cuantificables.*

Tabla 41. Ventajas en la realización del cuestionario (Hopkins, 1989, 95)

Completando las anteriores ventajas que aparecen en el cuadro anterior, Buendía (1997), indica que una de las principales utilidades de este instrumento es que no se necesitan personas preparadas para la recogida de información. La mayoría de las veces ni siquiera se realizan entregas personales, enviándose por correo electrónico o incluso, mediante un enlace web donde se aloja el cuestionario con una simple carta de presentación (como ha sido nuestro caso en algunas ocasiones). Evidentemente este hecho hace más fácil y rápida la distribución y recogida de opiniones e información de los sujetos investigados, aunque, como señalaremos más adelante, esta ventaja a su vez puede considerarse un inconveniente que presenta este instrumento de investigación.

Otra cuestión ventajosa aportada por Moya (2000), es que las respuestas pueden ser más cercanas al no exigirse tiempo en la realización, además de existir mayor libertad de expresión al no encontrarse coaccionado el encuestado por la presencia del investigador. Con ello estamos diciendo que se *"facilita la confidencialidad: el encuestado puede responder con franqueza y sinceridad, contribuyendo el cuestionario a asegurar su anonimato"* (Padilla, González y Pérez, 1998, 117). También nos ofrece cierta uniformidad de medición, debido a que *"aporta información estandarizada: los encuestados responden al mismo conjunto de cuestiones..."* (ídem: 117); de ahí que se considere que sus opciones estandarizadas y registros de respuestas puedan hacernos lograr una buena delimitación del problema a estudiar y una correcta formulación de las preguntas; la utilidad del cuestionario es grande pues es contestado por muestras representativas o incluso por la población objeto de estudio, considerando entonces que los resultados pueden ser utilizados para tomar decisiones sobre los objetivos planteados.

Sin olvidar todas las ventajas señaladas, no podemos dejar de reconocer algunos inconvenientes que supone el uso de este instrumento de recogida de información y de investigación. Hopkins (1989, 95) resalta los que recogemos en el siguiente cuadro, en la relación al coste de tiempo, la preparación para conseguir que las preguntas y las cuestiones a plantear sean adecuadas, la dificultad de una profundización en algunas de las respuestas y

aquellas condiciones relacionadas con los propios sujetos que contestan al cuestionario: preparación, predisposición y tendencia a tratar de contestar lo que entienden que se espera.

1. *El análisis requiere bastante tiempo.*
2. *Se necesita gran preparación para conseguir preguntas claras y relevantes.*
3. *Es difícil conseguir preguntas que exploren en profundidad.*
4. *La eficacia depende mucho de la capacidad lectora.*
5. *Los sujetos pueden tener reparo en contestar sinceramente.*
6. *Los encuestados intentarán dar respuestas "correctas".*

Tabla 42. Inconvenientes del uso del cuestionario (Hopkins, 1989, 95)

Padilla, González y Pérez (1998, 117) añaden, a los inconvenientes ya indicados, algunos más. Por un lado, el hecho de que *"responde a objetivos descriptivos. Resulta difícil diseñar el cuestionario para contribuir a la explicación de relaciones entre variables"*. El otro, hace referencia a dificultad en su elaboración*; "el proceso de elaboración del cuestionario lleva tiempo y requiere experiencia y conocimientos específicos. No es fácil elaborar cuestionarios de calidad"*. Por su parte Buendía (1997), hace referencia al elevado número que se *"pierde"*, que no se recogen, cuando son enviados por correo, aproximadamente un 30% señala este autor, de un 40% a un 60% indican otros (Rodríguez, Gil y García, 1996).

Resulta a veces que al no producirse una relación personal entre quien solicita y el que aporta la información, parece que no existe compromiso por parte de éste, y es frecuente la no devolución de un porcentaje más o menos alto de cuestionarios. Como solución a este hecho, Buendía (1997) indica que únicamente podrá reducirse este porcentaje de investigados e investigadas que no responden, con la repetición de cartas o visitas solicitando la colaboración. Esta solución no siempre es posible, puesto que al ser anónimos, en la mayoría de las ocasiones es imposible saber las personas con quienes contactar, o realizar esta repetición, dice este autor; de todas formas nos indica la necesidad de hacerlo con todos los encuestados especificando en el escrito la necesidad de volver a insistir, a la vez que se piden disculpas a los que hubieran respondido.

Otro aspecto a considerar en el cuestionario es que las respuestas pueden estar afectadas por el cambio de humor o estado general. A esto hay que unir que sólo es adecuado para determinadas personas. Contestarlo implica no sólo cierto nivel de comprensión y expresión, sino de dominio de las "técnicas de respuesta" (Pérez Juste, 1985), por lo que muchos cuestionarios se devuelven incompletos, interpretándose como opinión del encuestado lo que es realmente una falta de adecuación del instrumento a la población que va dirigido.

A estos inconvenientes surgidos a partir del hecho de que el investigador no está presente, se le puede sumar que el sujeto está mediatizado por lo que entiende o cree entender que le

preguntan y por la percepción que tenga del propio cuestionario y sus posibles objetivos (Sellitz y Otros, 1980).

Siendo conscientes de las limitaciones e inconvenientes que hemos señalado, no podemos olvidar las evidentes ventajas que recogimos y el hecho de que se considera una estrategia apropiada y válida para la obtención de datos en la investigación (Cohen y Manion, 1990). En concreto en nuestro estudio, y analizando toda esta información, se puede observar claramente los motivos por los que hemos elegido esta técnica:

a) Por tratarse de un instrumento de evaluación muy usual en las investigaciones educativas relativas al pensamiento y a los procesos de los profesionales relacionados con temas como la atención a niños y niñas de 0 a 6 años que presenten un trastorno en el desarrollo o el riesgo de padecerlo y su integración (Marchesi y otros, 1990; Guerrero López, 1991; Balbás, 1994; Illan Romeu y Alvarez, 1999; Comes y otros, 1999; Carrión, Álvarez y Sánchez, 2000; De la Fuente, 2000; Del Aro y otros, 2000...).
b) Por ser un instrumento de indagación muy aceptado, principalmente, en las investigaciones de carácter descriptivo (Bartolomé y otros, 1995).
c) Y por ser considerado como una técnica de indagación respetable y válida, que bien construida y aplicada, puede ser una estrategia muy apropiada para la obtención de datos, permitiendo recoger información cuantificable y determinada previamente por los evaluadores (Cohen y Manión, 1990).

En definitiva, se trata de una técnica muy utilizada, que nos va a permitir conseguir información del grupo de personas representativas de la población que es objeto del estudio, en un tiempo y costo adecuados a nuestras posibilidades.

Además, no sólo podemos explorar o describir la realidad sino que también trataremos de establecer posibles explicaciones de determinados procesos o decisiones que a su vez servirán de base para otras investigaciones y sobre todo, para la toma de decisiones relativas a su construcción.

V.7.3.2. Proceso de Construcción, Validación y Fiabilidad

Una vez explicada y aclarada nuestra elección, nos disponemos a describir en qué tipología de las existentes dentro de la técnica de encuesta, encuadramos nuestro cuestionario.

Uno de los posibles elementos para contrarrestar las limitaciones antes señaladas será una cuidada y rigurosa planificación de los cuestionarios en cuanto a contenido, destinatarios, etc. El primer paso a la hora de llevar a cabo una investigación mediante este instrumento, será la planificación. Supone un punto de partida donde el investigador refleja y concreta sus ideas, creencias, o supuestos, en relación con el problema objeto de estudio.

> *"...Toda planificación comienza a partir de la propia reflexión del encuestador sobre el problema o asunto que constituye el corazón de su estudio"* (Rodríguez, Gil y García, 1996, 187).

Una fase clave, la planificación, comienza cuando el propio investigador reflexiona sobre el problema o asunto objeto y centro de investigación. Así, en palabras de Rodríguez, Gil y García (1996, 187):

> *"El encuestador se formula preguntas acerca de ese problema y trata de contestarlas desde sus propias ideas, supuestos o hipótesis explicativas o desde modelos o esquemas teóricos que comparte".*

La construcción del cuestionario se convierte en un factor esencial para el posterior desarrollo de la investigación, y correlativamente, para la consecución de sus objetivos. La secuencia de pasos que hemos seguido en esta parte de la investigación, sin olvidarnos que los tres prerrequisitos para el diseño de cualquier encuesta son la especificación de la finalidad exacta de la misma, la población en la que se va a centrar y los recursos disponibles (Cohen y Manion, 1990, 132), ha sido:

1. Determinación precisa de los objetivos del cuestionario.
2. Planificación del cuestionario.
3. Elaboración y/o selección de las preguntas y/o tests.
4. Análisis de la calidad de las preguntas y/o tests.
5. Disposición provisional de las preguntas y/o tests en el cuadernillo.
6. Análisis de la fiabilidad y validez del cuestionario.
7. Edición final del cuestionario.

Tabla 43. Pasos para la elaboración del cuestionario (Padilla, González y Pérez, 1998, 121)

Describimos a continuación, brevemente, en qué consiste cada uno de los pasos que definen Padilla, González y Pérez, (1998, 121)

1. Con respecto a la ***determinación de objetivos***, nuestro instrumento, por su finalidad tiene un carácter mixto, puesto que uno de nuestros objetivos al aplicarlo es la obtención de "*cierta información respecto de grandes grupos*", (Cochran, 1977; Abramson, 1990; cit. en Martínez, 1998, 387) por tanto, podríamos encuadrarlo dentro de la categoría "*descriptiva*".

   Por otro lado, otro de nuestros objetivos es "*estudiar relaciones y asociaciones entre diferentes variables*"; con ello, estaríamos incluyéndolo también la *categoría "explicativa y analítica"*.

2. En la ***planificación del cuestionario***, hemos seguido el siguiente esquema:

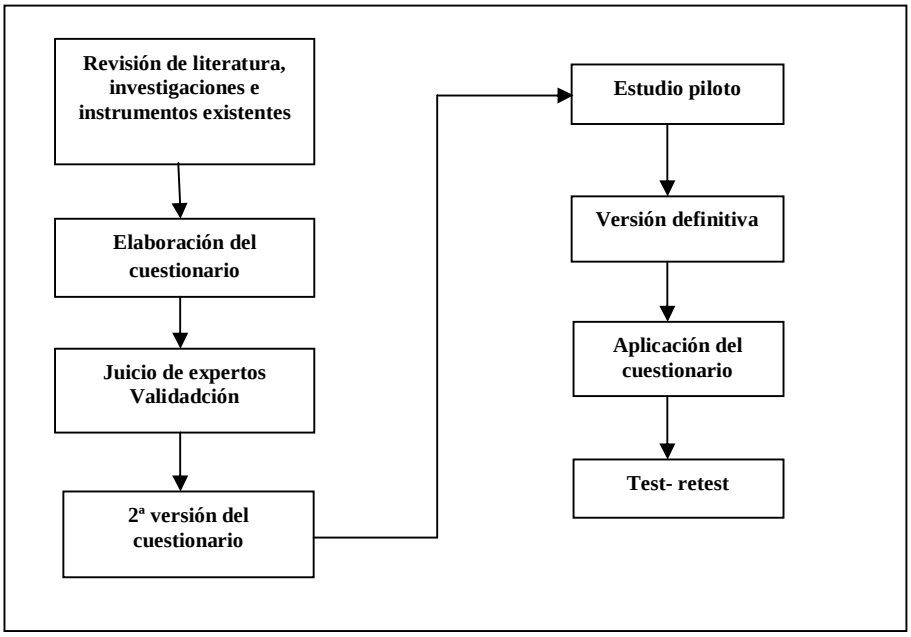


Figura 49. Fases en la construcción del cuestionario

Esta planificación del instrumento implicó, además, la evaluación de los recursos con los que contábamos y la elección de la muestra. Como es lógico pensar, en esta investigación los recursos disponibles han sido escasos. No obstante, hemos de destacar que el acceso al campo fue un aspecto determinante en esta investigación, dado que haber sido orientador especialista en atención temprana durante cuatro años en la Delegación Territorial de Huelva, facilitó el contacto con muchos de los destinatarios, quienes colaboraron de forma inmediata. Por otro lado, con respecto a la muestra y relacionándolo con la dimensión temporal de nuestro cuestionario, debemos decir que, se trata de una encuesta de tipo transversal.

Según Martínez (1998, 387) "*representan el tipo básico de encuesta y en ella se estudian los diferentes problemas de los diseños muestrales. Suponen la recogida de información en una muestra una sola vez y durante un periodo de corta duración, con el objetivo de captar ciertos "fenómenos" presentes en el momentos de la realización de la encuesta.*"

3. Respecto a la ***"elaboración y/o selección" de preguntas***, tuvimos en cuenta los consejos de autores como Cohen y Manion (1990, 147-148, adaptado de Sellitz, Wrightsman y Cook):

A. DECISIONES SOBRE EL CONTENIDO DE LAS PREGUNTAS
¿Es necesaria la pregunta? ¿Será útil?
¿Se necesitan varias preguntas para esta cuestión?
¿Cuentan los informantes con los datos suficientes para contestar la pregunta?
¿Necesita ser la pregunta más concreta, específica e íntimamente ligada con la experiencia personal del informante?
¿Es el contenido de la pregunta lo suficientemente general y está libre de concreciones y especificidades falsas?
¿Expresan las preguntas actitudes generales?
¿Está el contenido de la pregunta polarizado o cargado en una dirección sin preguntas acompañantes que equilibren el análisis?
¿Darán los informantes la información que se les pide?
B. DECISIONES SOBRE LA REDACCIÓN DE LAS PREGUNTAS
4. ¿Se puede malinterpretar la pregunta?
5. ¿Expresa la pregunta adecuadamente la alternativa con respecto al punto?
6. ¿Es engañosa la pregunta por culpa de asunciones no establecidas o de implicaciones que no se ven?
7. ¿Está polarizada la redacción?
8. ¿Puede ser objetable por el informante la redacción de la pregunta?
9. ¿Producirá mejores resultados una redacción más personalizada de la pregunta?
10. ¿Puede preguntarse mejor la cuestión, de manera más directa o más indirecta?
C. DECISIONES SOBRE LA FORMA DE RESPUESTA A LA PREGUNTA
11. ¿Puede contestar mejor la pregunta con un impreso que exija la contestación por una marca (o contestación corta de una o dos palabras o un número), de respuesta libre o por una marca con contestación ampliatoria?
12. Si se usa la contestación por una marca, ¿cuál es el mejor tipo de cuestión: dicótoma, de elección múltiple o de escala?
13. Si se usa una lista de comprobación, ¿cubre adecuadamente todas las alternativas significativas sin solaparse y en un orden defendible? ¿es de una longitud adecuada?, ¿es la redacción de los items imparcial y equilibrada?
14. ¿Es fácil, definida, uniforme y adecuada para la finalidad, la forma de respuesta?
D. DECISIONES SOBRE LA UBICACIÓN DE LA PREGUNTA EN LA SECUENCIA
15. ¿Puede verse influida por el contenido de las cuestiones precedentes la contestación a las preguntas?
16. ¿Está dirigida la pregunta en una forma natural?. ¿Está en correcto orden psicológico?
17. ¿Aparece la pregunta demasiado pronto o demasiado tarde desde el punto de vista de despertar el interés y recibir la atención suficiente, evitando resistencias etc.?

Tabla 44. Criterios para la elaboración y/o selección de preguntas para el cuestionario.
(Cohen y Manion, 1990, 147-148; adaptado de Sellitz, Wrightsman y Cook)

Esta propuesta es muy similar a la que realizan Padilla, González y Pérez (1998, 126-140) o González Río, (1997, 172-183), sin embargo, creemos importante resaltar que todas estas

precauciones van orientadas a la superación de diversos *"efectos"*, que según esta última autora, pueden influir en la calidad de la información recopilada:

→ *"Efecto colocación"*. Preguntas cuyas respuestas pueden influir en el resto (ya recogido en la anterior propuesta).
→ *"Efecto prestigio"*. También se conoce como *"deseabilidad social"*. Se produce cuando el entrevistado da una respuesta que no es lo que verdaderamente piensa, sino la que lo haga quedar bien delante del entrevistador.
→ *"Efecto aprendizaje"*. Se produce porque el entrevistado va aprendiendo a la vez que cumplimenta el cuestionario.

Junto a estos aspectos, nos parece interesante aportar otras cuestiones relativas al lenguaje que debemos utilizar, al formato del cuestionario y su ordenamiento. En este sentido, y respecto al primero de los aspectos señalados, Hayman (1984, 112 y ss) indica la importancia de que éste sea accesible y claro para el que está respondiendo el cuestionario; señala que hay que *"evitar el uso de expresiones lingüísticas que no sean familiares para el interlocutor"* y sobre todo, evitar las preguntas que él denomina de *"doble cañón"*, es decir, las que tienen más de una idea en su redacción.

Por su parte, y respecto al formato del cuestionario, Rodríguez, Gil y García (1996, 191), indican que éste debe estar acompañado siempre del título, la presentación, la ejemplificación de una respuesta tipo, además de las cuestiones de rigor. Conviene también incluir alguna fórmula de agradecimiento, bien al inicio o al final del mismo. Todas estas instrucciones se han tenido presentes en la elaboración de nuestro instrumento.

En el ordenamiento del instrumento, Hayman (1984, 114 y ss) señala que la encuesta es más que *"una simple suma de preguntas"*. Este autor aconseja que las primeras preguntas han de servir para *"establecer el contacto"*, ya que progresivamente se irá creando un *"marco de referencia"*, que determina, en cierta medida, el modo de interpretar las preguntas y el de responderlas. Por ello es necesario que las preguntas estén ordenadas de *"modo que creen la pauta de pensamiento que produzca la interpretación deseada de las preguntas"*.

En este orden y de nuevo Hayman, propone respecto a la secuencia de las preguntas (ídem:117-118), su *"ordenamiento en embudo"*, de forma que se comience con las preguntas generales y avanzar progresivamente hacia otras menos generales, colocando al final las más específicas.

A todas estas premisas hay que sumar otra cuestión fundamental: la del aspecto formal del cuestionario; varios son los expertos que inciden en la trascendencia de su presentación formal, ya que: *"el encuestador no sólo debe atender al contenido del cuestionario, sino también al modo de asegurarse las respuestas del encuestado"* (Rodríguez, Gil y García, 1996, 191). El aspecto es, según Cohen y Manion (1990, 146 y ss.) de *"vital importancia"*, siendo

rasgos esenciales a tener en muy en cuenta, puesto que ello va a condicionar de alguna manera las respuestas, la claridad en la redacción y la simplicidad en el diseño, la distribución de los contenidos de manera que se optimice la cooperación, la existencia de marcas en las casillas que faciliten una respuesta rápida, etc.

En las decisiones anteriormente mencionadas, además de intentar, en la medida de nuestras posibilidades, respetarlas, tuvimos muy en cuenta la opinión de las personas que intervinieron en el juicio de expertos. En el siguiente apartado, se profundizará más en estos aspectos.

Respecto a los puntos 4, 5 y 6 de los pasos para la elaboración del cuestionario que definen Padilla, González y Pérez (1998), recogidos en la tabla 43, referidos al análisis de la calidad de las preguntas, su disposición y análisis de la validez del cuestionario, la realizamos mediante "*juicio de expertos*". Tras todos estos laboriosos procesos, que tendremos ocasión de conocer con más detenimiento en el siguiente apartado, logramos la edición final del cuestionario.

V.7.3.2.1. Proceso de Construcción

Como hemos comentado en el apartado anterior, la construcción de nuestro cuestionario es producto de tres fuentes principales:

a) Marcos teóricos, producto de la revisión de la literatura sobre el tema.
b) Aproximación a la realidad a través de las dieciocho entrevistas iniciales, que, como hemos señalado, nos proporcionaron el acercamiento y la información necesaria sobre el contenido, las opciones, etc.
c) Precedentes metodológicos en el área de investigación que utilizan una metodología similar.

En nuestro estudio, el cuestionario ha sido un instrumento valioso para traducir la realidad de los profesionales que intervienen en el proceso de atención infantil temprana y en el proceso de nueva escolarización del alumnado con NEE en el segundo ciclo de la Etapa de Educación Infantil, ya que nos ha permitido tener información sobre los equipos y centros donde trabajan, las funciones que realizan, los recursos con los que cada Consejería cuenta, los procedimientos de detección y coordinación establecidos,... y las perspectivas que sobre la formación inicial y permanente tienen desde su práctica profesional y real. Si bien este sistema, dentro de la investigación presenta dificultades por la ausencia de interacción personal, en el nuestro este inconveniente se ha solventado de alguna manera, al estar construido a partir de los resultados de una técnica cualitativa como es la entrevista, y que permitió un contacto directo y continuado con una muestra de profesionales de centros que imparten el primer ciclo de Educación Infantil.

Respecto a la estructura del cuestionario presentamos cinco dimensiones inicialmente, con sus correspondientes subdimensiones, como vemos en el siguiente cuadro:

CUESTIONES GENERALES
- Ámbito profesional - Perfil profesional - Experiencia profesional en AIT

PROCEDIMIENTOS ACTUALES DE DETECCIÓN TEMPRANA
- Detección en el periodo 0- 3 años - Mejora del proceso de escolarización en el 2º ciclo de Educación Infantil - Detección en el periodo 3- 6 años - Detección comparativa entre ambos periodos

INFORMACIÓN SOBRE RECURSOS
- Conocimiento de los recursos de AIT de otras Consejerías - Recursos suficientes de AIT en Salud - Recursos suficientes de AIT en Educación - Necesidad de conocer los procedimientos de otras Consejerías - Nuevos recursos

COLABORACIÓN/COORDINACIÓN
- Posibilidad de coordinación EOE-CAIT - Nivel de coordinación EOE-CAIT - Nivel de coordinación CAIT y centros de 1er ciclo de E.I. - Nivel de coordinación EOE y centros de 1er ciclo de E.I. - Coordinación UAIT-CAIT-EOE - Espacios y tiempos para la coordinación - Coordinación previa para planificar respuesta educativa - Necesidad de coordinación orientador/a especialista AT y EOE - Necesidad de coordinación orientador/a especialista AT- EOE en modalidades C/D - Coordinación EOE- CAIT tras la escolarización

FORMACIÓN
- Necesidad de formación específica en AIT - Posibilidad de formarse fuera del horario laboral - Temáticas prioritarias de formación - Nivel de formación adecuados - Oferta formativa - Promoción de la formación desde su Consejería

Tabla 45. Estructura inicial del cuestionario

Para la formulación de los ítems, la construcción del cuestionario y la disposición de los ítems en él, tuvimos en cuenta lo establecido por autores como Cohen y Manion (1990) Rojas y Otros (1998) o González Río (1997), como vimos en el apartado anterior, destacando tan solo que una de sus recomendaciones era la necesidad de una formulación asequible y concreta, que las preguntas no puedan tener más de una interpretación o sean ambiguas o dudosas, empezar por preguntas fáciles en su contestación para ir complicando su dificultad, que lo que la

actividad a realizar por el encuestado sea fácil de entender, que el texto esté enunciado de forma directa.

En nuestro caso, la secuencia de preguntas se hizo teniendo en cuenta la importancia del contenido (en la parte central están las más importantes) y el orden cronológico (en cuanto que comenzamos con datos tanto del escenario educativo como personales para terminar centrándonos en aspectos generales de su formación). Uno de los aspectos que queremos resaltar es que, las preguntas abiertas las hemos intercalado entre las demás. Este hecho tiene claras ventajas, puesto que dejarlas para el final podría conllevar que no las contestaran debido al cansancio. En nuestro caso, consideramos que esta era la mejor ubicación; en concreto, pedimos aspectos globales de mejora o cambios en el proceso de escolarización en el 2º ciclo de Educación Infantil, concretamente en lo referente a la identificación de previa de niños y niñas con trastornos en el desarrollo o con riesgo de padecerlo y al tránsito del 1er al 2º ciclo de educación infantil, que quedarían obsoletas si las insertásemos después, y que se entienden mejor si han contestado las preguntas previas.

Respecto al formato y al lenguaje, fue importante la elección del formato; se tenía que decidir no sólo lo que íbamos a preguntar sino cómo, por lo que hemos intentado respetar y ser fieles a los consejos de los diversos autores comentados anteriormente.

Con respecto al tipo de preguntas y respuestas, nos interesó la tipología de Mayor (1995b, 23) (elección, ordenación, aclaración y abierta), en la que se trataba simultáneamente de seleccionar y ordenar ("Señale 1, 2, 3 y 4 según su prioridad"), y las preguntas/respuestas tipo Likert, que encontramos en multitud de cuestionarios.

Todas estas propuestas nos llevaron a presentar una primera versión del cuestionario con tres tipos de preguntas/respuestas: selección, tipo Likert y en menor medida, abiertas.

V.7.3.2.2. Proceso de Validación

"Convencionalmente la validez se define como el grado en que un test mide lo que pretende medir. (...) El problema se encuentra a la hora de operacionalizar dicho grado de relación..." (Martínez, 1995, 330). Es decir, para comprobar si nuestro cuestionario era válido, se procedió a un estudio de validez de contenido (Pérez Juste, 1985), por la que, una vez elaborada la primera versión, fue sometida a la técnica del juicio de experto para su revisión.

Esta técnica normalmente utilizada en la investigación, para la validación de los instrumentos elaborados (Villar 1988; Sánchez, 1994; De Vicente y otros, 1995; Fernández Cruz, 1995: Barrios y otros, l996; Villar y Cabero, 1997) posee una serie de ventajas en un doble sentido: por un lado, la revisión diversa del instrumento en cuestión; y por otra, las cualificadas respuestas que se pueden obtener. No olvidamos que también tienen una serie de limitaciones, que no podemos dejar de señalar como serían la subjetividad, tanto en la elección

de los expertos, como de las propias respuestas de éstos; pero, en general, de acuerdo con los expertos señalados, creemos que es un recurso válido y rico de validación de instrumentos de investigación, en este caso, el cuestionario.

En nuestro estudio fueron personas seleccionadas por su experiencia en los campos de la metodología de investigación, relacionados con la formación, así como con la atención infantil temprana. En concreto, pudimos contar para obtener juicio con dos expertos de la Facultad de Ciencias de la Educación de Huelva del área de Didáctica y Organización Escolar (DOE), dos profesionales de la Delegación Territorial de Salud, la consultora de atención temprana y el gerente de un CAIT, así como de un orientador de EOE y una directora de un centro de primer ciclo de Educación Infantil.

Como ya se ha comentado, para comprobar la validez de nuestro cuestionario se procedió a un estudio de validez de contenido, incluido entre las distintas categorías de la validez (Martínez, 1995, 355 y ss).

> *"La validación de contenido supone el examen sistemático del contenido del test, para determinar si una muestra relevante y representativa del dominio comportamental que se pretende medir"*. (idem: 336)

Para ello, se les ofreció el cuestionario y además se mantuvo una reunión posterior con cada uno de ellos para matizar y explicar sus sugerencias. Además, con objeto de facilitar la labor de los expertos, les facilitamos unas instrucciones orientadas a que se realizaran las siguientes actuaciones:

1. Una *evaluación del contenido* del cuestionario que le presentamos. Esta evaluación consta de dos fases.

   - En la primera, tendrá que valorar cómo hemos definido el constructo o dominio objeto de nuestro estudio. En esta fase nos interesaba que dieran respuesta a preguntas como: ¿la estructura del constructo queda reflejada?, ¿haría alguna modificación sobre aquellas y cuáles?, ¿debería tratarse alguna de ellas en mayor profundidad?, ¿debería contener más o menos ítems?...
   - En una segunda fase, tendrá que realizar una valoración del contenido de cada ítem.

   El tipo de cuestionamiento que puede hacerse para llegar a esa valoración podría ser: ¿corresponde el contenido del ítem con la dimensión y subdimensión a la que pertenece?, ¿está fuera de ese ámbito de contenido?, ¿lo eliminaría?, ¿lo modificaría?, ¿lo redactaría de otra forma?...

Con el fin de facilitarle su labor, hemos agrupado los ítems en dimensiones y subdimensiones, intentando explicar con claridad, qué información es la que queremos lograr en cada uno de dichos bloques.

2. Al final de la evaluación del contenido, encontraría unos espacios en los que podrá aportar su opinión sobre los tipos de preguntas y respuestas y sobre su formato y estructura. ¿Son las más adecuadas?, ¿añadiría algún otro tipo de preguntas o respuestas?, ¿cambiaría alguno de los tipos presentados?,...

Tras la reunión con cada uno de los expertos las aportaciones, matizaciones y propuestas que nos propusieron que realizáramos iban dirigidas en dos grandes frentes:

→ En primer lugar, en la presentación de la estructura del cuestionario en dimensiones y subdimensiones, no supimos reflejar realmente las relaciones que pretendíamos establecer. Al exponer a los expertos cuál era nuestra intención, la mayoría de ellos propusieron un cambio en su formato.
→ Reducción del tamaño del cuestionario eliminando algunos ítems y reduciendo al máximo los ítems de respuesta abierta.
→ Otra propuesta fue relativa a los formatos y tipos de preguntas y respuestas. Se nos hizo especial hincapié en la necesidad de introducir prioritariamente preguntas tipo Likert, justificando su uso por las siguientes razones: *"es fácil de aplicar y, al mismo tiempo, (...) es de construcción menos costosa. (...) Es un tipo de escala que se utiliza con mucha frecuencia en la investigación en ciencias sociales.(...) el entrevistado tiene la opción de elegir entre varios grados de acuerdo o desacuerdo (cinco generalmente). Esta gama de respuestas proporciona, en efecto, información más precisa acerca de la opinión del individuo sobre el tema que se está midiendo y acrecienta la fiabilidad de la escala"* (González Río, 1997:77-79)
Aunque sólo hemos recogido aquí las ventajas, no debemos olvidar las desventajas: "*es una escala ordinal,... posibilita la clasificación en términos de su actitud favorable... pero no proporciona una base para deducir cuánto más favorable a esa actitud es una persona que otra*. Otro de sus inconvenientes es que "*la puntuación de una persona tiene un significado muy poco claro, puesto que muchos tipos de respuesta a los items pueden dar la misma puntuación..."* (ídem:79). A pesar de sus desventajas, con ello mejorábamos:

1. El facilitar al encuestado su respuesta.
2. En el análisis posterior de los datos:

- Conseguíamos simplificar el esquema de introducción de datos en el programa SPSS.
- Y *además, podíamos establecer un orden de prelación entre subapartados de una misma pregunta.*

3. Salvamos el riesgo de invalidar preguntas por obtener respuestas que no discriminan, ni priorizan el contenido.

Una vez comentados los cambios introducidos, las tipologías de preguntas, quedaron por tanto reducidas a:

A. Preguntas/respuesta ***tipo Likert***, con escalas graduadas de 1 a 4 *(siendo 1: nada/ 2: poco/ 3: bastante/ 4. mucho)*

Según su opinión y experiencia, cuando la detección del niño o niña que presenta un trastorno en el desarrollo o el riesgo de padecerlo se produce en el periodo 0-3 años**…**				
Valore las siguientes cuestiones de 1 a 4 (siendo 1: nada/ 2: poco/ 3: bastante/ 4. mucho)	**1**	**2**	**3**	**4**
1. La detección se produce, principalmente, en el ámbito sanitario				
2. La detección se produce, principalmente, en el ámbito educativo				
3. En su opinión los procedimientos o protocolos establecidos para la detección temprana de niños y niñas de 0 a 3 años que presenten signos de alerta en su desarrollo son eficaces				
4. Según su experiencia, la intervención de los profesionales de referencia (Salud/Educación), encargados de la detección temprana de niños y niñas entre 0 y 3 años que presenten un trastorno en el desarrollo o el riesgo de padecerlo, permite una atención inmediata				
5. Según su experiencia, el actual proceso de atención infantil temprana supone una mejora en la escolarización de los niños y niñas identificados por padecer un trastorno en el desarrollo o el riesgo de padecerlo en el 2º ciclo de educación infantil				
6. Los niños y niñas identificados en el acceso a 2º ciclo de E.I. disponen de una respuesta educativa previamente planificada y ajustada a sus necesidades				
7. Considera el proceso de atención infantil temprana un recurso que mejora la escolarización de niños y niñas con trastornos en el desarrollo o en riesgo de padecerlo				
Observaciones:				

En función de su experiencia, valore los procesos de coordinación entre los profesionales de las Consejerías de Educación y Salud				
Valora las siguientes cuestiones de 1 a 4 (siendo 1: inexistente/ 2: poco/ 3: adecuado/ 4. bastante)	**1**	**2**	**3**	**4**
21. La Consejería de Salud y la Consejería de Educación facilitan la coordinación de los profesionales de CAIT y de EOE respectivamente, en el proceso de nueva escolarización en el 2º ciclo de educación infantil				
22. Según su experiencia y/o su opinión, valore el nivel de coordinación entre profesionales de EOE y profesionales de CAIT				
23. Según su experiencia y/o su opinión, valore el nivel de coordinación entre profesionales de CAIT y centros de 1er ciclo de E.I.				
24. Según su experiencia y/o su opinión, valore el nivel de coordinación entre profesionales de EOE y centros de 1er ciclo de E.I.				
Observaciones:				

B. Preguntas de ***elección***:

Ámbito profesional en el que trabaja su equipo:	☐	CAIT
	☐	Escuela o centro de educación infantil
	☐	EOE

¿Cuáles son los perfiles profesionales con los que cuenta su equipo?:	Psicólogo/a	☐	Fisioterapeuta	☐
	Pedadodgo/a	☐	Educador/a social	☐
	Psicopedagogo/a	☐	Médico	☐
	Maestro/a	☐	Enfermero/a	☐
	Logopeda	☐	Otros:	☐

C. Preguntas ***abiertas***:

8. En su opinión, ¿cómo podría mejorarse el proceso de escolarización en el 2º ciclo de educación infantil en lo que respecta a: la identificación previa de niños y niñas con trastornos en el desarrollo o con riesgo de padecerlo y al tránsito del 1er al 2º ciclo de educación infantil?	**20. Además de los recursos personales existentes, tanto en Educación como en Salud, ¿cree que debería crearse algún otro perfil dirigido a algún aspecto que no esté siendo atendido adecuadamente en la actualidad? ¿Cuál?**

Tabla 46. Ejemplos de preguntas tipo Likert, elección y abiertas del cuestionario

Hubo otras sugerencias respecto a la redacción de los ítems, que tras ver las posibilidades que teníamos (de los distintos expertos) fueron subsanadas. Respecto al orden de las preguntas, mantuvimos el inicial, por coincidir los expertos respecto a aquél. Por último, indicar que también hicieron comentarios sobre la reducción del tamaño del cuestionario, eliminando algunos ítems

Una vez modificadas aquellas sugerencias realizadas a partir del juicio de expertos, se procedió a realizar un estudio piloto. Para ello, se elaboró una nueva versión de nuestro cuestionario que se aplicó a una muestra de doce profesionales (3 de CAIT, 3 de EOE y 6 de centros de primer ciclo de Educación Infantil) tanto de Huelva capital como de la provincia. Como resultado de esta prueba se plantearon cuestiones de redacción de algunos ítems, cambios en algunos órdenes de presentación, se aclararon algunos enunciados, se suprimieron algunas opciones que estaban repetidas.... La primera versión del cuestionario que se ofreció a los expertos para su juicio estaba compuesto por cuarenta y seis cuestiones reduciéndose en el definitivo a cuarenta.

Antes de pasar a exponer cómo quedó definitivamente el cuestionario y sus dimensiones, pasaremos a abordar cómo se estudió la fiabilidad del cuestionario.

V.7.3.2.3. Análisis de Fiabilidad

La fiabilidad de la medida es uno de los factores determinantes del éxito del cuestionario, debemos saber que se refiere *"a variaciones en las puntuaciones que se producen en ausencia de razones teóricas y/o empíricas para el cambio, por lo que las diferencias encontradas pueden atribuirse a errores aleatorios asociados al proceso de medición"*. (Martínez, 1995, 74). En palabras de Fox (1980) nos referimos a la exactitud de los datos en el sentido de su estabilidad, respetabilidad o precisión. Dado que en nuestro cuestionario jugamos con variables ordinales fundamentalmente y que está constituido por ítems cuyos contenidos hacen referencia a distintos rasgos, actitudes o constructos, hemos tenido que optar por la selección de uno de los procedimientos empíricos existentes para la estimación del coeficiente de fiabilidad.

En concreto aplicamos el test estadístico del coeficiente de consistencia interna alfa de Cronbach para el estudio de la consistencia interna de la de la escala y los diferentes bloques que la componen. Cada uno de los ítems es intercorrelacionado con la escala en su conjunto, por lo que además de obtener una medida de la constancia interna de la misma, nos da una visión de la homogeneidad de la misma. El coeficiente alfa es calculado mediante la siguiente fórmula:

$$\alpha = K / (K-1) \cdot (1- \Sigma s_i^2 / s_T^2)$$

Los valores resultantes oscilan entre 0 y 1. Los valores entre 0, 60 hasta 0,70 se consideran el límite inferior de la aceptabilidad; los valores cercanos a 0.8 podríamos considerarlas como "muy altas" (Bisquerra, 1989) y en consecuencia con altos niveles de fiabilidad del instrumento.

Los estadísticos referidos a cada ítem considerado individualmente se presentan en la siguiente tabla.

	Alfa de Cronbach	***Ítem***	**Media**	**Varianza**	**Alfa de Cronbach si se elimina elemento**
TOTAL	**0,82,6**	*Item 1*	33,21	21,475	0,716
		Item 2	33,73	20,618	0,690
		Item 3	33,35	18,701	0,644
		Item 4	33,41	18,443	0,648
		Item 5	32,71	19,815	0,659
		Item 6	33,15	20,324	0,694
		Item 7	32,55	20,695	0,676
		Item 8	34,17	19,699	0,666
		Item 9	33,00	18,988	0,655
		Item 10	33,74	18,415	0,637
		Item 11	34,28	17,340	0,630
		Item 12	34,09	18,647	0,707
		Item 13	34,56	18,595	0,663
Bloque 1.1		*Item 1*	19,29	7,067	0,718
		Item 2	19,59	8,333	0,755
		Item 3	19,30	5,950	0,542

	Item 4	19,36	5,419	0,522
	Item 5	18,64	6,848	0,597
	Item 6	19,09	5,817	0,581
	Item 7	18,49	7,725	0,661
Bloque 1.2	*Item 1*	7,94	2,960	0,611
	Item 2	6,78	2,806	0,620
	Item 3	7,52	2,399	0,412
	Item 4	8,05	1,949	0,42
Bloque 1.3	*Ítem 1*	1,78	3,847	0,468
	Ítem 2	2,28	1,597	0,369
Bloque 2	*Item 1*	10,25	3,536	0,455
	Item 2	11,84	2,441	0,272
	Item 3	11,83	2,187	0,114
	Item 4	11,51	2,274	0,321
	Item 5	10,37	3,691	0,520
Bloque 3	*Item 1*	22,27	16,754	0,788
	Item 2	22,39	15,820	0,774
	Item 3	22,60	15,717	0,785
	Item 4	22,94	15,719	0,784
	Item 5	22,58	15,272	0,777
	Item 6	22,03	17,552	0,820
	Item 7	21,31	20,375	0,833
	Item 8	21,31	20,375	0,833
	Item 9	22,99	17,724	0,825
Bloque 4	*Item 1*	11,21	4,473	0,419
	Item 2	11,79	3,367	0,336
	Item 3	12,49	3,100	0,108
	Item 4	12,29	3,197	0,179
	Item 5	13,27	3,657	0,288
	Item 6	13,43	4,083	0,378

Tabla 47. Análisis de fiabilidad global

En esta tabla, respecto a la fiabilidad global de la escala, como se puede apreciar que se obtiene un alfa de Cronbach de 0,826, por lo que se puede establecer que la consistencia interna de la misma es muy buena. Además, se indican los resultados del análisis y la variación del coeficiente si se elimina alguno de los ítems, observándose que la fiabilidad de la escala no se ve afectada si considerara suprimir alguno de los ítems, aunque del mismo modo, la fiabilidad no mejora al eliminar ninguno de los ítems.

Consideramos necesario comprobar la relación existente entre cada una de las escalas, para ello se realizó un análisis de correlación entre las diferentes escalas mediante el coeficiente de correlación de Pearson. Mediante estas relaciones de correlación podremos realizar una interpretación más fiable de los resultados obtenidos, ya que posibilita establecer relaciones directas entre las respuestas ofrecidas en los distintos bloques, así como entre los diferentes equipos profesionales que han respondido el cuestionario, enriqueciendo de este modo la interpretación del análisis y la discusión de los resultados.

El análisis de correlación entre las diferentes escalas (coeficiente de Pearson) aportó los resultados que mostramos en la siguiente tabla.

		Bloque 1	Bloque 1.1	Bloque 1.2	Bloque 1.3	Bloque 2	Bloque 3	Bloque 4
Bloque 1	Pearson	1	0,179	0,876**	0,879**	0,355**	0,046	0,107
	Sig. (bilateral)		0,084	0,000	0,000	0,000	0,659	0,303
Bloque 1.1	Pearson		1	0,282**	-0,282**	0,221*	0,479**	0,281**
	Sig. (bilateral)			0,009	0,006	0,032	0,000	0,006
Bloque 1.2	Pearson			1	0,588**	0,371**	0,107	0,171
	Sig. (bilateral)				0,000	0,000	0,329	0,115
Bloque 1.3	Pearson				1	0,223*	-0,184	-0,029
	Sig. (bilateral)					0,032	0,078	0,782
Bloque 2	Pearson					1	0,222*	0,298**
	Sig. (bilateral)						0,031	0,003
Bloque 3	Pearson						1	0,475**
	Sig. (bilateral)							0,000
Bloque 4	Pearson							1
	Sig. (bilateral)							
**. La correlación es significativa al nivel 0,01 (bilateral).								
*. La correlación es significante al nivel 0,05 (bilateral).								

Tabla 48. Coeficiente de correlación de Pearson entre las escalas

En la tabla 48 se pueden observar que todas las escalas se correlacionan de forma directa excepto el bloque 1.3 con el bloque 1.1, 3 y 4, que lo hacen de forma inversa, siendo estadísticamente significativa al nivel 0,01 sólo con el bloque 1.1,. Al nivel 0,01 y con una correlación positiva, son estadísticamente significativas las correlaciones entre el bloque 1 y bloque 1.2, 1.3 y 2, entre el bloque 1.1 y bloque 1.2, 1.3, 3 y 4, entre el bloque 1.2 y bloque 1.3 y 2, entre el bloque 2 y bloque 4 y entre el bloque 3 y bloque 4. Finalmente, al nivel 0,05 y con una correlación positiva, entre el bloque 1.1 y bloque 2, entre el bloque 1.3 y bloque 2 y entre el bloque 2 y bloque 3.

En el Capítulo VI, tendremos ocasión de presentar el análisis y la interpretación de las correlaciones que se acaban de mostrar, ofreciendo un estudio pormenorizado de las respuestas obtenidas por cada bloque y por cada ítem que componían nuestro cuestionario.

Resulta fundamental además en nuestra investigación, poder conocer las opiniones ofrecidas, de forma diferenciada, por los distintos profesionales destinatarios del cuestionario: CAIT, EOE y centros de primer ciclo de Educación Infantil. La perspectiva que desde cada ámbito se puede mostrar respecto a los diferentes aspectos objeto de valoración puede, y debe, ser en muchos casos diferente. El análisis de los diferentes puntos de vista aportados nos permitirá obtener unas conclusiones objetivas y que realmente respondan a la realidad de los procesos estudiados.

Por este motivo, se analizó la relación existente entre los diferentes bloques y el ámbito profesional mediante un análisis de varianza a través de ANOVA.

		N	Media	Desv. Típ.
Bloque 1	CAIT	20	2,7839	0,28146
	EOE	13	2,9579	0,44452
	Escuelas	62	2,5470	0,54972
	Total	95	2,6531	0,51113
Bloque 1.1	CAIT	20	3,0143	0,29642
	EOE	12	3,0714	0,41538
	Escuelas	62	3,2692	0,44699
	Total	94	3,1897	0,42667
Bloque 1.2	CAIT	20	2,6875	0,26748
	EOE	13	2,8974	0,33533
	Escuelas	53	2,3852	0,52837
	Total	86	2,5329	0,49214
Bloque 1.3	CAIT	20	2,6500	0,60914
	EOE	13	2,9615	0,90050
	Escuelas	60	1,7833	1,08287
	Total	93	2,1344	1,08131
Bloque 2	CAIT	20	2,9100	0,36978
	EOE	13	2,8154	0,33128
	Escuelas	62	2,7234	0,43171
	Total	95	2,7753	0,41043
Bloque 3	CAIT	20	2,7375	0,39195
	EOE	13	2,7393	0,53878
	Escuelas	62	2,8061	0,52194
	Total	95	2,7825	0,49594
Bloque 4	CAIT	20	2,6550	0,33998
	EOE	13	2,2333	0,34346
	Escuelas	62	2,4608	0,33462
	Total	95	2,4705	0,35520

Tabla 49. Puntuación de las escalas según el ámbito profesional

De un lado, en la tabla 49 se observan los valores medios de las escalas en cada bloque para cada ámbito profesional. Reiteramos que esta diferenciación entre las valoraciones realizadas por los distintos equipos profesionales participantes en el estudio es fundamental para poder llegar a obtener conclusiones significativas, pudiendo de este modo, realizar aportaciones de mejora al proceso de AIT y al proceso de nueva escolarización en el segundo ciclo de la etapa de Educación Infantil.

De otro lado, el análisis de la varianza permite contrastar la hipótesis nula de que las medias de K poblaciones (K >2) son iguales, frente a la hipótesis alternativa de que por lo menos una de las poblaciones difiere de las demás en cuanto a su valor esperado. Este contraste es fundamental en el análisis de resultados experimentales, en los que interesa comparar los resultados de K 'tratamientos' o 'factores' con respecto a la variable dependiente o de interés.

	F	Sig.
Bloque 1	4,635	0,012
Bloque 1.1	3,394	0,038
Bloque 1.2	8,098	0,001
Bloque 1.3	11,31	0,000
Bloque 2	1,658	0,196
Bloque 3	0,198	0,820
Bloque 4	6,246	0,003

Tabla 50. Anova de un factor de todos los bloques

En la tabla 50 se observan los valores del ANOVA, siendo estadísticamente signficativas en el bloque 1, 1.1, 1.2, 1.3 y 4. En el bloque 1, 1.1, 1.2 y 1.3 los valores son más altos para EOE, seguidos por CAIT con valores similares y con valores menores se encuentran las escuelas. En el bloque 4 los valores son más altos para CAIT, seguidos de las escuelas y luego por los EOE.

En definitiva, el análisis llevado a cabo mostró un alto grado de fiabilidad de la escala, por lo que pudimos concluir que el cuestionario reunía los indicadores mínimos exigibles desde el punto de vista técnico para ser utilizado como instrumento de medida dentro de esta investigación.

V.7.3.3. Cuestionario utilizado en la investigación

Hasta ahora, hemos podido describir los procesos de construcción, validación y fiabilización a los que se sometió el cuestionario que habíamos elaborado, lo cual nos aporta una idea clara de la complejidad de las actuaciones desarrolladas. Llegados a este punto, tal y como habíamos anticipado en apartados anteriores, se realizan los cambios sugeridos, de modo que el cuestionario quedó en su estado definitivo, para así poder ser enviado a sus destinatarios.

V.7.3.3.1. Análisis de las Dimensiones

El cuestionario definitivo está compuesto por cuarenta ítems de diferente tipología (elección, tipo Likert y en menor medida, abierta), como puede comprobarse en los anexos.

Con el cuestionario se pretendió recoger información sobre las siguientes dimensiones: Cuestiones Generales, Detección Temprana, Escolarización, Información sobre Recursos, Colaboración/Coordinación y Formación. En la siguiente tabla se muestra un análisis más detallado cada una de las dimensiones y subdimensiones (con los respectivos bloques en los que las estructuramos), así como los ítems que lo constituyen.

DIMENSIÓN: CUESTIONES GENERALES	
En esta dimensión pretendemos recoger información respecto al ámbito profesional en el que trabaja el investigado (CAIT, EOE o centro de 1er ciclo de E.I.). Esta información será determinante para poder valorar su visión de lo planteado; la titulación académica que poseen y la experiencia profesional en el campo de la atención infantil temprana, son también aspectos que condicionan la valoración que puedan hacer de los ítems que incluye el cuestionario.	
SUBDIMENSIONES	**ITEMS**
Ámbito profesional	1
Perfil profesional	2
Experiencia profesional en AIT	3

DIMENSIÓN: DETECCIÓN TEMPRANA (Bloque 1)	
La detección temprana es un principio clave en el actual concepto de atención infantil temprana y así, es recogido en la normativa que compete tanto al ámbito educativo como al ámbito de salud. En este sentido, era necesario poder determinar el quién, el cómo y el cuándo se produce la detección, por lo que se diferenció entre el periodo 0-3 años y el periodo 3-6 años por las implicaciones que tiene para una posterior intervención, tratando de identificar en cada periodo los agentes más directamente implicados y la eficacia de los procedimientos establecidos para tal fin.	
SUBDIMENSIONES	**ITEMS**
(Bloque 1.1) Detección en el periodo 0- 3 años	4,5,6,7,8,9,10
(Bloque 1.2) Detección en el periodo 3- 6 años	11,12,13,14,15
(Bloque 1.3) Detección comparativa entre ambos periodos	16,17

DIMENSIÓN: RECURSOS (Bloque 2)	
Como hemos tenido oportunidad de comprobar en la mayoría de los capítulos de esta Tesis Doctoral, son diferentes Consejerías las implicadas en los procesos objeto de estudio (atención infantil temprana y escolarización). Si el análisis de los recursos de una sola Consejería, aplicados a un solo proceso, ya sería un trabajo con entidad suficiente, conocer, proceder y participar de los mencionados procesos, en los que participan ambas Consejerías, implica un grado de complejidad especialmente alto. Por todo ello, esta dimensión trata de recoger información acerca del grado de conocimiento de los recursos existentes y valorar si son suficientes para afrontar con ciertas garantías de éxito las actuaciones que han de desarrollar.	
SUBDIMENSIONES	**ITEMS**
Conocimiento de los recursos de AIT	18,21,22
Recursos suficientes de AIT	19,20
Nuevos recursos	23

DIMENSIÓN: COORDINACIÓN (Bloque 3)	
En la línea de lo planteado en la dimensión referida a "Recursos", resulta fundamental que los procesos objeto del estudio se desarrollen mediante procedimientos de coordinación que definan con claridad los momentos, los tiempos y las funciones de los distintos profesionales implicados, como base para que se intervenga de forma eficaz sobre los niños y niñas con trastornos en el desarrollo o en riesgo de padecerlo y con sus familias. Por tanto, pretendemos con esta dimensión obtener información sobre una serie de aspectos relativos a la coordinación, no sólo recoger la valoración que sobre ésta los profesores realizan, sino también los factores que, desde su punto de vista, influyen en que sea más o menos efectiva, así como, sobre la participación de los orientadores y orientadoras especialistas de atención temprana.	
SUBDIMENSIONES	**ITEMS**
Coordinación EOE-CAIT	24,25,29,30,33
Coordinación CAIT y centros de 1er ciclo de E.I.	26
Coordinación EOE y centros de 1er ciclo de E.I.	27
Coordinación UAIT-CAIT-EOE	28
Coordinación orientador/a especialista AT y EOE	31,32

DIMENSIÓN: FORMACIÓN (Bloque 4)	
Un ámbito, niños y niñas de 0 a 6 años con trastornos en el desarrollo o en riesgo de padecerlo y sus familias, cuya atención especializada es decisiva para el máximo desarrollo de todas sus capacidades y potencialidades, exige que los profesionales que intervienen cuenten con el adecuado nivel de formación y de la máxima actualización formativa posible. En este sentido, y considerando oportuna la importancia de que profesionales que trabajan en los CAIT, EOE y centros de 1er ciclo de Educación Infantil valoren desde su realidad profesional el nivel de formación con el que cuentan, se pretende obtener información sobre la formación inicial de la que parten, pero muy especialmente, respecto a las oportunidades de formación permanente que tienen y que se les ofrecen desde las propias Administraciones. Además, considerábamos necesario conocer cuál era su disposición a la formación, así como cuáles eran las temáticas de las que adolecen una mayor formación.	
SUBDIMENSIONES	**ITEMS**
Formación específica en AIT	34,35,37,38
Temáticas prioritarias	36
Oferta formativa	39,40

Tabla 51. Estructura del Cuestionario: dimensiones, subdimensiones e ítems correspondientes

Como podemos comprobar, las dimensiones y las cuestiones planteadas se corresponden básicamente con el contenido de las entrevistas que ofrecimos en el apartado anterior, puesto que la información recogida en éstas, constituyeron la base, junto con la revisión de literatura, para la construcción del presente cuestionario.

V.7.3.3.2. Difusión y Recogida de la Información

Una vez redactado el cuestionario definitivo, el proceso de difusión y recogida de información de éste, podemos resumirlo en una serie de fases que ofrecemos en la figura 53.

Estos pasos resumen el desarrollo seguido pero difícilmente pueden reflejar la realidad del proceso, las dificultades, las anécdotas, la falta de información, etc. con la que nos encontramos a la hora de obtener datos, de acceder a los CAIT, a los EOE y a los centros de primer ciclo de Educación Infantil y que también definen y forman parte de la investigación.

Para la difusión del instrumento, contamos con la ayuda de la consultora de atención temprana de la Delegación Territorial que nos facilitó las direcciones de correo electrónico de todos los CAIT y, con la ayuda de la Coordinadora del ETPOEP de la Delegación Territorial de Educación que nos facilitó las direcciones de correo electrónico tanto de los EOE como de los centros de primer ciclo de Educación Infantil que habíamos seleccionado. En un primer momento decidimos enviar el cuestionario como un archivo pdf. editable adjunto al correo electrónico que enviamos a todos los destinatarios. Sin embargo, enseguida comenzamos a recibir respuestas comunicándonos que el archivo adjunto estaba generando muchos problemas porque no permitía guardarlo una vez cumplimentado. Esta incidencia nos obligó a buscar una fórmula que subsanara esta problemática y que nos permitiera facilitar todo lo posible la tarea del investigado. Optamos por crear el mismo cuestionario a través de la aplicación de Google drive diseñada para este fin "Google Forms" la cual nos permite realizar formularios y encuestas para adquirir estadísticas sobre la opinión de un grupo de personas, siendo una práctica herramienta para adquirir cualquier tipo de información. El texto del mensaje que incluimos en el correo que se envió a través de la aplicación, en el que adjuntábamos el cuestionario y un enlace para poder cumplimentarlo *on line* es el que mostramos a continuación:

"Estimadas compañeras y compañeros, *Os pido disculpas por las molestias que os pueda estar causando, especialmente por la dificultad que os ha podido generar el archivo pdf que os envié para la cumplimentación del cuestionario.* *Finalmente, para facilitar su cumplimentación os envío en este e-mail un enlace que os lleva directamente a poder responder las preguntas y una vez finalizado solo habrá que seleccionar la opción enviar. Os aseguro que este formato es muy ágil y con vuestra experiencia, no os va a suponer más que unos minutos cumplimentarlo.* *Quiero agradeceros a todos vuestra colaboración y de forma especial a los centros que ya lo han elaborado y me lo ha enviado a pesar de los problemas que ha generado el archivo pdf.* *Espero vuestras respuestas, con el objetivo de poder plasmar una parte de la realidad a la que cada día os enfrentáis y de visibilizar el trabajo tan importante que realizáis.* *Muchas gracias!"*

Tabla 52. Texto del e-mail donde se ajuntaba el cuestionario

Nos gustaría resaltar el hecho de que a pesar de que el envío y recogida de cuestionarios, se realizó entre los meses de noviembre y diciembre, con las dificultades que

conlleva este mes en el desarrollo de los centros y las posibilidad de pérdidas, olvidos y otras circunstancias; gracias a la colaboración de nuestros referentes en las Delegaciones Territoriales de Educación y de Salud, esta fase se pudo realizar obteniendo los datos de prácticamente la totalidad de los cuestionarios enviados.

Por otra parte, las fases a las que hicimos referencia anteriormente, en lo que respecta a la difusión y recogida de la información de los cuestionarios son las siguientes:

1. Obtención de la población de CAIT, EOE y centros de 1er ciclo de Educación Infantil de Huelva capital y Provincia, datos ofrecidos por las Delegaciones Territoriales de Salud y de Educación de Huelva.
2. Contacto con la consultora de atención temprana y la coordinadora del ETPOEP para pedir la colaboración de los gerentes de los CAIT y de los coordinadores y coordinadoras de los EOE, respectivamente, así como de los directores y directoras de los centros de 1er ciclo de Educación Infantil para la cumplimentación del mayor número de cuestionarios.
3. Contacto con los gerentes de los CAIT, los coordinadores y coordinadoras de los EOE, y los directores y directoras de los centros de 1er ciclo de Educación Infantil para solicitarles su colaboración en este estudio.
4. Elaborar el cuestionario a través de la aplicación "Google Forms" de "Google Drive" y envío de los cuestionarios a todos los destinatarios ya descritos.
5. Contacto telefónico con algunos gerentes de CAIT, coordinadores y coordinadoras de EOE, y directores y directoras de centros de 1er ciclo de Educación Infantil, con los que existía una mayor relación personal para explicarles el motivo del cuestionario e invitarles a que lo cumplimentaran cuanto antes.
6. Todos los cuestionarios que recibimos, tanto a través del correo electrónico, como mediante la aplicación "Google Forms", se respondieron de forma individual y personalizada, agradeciendo la colaboración prestada y el interés demostrado. Además, ofrecíamos la posibilidad de escuchar sugerencias, problemas,…
7. Tras esperar un tiempo prudencial, se envió un recordatorio a través de la aplicación "Google Forms" a todos los investigados que aún no nos habían remitido el cuestionario cumplimentado, animándoles a que lo hicieran, insistiendo en la relevancia de sus repuestas para nuestra investigación.

Tabla 53. Proceso de difusión y recogida de los cuestionarios del estudio.

Llegados a este punto, es necesario que nos situemos de acuerdo con la secuencia del proceso de investigamos que fuimos siguiendo. La forma gráfica de la siguiente etapa, se representa del siguiente modo:

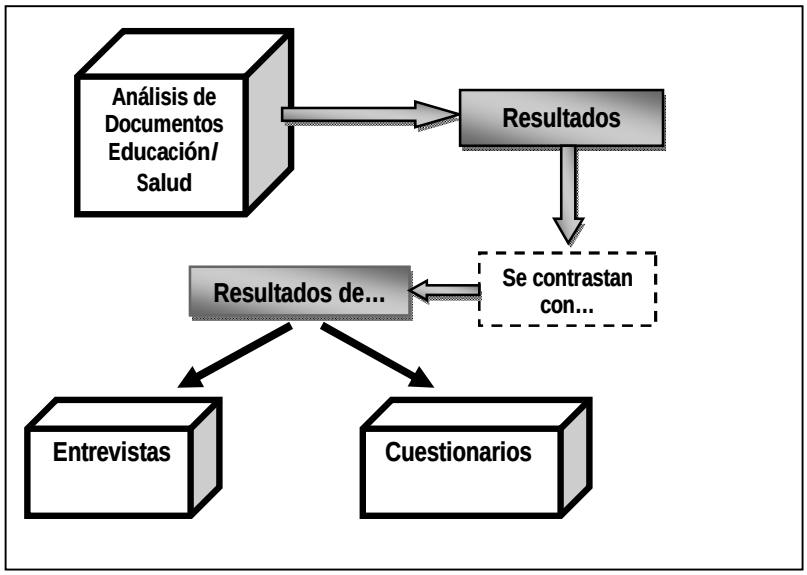


Figura 50. Fases del proceso de análisis de los resultados

A continuación, en el siguiente Capítulo referente al "análisis y discusión de los resultados", ofrecemos un análisis detallado en el que expondremos los resultados alcanzados. Por otro lado, en el capítulo VII, en las conclusiones, presentaremos el análisis interpretativo de los resultados que se han obtenido en nuestro estudio.

V.8. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

AAVV, (2000). Instrumentos metodológicos para la evaluación de diversos aspectos relacionados con la formación. (http://prometeo.cica.es/recursos/instrumentos /cuestionarios.htm; visitada el 27/09/00).

Álvarez Méndez, J.M. (1986, 1995). *Investigación cuantitativa- investigación cualitativa: ¿una falsa disyuntiva?.* En Cook, T. y Reichardt, CH. *Métodos cualitativos y cuantitativos en investigación evolutiva.* Madrid: Morata.

Álvarez Rojo, V. y Otros (1999). La Calidad de la Enseñanza Universitaria desde la perspectiva de los profesores mejor valorados por los alumnos. Revista de Educación 319: 273-290.

Amón, J. (1990). *Estadística para psicólogos 2. Probabilidad. Estadística inferencial.* Madrid: Pirámide.

Anderson, T.H. (1994). A rest analysis of two pre-secundary science activities. Journal Curriculum Studies, 26 (2): 163-185.

Anguera, M.T., Arnau, J., Ato, M. Martínez, R., Pascual, J. y Vallejo, G. (1998). *Métodos de Investigación en Psicología.* Madrid: Síntesis.

Arias, A. y Fernández, B. (1998). *La encuesta como técnica de investigación social.* En Rojas, A.J., Fernández, J.S. y Pérez, C. (1998) *Investigar mediante encuestas. Fundamentos teóricos y prácticos.* Madrid: Síntesis, 31-50.

Arnal, J., Del Rincón, D., y Latorre, A. (1992). *Investigación educativa: fundamentos y metodologías.* Barcelona: Editorial Labor, S.A.

Arnau, J. (1998). *Metodología de la investigación Psicológica*. En Anguera, M.T., Arnau, J., Ato, M. Martínez, R., Pascual, J. y Vallejo, G. (1998) *Métodos de Investigación en Psicología.* Madrid: Síntesis, 23-43.

Bacells, J. (1994). *La investigación social. Introducción a los métodos y a las técnicas.* Barcelona: PPU.

Bardín, J. (1986). *Análisis de contenido.* Madrid: Akal.

Barrios, CH. y Otros (1996). Las estructuras metodológicas de la investigación cualitativa como código ético de los investigadores. Revista de Ciéncies de L´educació, serie IV, vol. I: 71-82.

Bartolomé, M. (1988). *Nuevas tendencias en los diseños de investigación en España*. En Dendaluce, I. (Coord.), Aspectos metodológicos de la investigación educativa. II Congreso Mundial Vasco. Madrid: Narcea, pp. 102-120.

Bartolomé, M. (1992). Investigación cualitativa en educación: ¿comprender o transformar?. Revista de Investigación Educativa, 20: 7-36.

Bartolomé, M. y Otros (Coords.) (1995). *Modelos de Investigación Educativa.* Barcelona: Publicaciones de la Universidad.

Bautista, A. (1994). *Las nuevas tecnologías en la capacitación docente.* Madrid: Aprendizaje-Visor.

Berger, A.A. (1991a). *Media analysis techniques.* London: Sage.

Berger, A.A. (1991b). *Media research techniques*. London: Sage.

Bericat, E. (1998). *La integración de los métodos cuantitativos y cualitativos en la investigación social. Significado y medida.* Barcelona: Ariel Sociología.

Bers, T.H. (1989). The popularity and problems of focus group research. *College and University, 64 (3):* 260-268.

Bisquerra, R. (1989). Métodos de investigación educativa. Guía educativa. Barcelona: CEAC.

Blanco Pesqueira, A. (1995). *Evaluación de la calidad formativa de programas de formación permanente del profesorado de personas adultas.* Tesis Doctoral: UNED.

Box, G., Hunter, W. G., y Hunter, J. S. (1989). *Estadística para investigadores*. Barcelona: Reverté.

Buendía, L. (1997). *La investigación por encuesta*. En Buendía, L., Colás, P. y Hernández, F. *Métodos de investigación en Psicopedagogía.* Madrid: Mc Graw-Hill, 119-155.

Bunge (2001). *La relación entre la sociología y la filosofía.* Madrid: EDAF.

Campbell, D., y Stanley, J. (1963). *Experimental and quasi experimental desgins for research on teaching*. En Gage, N.L. (Ed.), *Handbook of research on teaching*. Chicago: Rand McNally.

Cohen, L. y Manion, L. (1990). *Métodos de Investigación Educativa.* Madrid: La Muralla.

Cohen, J. (1990). Things I have learned (so far). American Psychologist, 45 (12), 1304-1312.

Colás, M.P. y Buendía, L. (1994) (2ª Ed). *Investigación educativa.* Sevilla: Alfar.

Consejo de Universidades (2000). *Informe Anual de la Segunda Convocatoria. Plan Nacional de Evaluación de la Calidad de las Universidades.* Madrid: Ministerio de Educación, Cultura y Deporte.

Cook, T.D. y Reichardt,CH. (1986;1995). *Métodos de investigación cualitativos y cualitativos en investigación educativa.* Madrid: Morata.

Córdoba, M. (2000). *Formación de los profesionales en Educación Especial.* Tesis Doctoral inédita: Universidad de Huelva.

Cormack, R. M. (1971). *The statistical argument.* Edinburg: Oliver and Boyd.

De la Orden, A. (1985). *Investigación educativa*. Madrid: Anaya.

De Miguel, M. (1988). *Paradigmas de la investigación educativa española.* En Dendaluce, I. (coord..). *Aspectos metodológicos de la investigación educativa*. Madrid: Narcea, 60-77.

De Pablos, J. y Otros (1990). La formación del profesorado universitario a través de la investigación. Una experiencia en el ICE de la Universidad de Sevilla. *Revista de Enseñanza Universitaria 1(1):* 107-115.

De Vicente, P. y Otros (1995). Problemática de los profesores que ocupan cargos directivos y sus creencias acerca del ejercicio de la función directiva. Un estudio descriptivo. *Enseñanza 13:*127-152.

Delgado, J.M. y Gutiérrez, J. (Coords.) (1995). *Métodos y técnicas cualitativas de investigación en Ciencias Sociales.* Madrid: Síntesis.

Denzin, N. y Lincoln, Y. (eds.) (1994). *Handbook of Qualitative Research.* London: Sage Publications.

Erickson, W. (1989). *Métodos cualitativos de investigación sobre la enseñanza*. En Wittrock, M.C. (Ed.). *La investigación de la enseñanza.* Madrid: Paidós

Fernández Cruz, M. (1995). *Los ciclos vitales de los profesores.* Granada: FORCE.

Fisher, R. A. (1953). *The design of experiments*. New York: Hafner.

Fox, D. (1980). *El proceso de investigación en educación.* Pamplona: Eunsa.

García, E., Gil, J., y Rodríguez, G. (1994). Análisis de datos cualitativos en la investigación sobre la diferenciación educativa. Revista de Investigación Educativa, (24), 179-216.

Gil, J. (2003). La estadística en la investigación educativa. Revista de Investigación Educativa, Vol. 21, (n.º 1), 231-248.

Glass, G.V. y Stanley, J.C. (1980). *Métodos estadísticos aplicados a las ciencias sociales*. Barcelona: Editorial Prentice/Hall Internacional.

Goetz, J. P., y Lecompte, M. D. (1988). *Etnografía y diseño cualitativo en investigación educativa*. Madrid: Morata.

Gómez Benito, J. (1987). *Meta-análisis.* Barcelona: PPU.

Guilford, J. P., y Fruchter, B. (1978). *Fundamental statistics in psychology and education.* Tokyo: McGrawHill Kogakusha, Ltd.

Hayman, J. (1984). *Investigación Educativa*. Barcelona: Paidós.

Haywood, M. (2000). Sociology and Aualitative Methodologies in Educational Research. *Harvard Educational Review 70(1)*: 60-74.

Iker, H. P. (1975). *Words, system manual.* Rochester, NY: Computer Print.

Kenny, D. A. (1979). *Correlation and causality*. Nueva York: John Wiley & Sons.

Kerlinger, F. N. (1981). *Investigación del comportamiento*. Técnicas y metodología. México: Interamericana.

King, G., Keohane, R.O. y Verba, S. (2000). *El diseño de la investigación social. La inferencia científica en los estudios cualitativos*. Madrid: Alianza Editorial.

Krippedorff, K. (1990). *Metodología de análisis de contenido. Teoría y práctica*. Barcelona: Paidós.

Kruskal, J. B., y Wish, M. (1986). *Multidimensional scaling*. Beverly Hills: Sage Publications.

Kruskal, W. H. (1978). *The field of statistics.* En Kruskal, W.H. y Kendall, M.G. (Eds.). *International Encyclopedia of Statistics.* New York: The Free Press, 1071-1091.

Lagares, P. y Puerto, J. (2001). *Población y muestra. Técnicas de muestreos*. Londres: Management Mathematics for European Schools (MaMaEuSch)

Landeta, J. (1999). *El método Delphi. Una técnica de previsión para la incertidumbre.* Barcelona: Ariel.

Lebart, L., y Salem, A. (1994). *Statistique textuelle*. Paris: Dunod.

López, F. (2002). El análisis de contenido como método de investigación. Revista de Educación. 4, 167-179.

Manzano (1996). Programa SOTAM (Sistema de Optimización para Tamaño de Muestras).

Manzano (1998). *Selección de muestras.* En Rojas, A.J. y Otros (eds.) *Investigar mediante encuestas. Fundamentos teóricos y aspectos prácticos.* Madrid: Síntesis.

Martínez, R. (1995). *Psicometría: Teoría de los tests Psicológicos y Educativos.* Madrid: Síntesis.

Martínez, R. (1995b). *Las decisiones posteriores al muestreo*. En Anguera y Otros. *Métodos de Investigación en Psicología*. Madrid: Síntesis: 485-509.

Martínez, R. (1998). *El método de encuestas por muestreo: conceptos básicos.* En Anguera y Otros. *Métodos de Investigación en Psicología*. Madrid: Síntesis.

Mayor, C. (1995a). *Enseñar y aprender a enseñar en la Universidad. Un estudio sobre las condiciones profesionales y formativas del profesor de la Universidad de Sevilla.* Tesis Doctoral: Universidad de Sevilla.

Miles, M.B. y Huberman, A. (1984). *Qualitative data analysis: an expanded sourcerbook.* Beverly Hill: Sage.

Moya, A. (2000). *El profesor de apoyo a la integración en la provincia de Huelva: perspectivas sobre la formación inicial desde su práctica profesional.* Tesis doctoral inédita: Universidad de Huelva.

Navarro, J. y Díaz, C. (1995). *Análisis de contenido*. En Delgado, J.M. y Gutiérrez, J. (coords.) *Métodos y técnicas cualitativas de investigación en Ciencias Sociales.* Madrid: Síntesis (177-221).

Nisbet, J.D. y Entwistle, N.J. (1990). *Métodos de investigación educativa*. Barcelona: Oikos-Tau.

Osoro, J.M. (1994). *Utilización de indicadores a la evaluación institucional universitaria. Una aplicación a la evaluación de programas académicos.* Tesis Doctoral: Universidad de Oviedo.

Padilla, J.L., González, A. y Pérez, C. (1998). *Elaboración del cuestionario.* En Rojas, A.J., Fernández, J.S. y Pérez, C. (1998) *Investigar mediante encuestas. Fundamentos teóricos y prácticos*. Madrid: Síntesis (115-140).

Patton, M.Q. (1980). *Qualitative evolution methods*. Beverly Hills: CA Sage.

Patton, M.Q. (1990). *Qualitative evaluation and research methods.* Newbury Park: CA Sage.

Pérez Juste, R. (1985). *Diseño experimental*. En De la Orden (Dir.) *Investigación Educativa*. Madrid: Anaya (85-87).

Pérez Serrano, G. (1994). *Investigación cualitativa. Retos e interrogantes I y II. Técnicas y análisis de datos.* Madrid: La Muralla.

Pérez, C., Rojas, A. y Fernández, J.S. (1998). *Introducción a la Investigación Social*. En Rojas, A.J., Fernández, J.S. y Pérez, C. (1998) *Investigar mediante encuestas. Fundamentos teóricos y prácticos.* Madrid: Síntesis (17-28).

Piñuel, J.L. y Gaitán, J.A. (1995). *Metodología general. Conocimiento científico e investigación en la comunicación social.* Madrid: Síntesis.

Rodríguez, G., GIL, J. y García, E. (1996). *Metodología de la investigación cualitativa.* Málaga: Aljibe.

Rojas, A.J., Fernández, J.S. y Pérez, C. (1998). *Investigar mediante encuestas. Fundamentos teóricos y prácticos.* Madrid: Síntesis.

San Martín, R. y Otros (1990). *Psicoestadística descriptiva.* Madrid: Pirámide.

Sánchez, M. (1994). *Inventario de creencias de supervisor (I.C.S.): Un instrumento para estudiar los diferentes estilos de supervisión*. Madrid: Enseñanza XII, 109-137.

Santos Guerra, M.A. (1999). *El crisol de la participación*. Málaga: Aljibe.

Selliz y Otros (1980). *Métodos de investigación en las relaciones sociales.* Madrid: Rialp.

Sierra Bravo, R. (1989). *Técnicas de Investigación Social*. Madrid: Paraninfo.

Stromquist, N. (1983). La relación entre los enfoques cualitativos y cuantitativos. *Seminario internacional sobre los procesos de interpretación en la instigación cualitativa de la realidad escolar.* Bogotá.

Taylor, S.J. y Bogdan, R. (1994). *Introducción a los medios cualitativos de investigación.* Buenos Aires: Paidós. (2ª ed).

Templeton, J.F. (1987). *Focus Group: a guide for marketing and adveilising professionals*. Chicago: Probus Publishing Company.

Vicerrectorado de Calidad e Innovación Docente (2001). Informe del Cuestionario para la detección de necesidades de Formación del Profesorado. Documento policopiado.

Villar Angulo, L.M. (1992). *Combinación de métodos cualitativos y cuantitativos en la investigación sobre Formación del Profesorado*. En *La investigación sobre Formación del Profesorado: métodos de investigación y análisis de datos.* Sevilla: Universidad de Sevilla.

Weber, R.P. (1985). *Basic content analysis.* Beverly Hills: Sage University Paper.

Wells, W.D. (1974). *Group Interviewing*. En Ferber, R. (Ed.) *Handbook of Marketing research*. New York: McGraw Hill.

Woods, P. (1989). *La escuela por dentro. La etnografía en la investigación educativa*. Madrid: Paidós.

CAPÍTULO

VI

ANÁLISIS DE LOS RESULTADOS DE LA INVESTIGACIÓN

"Es de importancia para quien desee alcanzar una certeza en su investigación, el saber dudar a tiempo".

Aristóteles

En el capítulo V, referido al *"Diseño y proceso de la investigación"*, hemos definido nuestro objeto de estudio, el enfoque y las fases del proceso de investigación, la población a la que se dirigió nuestro estudio, así como se ha presentado la selección de instrumentos que hemos utilizado, mediante los que se ha procedido a la obtención de los datos. Dicha selección no se planteó desde la premisa inicial de intentar únicamente responder a la pregunta *"¿qué puedo estudiar con las técnicas que poseo?"*, tal y como indica González Río (1997, 40) sino que nos propusimos buscar y seleccionar aquellos instrumentos más adecuados y que mejor respondían a los interrogantes que nos planteábamos.

En este momento del proceso de investigación vamos a proceder a presentar los resultados obtenidos a través de los instrumentos de recogida de información utilizados en nuestro estudio: análisis de documentos, entrevista y cuestionario, con objeto de realizar un análisis exhaustivo respecto al proceso de atención infantil temprana y al proceso de nueva escolarización en el segundo ciclo de Educación infantil del alumnado que presenta un trastorno en el desarrollo.

VI.1. DESCRIPCIÓN Y DISCUSIÓN DE LOS RESULTADOS DEL ANÁLISIS DE DOCUMENTOS

El orden de presentación de los instrumentos de recogida de información utilizados en esta investigación no es casual ni arbitrario, responde al criterio que expusimos en el Capítulo V, cuando presentamos cada uno de ellos. Nuestra investigación sigue un procedimiento de razonamiento deductivo, pues abordamos la presentación de los resultados desde lo más general, que en nuestro caso se refiere al análisis de documentos y las entrevistas que contienen información a nivel regional, hasta llegar a los cuestionarios que se dirigieron de forma específica a la provincia de Huelva.

Comenzamos por tanto, por el análisis y discusión de los datos obtenidos a través de los documentos facilitados tanto por la Consejería de Salud, referentes al proceso de atención infantil temprana, como por la Consejería de Educación, respecto a al proceso de escolarización del alumnado con trastornos en el desarrollo en el segundo ciclo de la etapa de Educación Infantil, durante los cursos 2014/2015, 2015/2016 y 2016/2017, a fin de exponer los datos de carácter oficial en la comunidad autónoma que sirvan como marco de referencia para la posterior interpretación de las conclusiones del estudio. Este será nuestro Universo objeto de estudio, que figura como anexo de este trabajo.

VI.1.1. ANÁLISIS DE DATOS REFERIDOS A LA ATENCIÓN INFANTIL TEMPRANA EN ANDALUCÍA

El privilegio de haber podido trabajar durante varios cursos escolares como orientador especialista en atención temprana ha supuesto, en lo que respecta al acceso al campo de esta investigación, la posibilidad de disponer de una red de contactos profesionales en el ámbito de la Consejería de Salud, así como en la Delegación Territorial de Salud de Huelva que nos han permitido y facilitado el acceso a la información que se ha solicitado. Por ello, la primera acción que se realizó en este sentido fue ponerme en contacto con el Coordinador Regional de Proceso de Atención Infantil Temprana en Andalucía para explicarle de primera mano cuál era el tema sobre el que versaba mi tesis doctoral y por tanto, los datos que requería, el uso que haría de los mismos y la finalidad que se perseguía. La respuesta positiva fue inmediata y además, me brindó la posibilidad de contar con su ayuda para cualquier cuestión que pudiera facilitarme.

Agradecido por tal ofrecimiento, solicitamos una extracción de datos del sistema de información Alborada, en la que necesitábamos para los cursos 2014/2015, 2015/2016 y 2016/2017 la siguiente información:

→ Población, desagregada por sexo, que se encontraban recibiendo tratamiento en un CAIT
→ Edad: cumplía 3 años en los años 2015, 2016 y 2017
→ Diagnóstico ODAT
→ Provincia

Esta extracción de datos nos fue facilitada a los pocos días de haberla solicitado, por lo que tuvimos la oportunidad de realizar este análisis como marco o punto de partida de nuestra investigación, permitiéndonos además, utilizar la información obtenida para la elaboración de los demás instrumentos utilizados en nuestra investigación (la entrevista y el cuestionario).

En los anexos se puede consultar la extracción de datos del sistema de información alborada facilitada por la Consejería de Salud. A continuación presentamos el análisis y discusión de los datos obtenidos a partir de esta información.

VI.1.1.1. Análisis global de los cursos académicos 2014/2015, 2015/2016 y 2016/2017

Disponer de los datos de la población total de niños y niñas que eran atendidos en los CAIT de las diferentes provincias andaluzas, en los tres últimos cursos, nos permite conocer una parte importante de la realidad de la atención infantil temprana, de su evolución y de su impacto en la sociedad. En los siguientes gráficos se muestran los datos referidos para cada año.

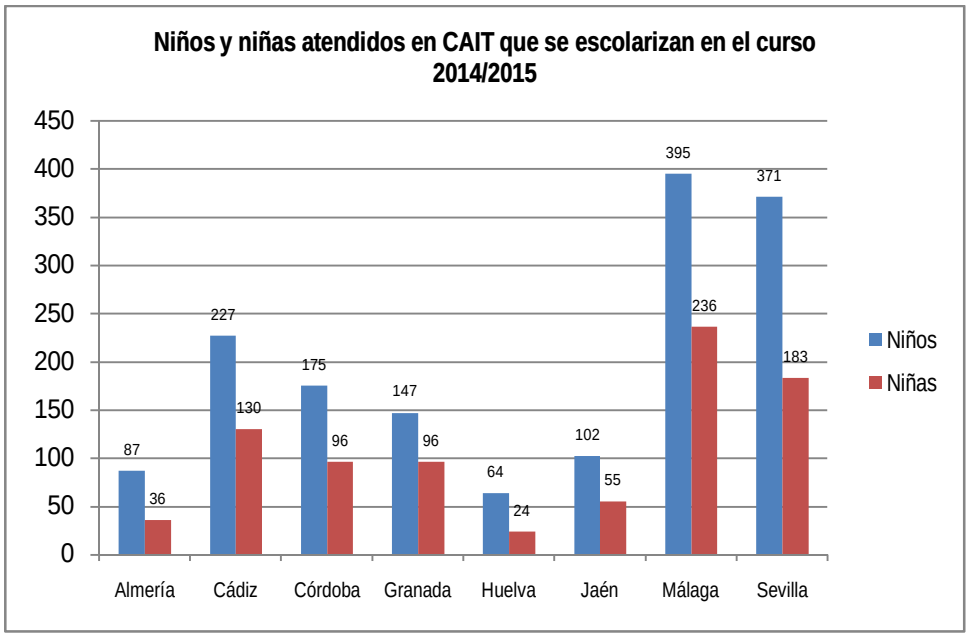


Gráfico 3. Población atendida en CAIT en el curso 2014/2015

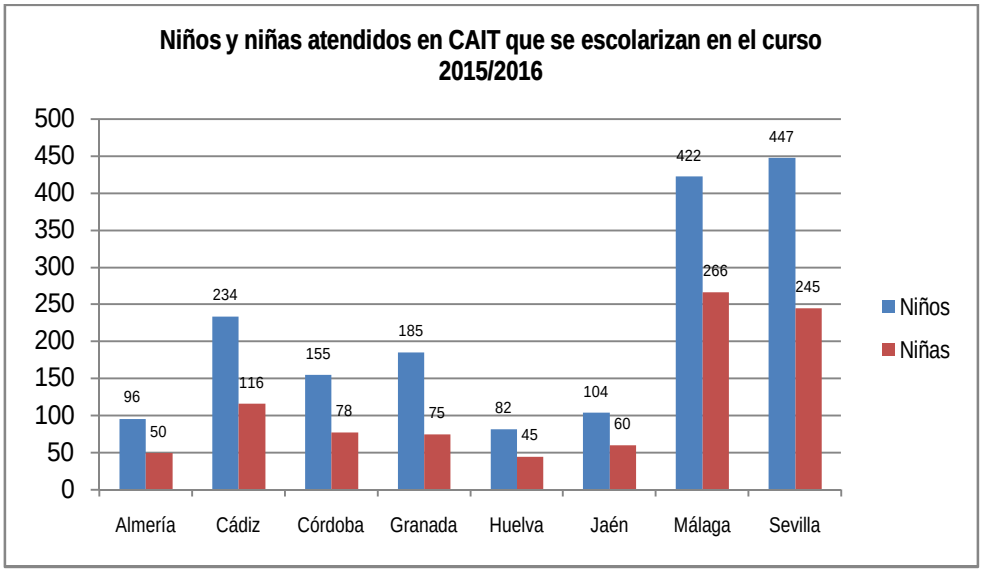


Gráfico 4. Población atendida en CAIT en el curso 2015/2016

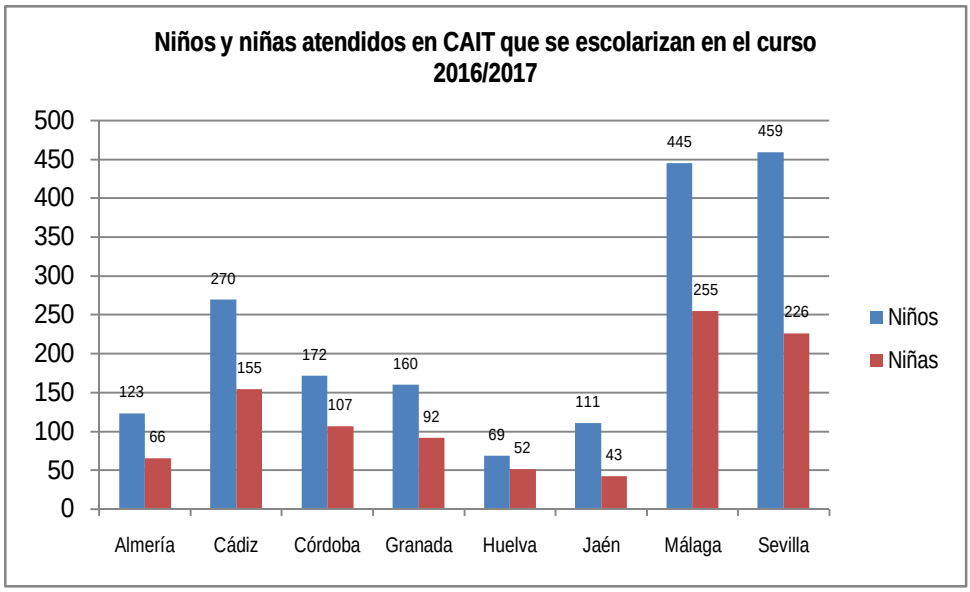


Gráfico 5. Población atendida en CAIT en el curso 2016/2017

El análisis de estos gráficos, comparando los datos de cada año, nos permite extraer alguna información relevante de forma inmediata, en cuanto a aspectos como:

- La población total de las provincias de Málaga y Sevilla es muy superior a las demás provincias andaluzas, lo cual justifica que superen en gran medida a las demás en el número de niños y niñas que son objeto de atención infantil temprana.
- Es muy significativo que en todas las provincias el número de niños en atención es superior al de niñas, llegando en algunas provincias a duplicarlo. Destacan en este sentido, las provincias de Jaén y Málaga.

Aunque se aprecia en los gráficos anteriores un cierto aumento del número de niños y niñas atendidos en las distintas provincias, se confirma la tendencia al alza de la población de niños y niñas entre 2 y 3 años que son atendidos en CAIT cada año, como podemos observar en los gráficos de evolución por año a nivel provincial, que se presentan a continuación:

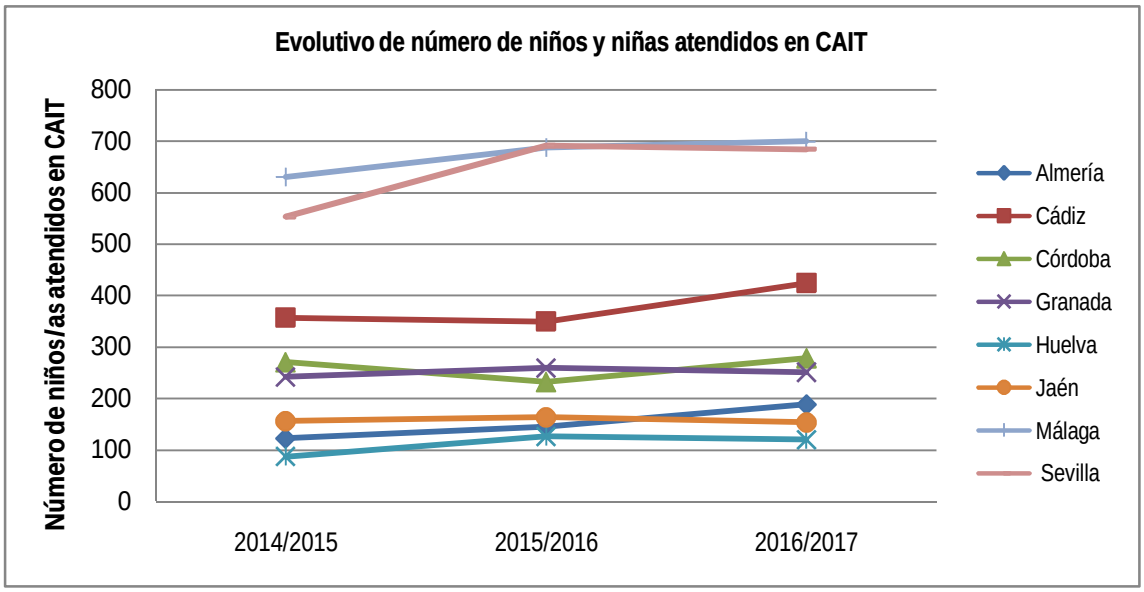


Gráfico 6. Evolutivo por provincias de población atendida en CAIT en los últimos 3 cursos

En esta gráfica se observa que la tendencia al alza se confirma, tal y como comentábamos anteriormente, aunque no en todas las provincias por igual. Mientras que en Almería, Cádiz, Córdoba, Málaga y Sevilla el número de casos experimenta un aumento, que es especialmente significativo en el curso 2015/2016 en las provincias de Málaga y Sevilla, otras como Granada, Huelva y Jaén muestran una moderada reducción en el número de casos atendidos.

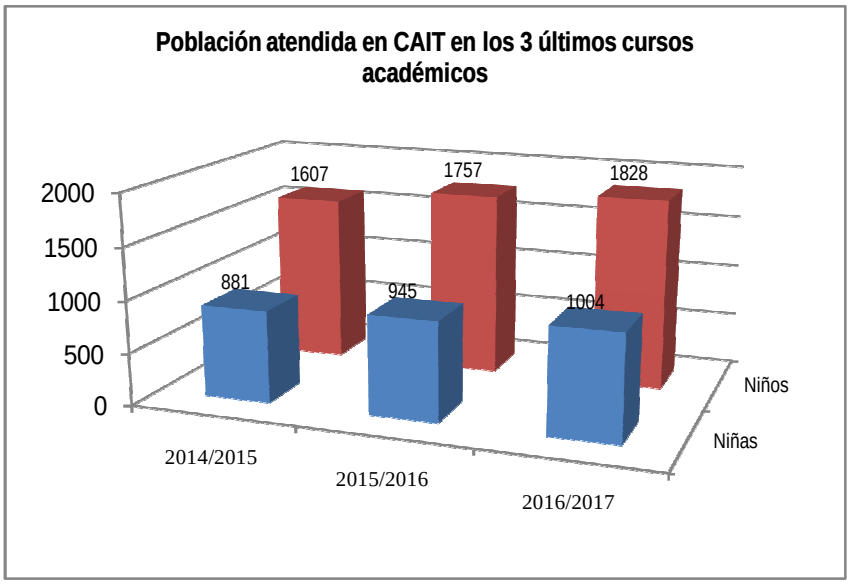


Gráfico 7. Evolutivo por provincias de población atendida en CAIT en los últimos 3 cursos

Sin embargo, si atendemos a datos globales de población por cada uno de los años analizados, podemos confirmar la tendencia al alza que veníamos comentando, siendo especialmente significativa la diferencia que se observa entre sexos. El número de niños atendidos en CAIT con 2 años de edad duplica al de niñas con la misma edad, lo cual requeriría un estudio en profundidad de las posibles causas que expliquen este hecho. La tendencia al alza es también mayor en los niños produciéndose un aumento de unos 100 niños por año aproximadamente, mientras que en el caso de las niñas el aumento de media son unos 60 casos.

Una vez analizados los datos globales de cada curso escolar, es necesario que realicemos un estudio más específico del resto de datos que nos facilitó la Consejería de Salud y que presentamos en el apartado siguiente. Dado el volumen de los datos a manejar y la extensión que supondría un análisis de estas características de los 3 cursos propuestos, nos centramos en el análisis del curso 2016/2017 puesto que refleja con mayor realismo la situación actual en Andalucía. Los datos correspondientes a los cursos 2014/2015 y 2015/2016 están recogidos en los anexos.

VI.1.1.2. Análisis específico del curso 2016/2017

Los datos que nos aporta Salud son determinantes por las implicaciones que tienen para la Consejería de Educación en lo que respecta a la escolarización de los niños y niñas de 2 años que son atendidos en CAIT, según los procedimientos actualmente establecidos, de modo que se coordinen los profesionales, se planifique la respuesta educativa necesaria en cada caso y se programen actuaciones de forma conjunta.

De cada uno de los niños y niñas que son atendidas en un CAIT en el curso 2016/2017 se elabora el correspondiente "informe previo a la escolarización", que canalizados a través de los orientadores y orientadoras especialistas en atención temprana, permitirán a los distintos EOE la valoración de las posibles necesidades educativas que pudieran presentar. En este sentido, y teniendo en cuenta la relación que puede establecerse entre determinados diagnósticos ODAT con la posible determinación de NEE en un niño o niña, estamos en disposición de realizar un análisis para identificar la prevalencia de diagnósticos ODAT establecidos para la población de niños y niñas atendidos en CAIT en el curso 2016/2017. La vinculación entre diagnóstico y consideración de NEE no es directa y de hecho, la Consejería de Educación, según lo establecido en sus Instrucciones de 8 de marzo, por las que se regula el Protocolo NEAE, ya citadas, especifica con claridad que la determinación de NEE estará vinculada a la necesidad de atención específica, además de presentar discapacidad o TGC. No obstante, hemos de reconocer que determinados trastornos, según el grado de afectación, pueden ocasionar un deterioro importante de las capacidades y potencialidades de un niño o niña, por lo que su consideración de NEE puede ser directa dada la necesidad de aplicar medidas específicas de carácter educativo y/o asistencial, así como de requerir recursos personales/materiales de carácter específico.

Vamos a conocer por tanto, cuál es la prevalencia de los diagnósticos establecidos en este curso escolar y su posible relación con la determinación de NEE. Para ello, vamos a seguir la misma estructura que establece la ODAT en el orden de presentación de los mismos.

Nivel I: Factores de Riesgo- Eje I: Factores Biológicos de Riesgo

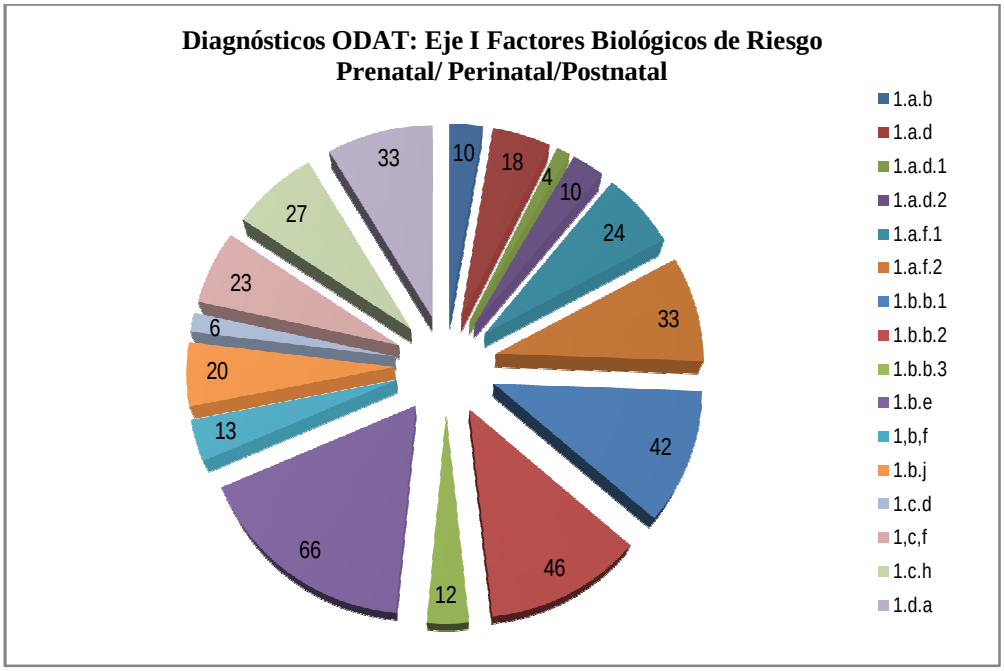


Gráfico 8. Diagnósticos ODAT Eje I: Prenatal/Perinatal/Postnatal en el curso 2016/2017

Eje I: Factores Biológicos de Riesgo PRENATAL/PERINATAL/POSTNATAL	
DIAGNÓSTICOS ODAT	**Nº Casos**
1.a.b Embarazos gemelares o embarazo múltiple de mayor orden	10
1.a.d Síndromes malformativos somáticos y anomalías congénitas	18
1.a.d.1 Malformaciones del S.N.C. hidrocefalia congénita	4
1.a.d.2 Malformaciones que afectan a otros órganos: cardiopatías congénitas. gastrointestinales. genitourinarias. disgenesias de extremidades	10
1.a.f.1 Factores genéticos	24
1.a.f.2 Cromosómicos	**33**
1.b.a Recién nacido de bajo peso con retraso de crecimiento intrauterino. con peso < P 10 para su edad gestacional	29
1.b.b.1 Edad gestacional < 37 semanas	**42**
1.b.b.2 Edad gestacional < 32 semanas	**46**
1.b.b.3 Edad gestacional < 28 semanas	**12**
1.b.e Recién nacido con distress y otras disfunciones respiratorias neonatales	**66**
1.b.f Asfixia severa	**13**
1.b.j Sepsis. meningitis o encefalitis neonatal	20
1.c.d Epilepsia	6
1.c.f Retraso pondoestatural	23
1.c.h Daño cerebral evidenciado por neuro-imagen	27
1.d.a Signos de alerta detectados en los Equipos de Pediatría de Atención Primaria o en los Centros de Educación Infantil	**33**

Tabla 54. Diagnósticos ODAT Eje I: Prenatal/Perinatal/Postnatal en el curso 2016/2017

Los datos obtenidos de los diagnósticos correspondientes al Eje I durante en el curso 2016/2017, nos hacen poner especial atención, según su prevalencia, sobre los recién nacidos con distress y otras disfunciones respiratorias neonatales (66), los prematuros con edad gestacional inferior a 37 y 32 semanas (42 y 46), así como, sobre los de tipo cromosómico (33) y los signos de alerta detectados por pediatría o los centros de 1er ciclo de Educación Infantil (33). La evolución de estos niños y niñas es impredecible, por lo que solo cuando el nivel de desarrollo alcanzado en la edad de escolarización implique graves dificultades en el aprendizaje podrá ser objeto de un dictamen de escolarización.

Nivel II: Trastornos/Disfunciones- Eje IV: Trastornos en el Desarrollo

El Eje IV de la ODAT es donde se categorizan los diferentes trastornos en el desarrollo, siendo este tipo de trastornos los que contempla la normativa referida al proceso de escolarización para proporcionales una especial consideración en el acceso al 2º ciclo de Educación Infantil. Además, entre sus categorías podemos encontrar representadas las diferentes categorías del censo de alumnado NEAE, definido por la Consejería de Educación, en concreto las de alumnado NEE que serían los destinatarios del correspondiente dictamen de escolarización. De este modo, desde este EJE podemos valorar los diagnósticos que a priori pueden tener una relación más directa con la necesidad de que los niños y niñas que los presentan requieran, en su escolarización al 2º ciclo de Educación Infantil, una atención específica. Mostramos a continuación la prevalencia de los más destacados según las categorías ODAT:

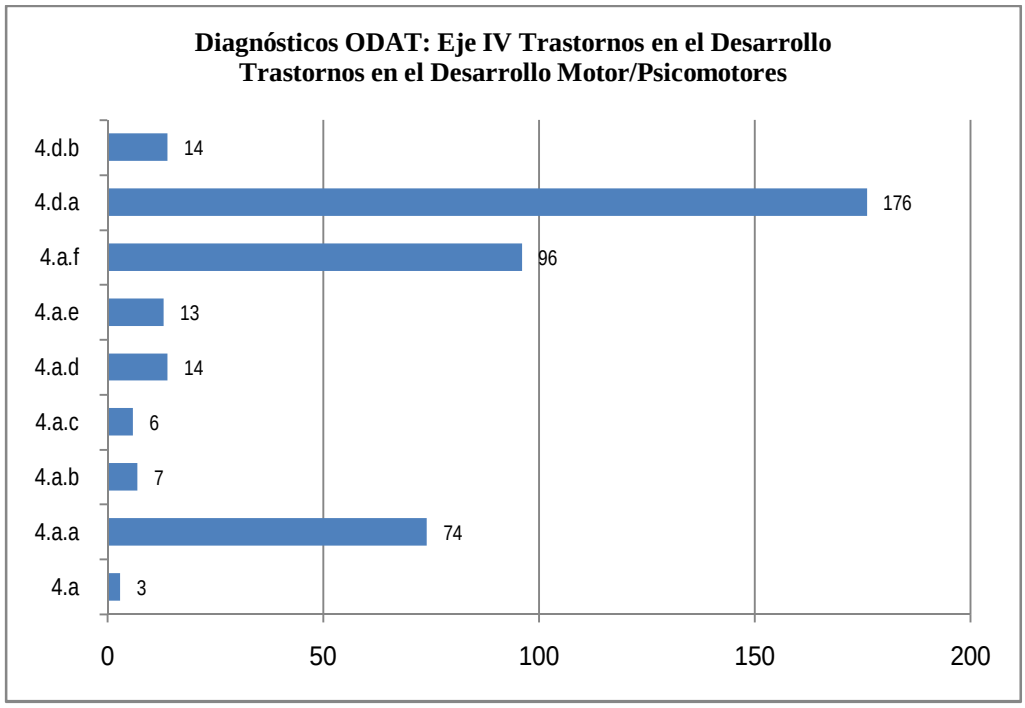


Gráfico 9. Eje IV: Trastornos en el Desarrollo: Trastornos en el Desarrollo Motor en el curso 2016/2017

Eje IV: Trastornos en el Desarrollo: Trastornos en el Desarrollo Motor/Psicomotores	
DIAGNÓSTICOS ODAT	**Nº Casos**
4.a TRASTORNOS EN EL DESARROLLO MOTOR:	3
4.a.a Parálisis cerebral infantil/ Trastorno motor cerebral	**74**
4.a.b Tr. de origen espinal	7
4.a.c Tr. de origen periférico	6
4.a.d Tr. de origen muscular	14
4.a.e Tr. de origen óseo-articular	13
4.a.f Tr. del tono no especificado	**96**
4.dTRASTORNOS PSICOMOTORES	
4.d.a Retraso psicomotor simple	**176**
4.d.b Trastornos de la coordinación dinámica	14

Tabla 55. Eje IV: Trastornos en el Desarrollo: Trastornos en el Desarrollo Motor en el curso 2016/2017

Los trastornos psicomotores, concretamente los referidos al retraso psicomotor simple, muestran una alta prevalencia con 176 casos identificados, aunque no es un diagnóstico que pueda estar directamente asociado a que el alumno o alumna presente NEE, si persiste en la edad de escolarización, requerirá un seguimiento de su evolución, en coordinación con los profesionales del CAIT. Sin embargo, otros diagnósticos como la parálisis cerebral infantil (74) o el trastorno del tono no especificado (96), que también ofrecen una alta prevalencia pueden estar muy vinculados a que los niños y niñas que lo padezcan sean identificados como alumnado con NEE y por tanto, sean objeto del correspondiente dictamen de escolarización.

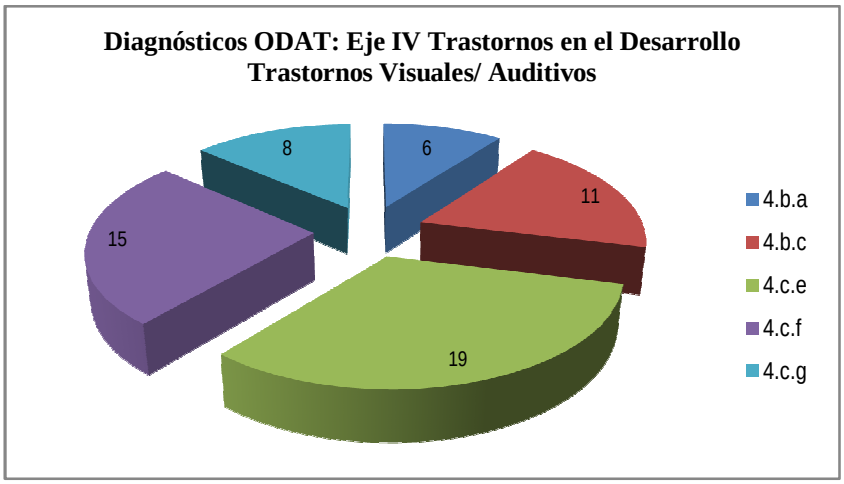


Gráfico 10. Eje IV: Trastornos en el Desarrollo: Trastornos Visuales/Auditivos en el curso 2016/2017

Eje IV: Trastornos en el Desarrollo: Trastornos Visuales/Auditivos	
DIAGNÓSTICOS ODAT	**Nº Casos**
TRASTORNOS VISUALES/ AUDITIVOS	
4.b.a Niños con ceguera congénita	6
4.b.c Niños de baja visión	11
4.c.e Hipoacusia moderada	19
4.c.f Hipoacusia grave o severa	15
4.c.g Hipoacusia profunda	**8**

Tabla 56. Eje IV: Trastornos en el Desarrollo: Trastornos Visuales/Auditivos en el curso 2016/2017

Los trastornos visuales y auditivos no muestran una alta prevalencia en este curso escolar en comparación con otros trastornos. Sin embargo, es necesario resaltar que instituciones como la ONCE y asociaciones de sordos tienen un importante espacio de representación en Andalucía, por lo que es posible que la mayoría de los niños y niñas que presenten este trastorno estén atendidos por dichas instituciones. Esta circunstancia implica que la coordinación entre los EOE y estos servicios ha de planificarse en los mismos términos que lo establecido para el proceso de atención infantil temprana, teniendo en cuenta que estos niños y niñas en un elevado porcentaje de casos serán considerados como alumnado NEE y requerirán una adecuada planificación de la respuesta educativa.

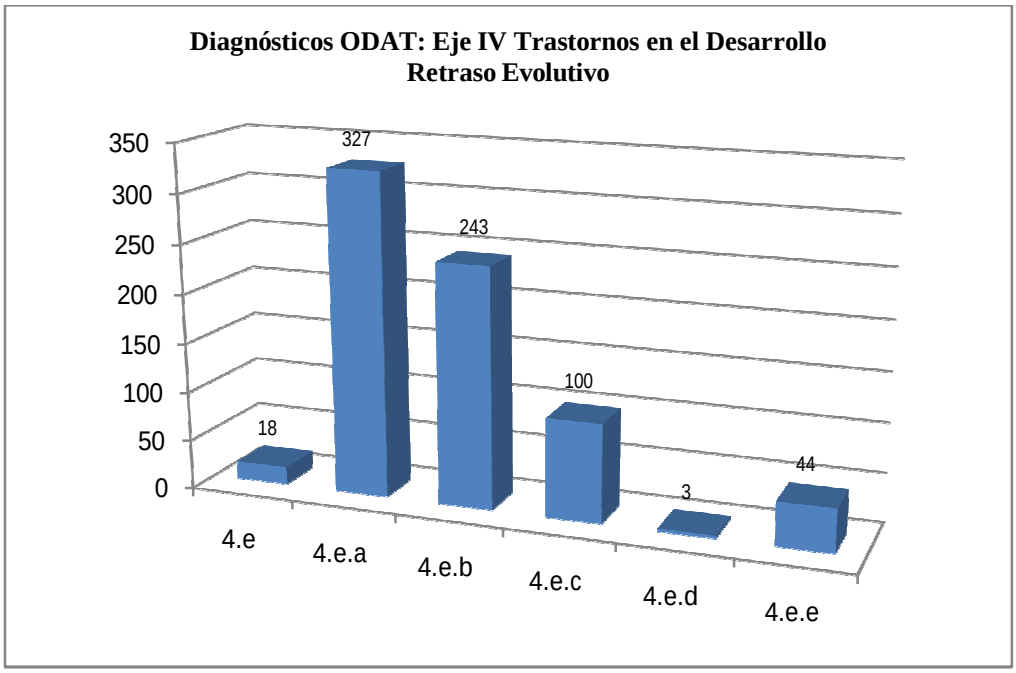


Gráfico 11. Eje IV: Trastornos en el Desarrollo: Trastornos en el Desarrollo Evolutivo en el curso 2016/2017

Eje IV: Trastornos en el Desarrollo: Trastornos en el Desarrollo Evolutivo	
DIAGNÓSTICOS ODAT	**Nº Casos**
4.e RETRASO EVOLUTIVO	18
4.e.a Retraso evolutivo leve	**327**
4.e.b Retraso evolutivo moderado	**243**
4.e.c Retraso evolutivo grave	**100**
4.e.d Retraso evolutivo profundo	3
4.e.e Retraso evolutivo no especificado	44

Tabla 57. Eje IV: Trastornos en el Desarrollo: Trastornos en el Desarrollo Evolutivo en el curso 2016/2017

Los trastornos en el desarrollo evolutivo muestran una prevalencia muy alta en comparación con el resto de trastornos incluidos en el eje IV de la ODAT, durante este curso escolar. Sin embargo, los retrasos evolutivos leves y moderados no están contemplados en la actual categorización del censo de NEAE como alumnado NEAE, lo cual implicará la necesidad del correspondiente seguimiento una vez escolarizados estos alumnos y alumnas, así como la coordinación con los CAIT donde reciban tratamiento. Por otra parte, el retraso evolutivo grave

o profundo hasta los 6 años de edad, constituye un categoría del censo NEAE dentro del alumnado considerado NEE, por lo que es muy probable que los niños y niñas que presentan este trastorno sean objeto de un dictamen de escolarización.

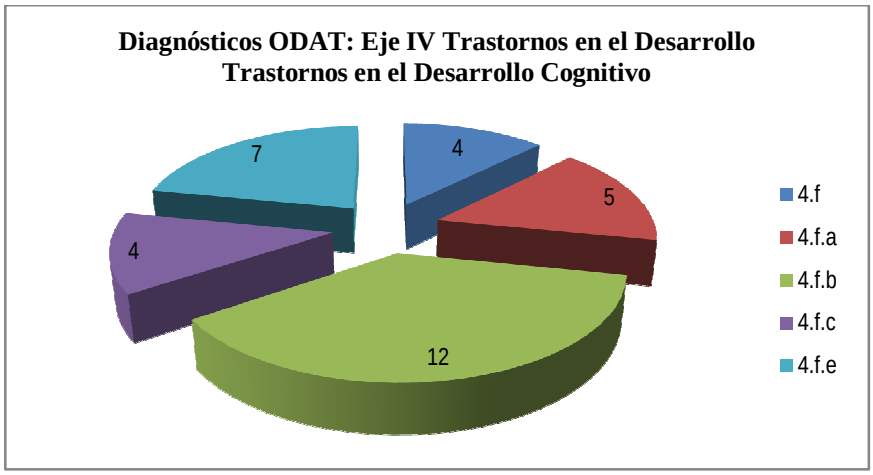


Gráfico 12. Eje IV: Trastornos en el Desarrollo: Trastornos en el Desarrollo Cognitivo en el curso 2016/2017

Eje IV: Trastornos en el Desarrollo: Trastornos en el Desarrollo Cognitivo	
DIAGNÓSTICOS ODAT	**Nº Casos**
4.f TRASTORNOS EN EL DESARROLLO COGNITIVO	4
4.f.a Retraso mental leve	5
4.f.b Retraso mental moderado	12
4.f.c Retraso mental grave	4
4.f.e Retraso mental no especificado	7

Tabla 58. Eje IV: Trastornos en el Desarrollo: Trastornos en el Desarrollo Cognitivo en el curso 2016/2017

La evaluación del desarrollo cognitivo, según todas las clasificaciones diagnósticas así como todos los manuales especializados, no puede determinar la existencia de un retraso mental hasta edades muy superiores al periodo 0-6 años, por lo que su prevalencia en los diagnósticos ODAT es muy baja.

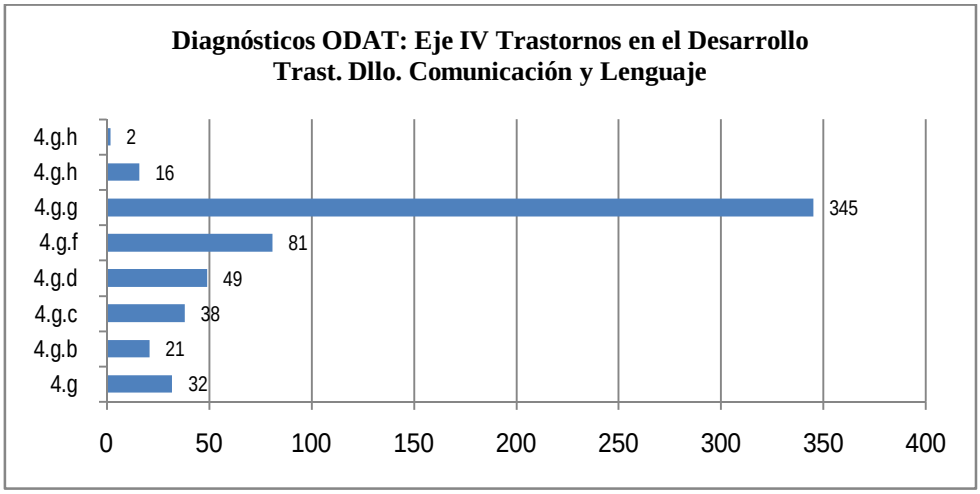


Gráfico 13. Eje IV: Trastornos en el Desarrollo: Trastornos Dllo. Comunicación y Lenguaje en el curso 2016/2017

Eje IV: Trastornos en el Desarrollo: Trastornos Dllo. Comunicación y Lenguaje	
DIAGNÓSTICOS ODAT	**Nº Casos**
4.g T. EN EL DESARROLLO DE LA COMUNICACIÓN Y DEL LENGUAJE	32
4.g.b Retraso simple del habla	21
4.g.c Disglosia	38
4.g.d Disartria	49
4.g.f Retraso simple del lenguaje	**81**
4.g.g Disfasia (TEDL) o (TPDL)	**345**
4.g.h Afasia Infantil congénita	16
4.g.h Afasia Infantil adquirida	2

Tabla 59. Eje IV: Trastornos en el Desarrollo: Trastornos Dllo. Comunicación y Lenguaje en el curso 2016/2017

El desarrollo de la comunicación y el lenguaje es, con mucha diferencia, el área donde existe un mayor número de niños y niñas con algún tipo de alteración y que motiva su derivación al CAIT. Se da la circunstancia, tanto en las familias como en profesionales de 1er ciclo, de que el desarrollo del lenguaje no es considerado realmente determinante hasta que el niño o niña ha de escolarizarse en el 2º ciclo de Educación Infantil, por lo que en muchos casos las derivaciones y por tanto, las intervenciones pueden ser tardías. Además, puede ocurrir que la detección de estos signos de alerta se realice cuando el niño o niña ya está escolarizado en el 2º ciclo y esto implica cierta demora en los procesos de derivación e intervención, condicionados por el protocolo existente. Los datos extraídos son por sí mismos determinantes, existiendo 81 casos de diagnóstico por retraso simple del lenguaje y 345 casos por disfasia (TEDL o TPDL), siendo este último diagnóstico el que puede tener mayores implicaciones para el alumno o alumna requiera una atención específica en su centro docente.

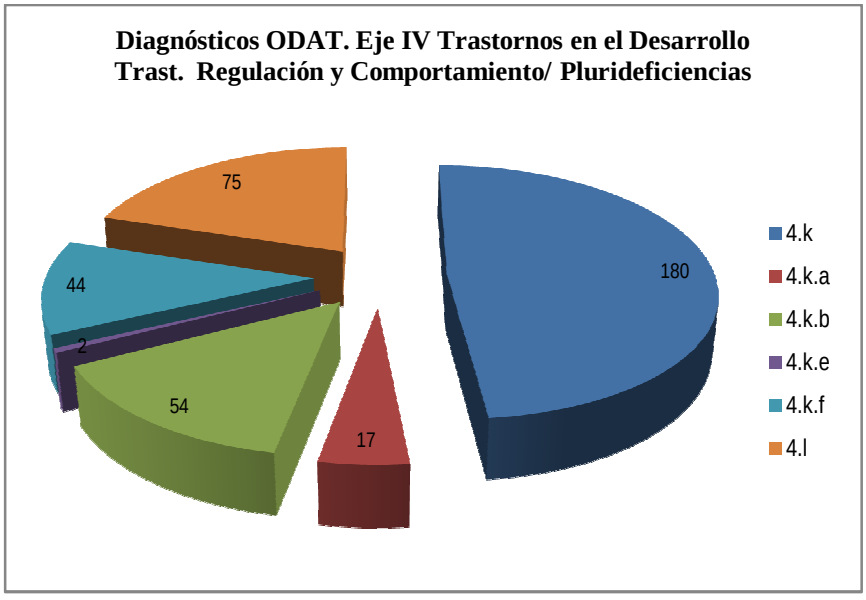


Gráfico 14. Eje IV: Trastornos en el Desarrollo: Trast. Regulación y Comportamiento/Pluridefiencias en el curso 2016/2017

Eje IV: Trastornos en el Desarrollo: Trast. Regulación y Comportamiento/ Plurideficiencias	
DIAGNÓSTICOS ODAT	**Nº Casos**
4.k Trastorno del espectro del autismo	**180**
4.k.a Trastorno multisistémico	17
4.k.b Trastorno autista	**54**
4.k.e Trastorno de Asperger	2
4.k.f TGD no especificado	**44**
4.l PLURIDEFICIENCIAS	**75**

Tabla 60. Eje IV: Trastornos en el Desarrollo: Trast. Regulación y Comportamiento/Plurideficiencias en el curso 2016/2017

La complejidad que implica establecer un diagnóstico a edades tempranas, es aún mayor cuando nos encontramos ante niños o niñas que presentan signos de alerta que pueden asociarse a un trastorno de espectro autista. No obstante, no debemos olvidar que la ODAT, sin ser una clasificación diagnóstica, sino una ordenación de las existentes para adaptarlas a las edades a las que nos referimos, entiende que los diagnósticos que incluye son "funcionales", es decir, responden a la realidad del niño o niña en el momento actual, sin descartar la posibilidad de que su evolución implique un cambio de ese diagnóstico inicial. En este sentido, el elevado número de niños y niñas identificados como trastorno del espectro autista (180), trastorno autista (54) o TGD no especificado (44), no tiene por qué significar que en todos se confirme el diagnóstico, ya que existen otros muchos trastornos hacia los que podrían derivar los señalados, como por ejemplo la disfasia (TEDL o TPDL). Estos trastornos, como las plurideficiencias son ejemplos muy claros de niños o niñas que en su escolarización requerirán un dictamen de escolarización y por tanto, una atención específica.

VI.1.1.3. Análisis específico del curso 2016/2017 en la Provincia de Huelva

Teniendo en cuenta que nuestra investigación finalmente se orienta y concreta en la provincia de Huelva, se creyó necesario realizar un análisis dirigido de forma específica a los datos de que disponíamos en la citada provincia. No obstante, en el Anexo---, como ya se mencionó anteriormente, se incluyen los datos correspondientes a todas las provincias andaluzas.

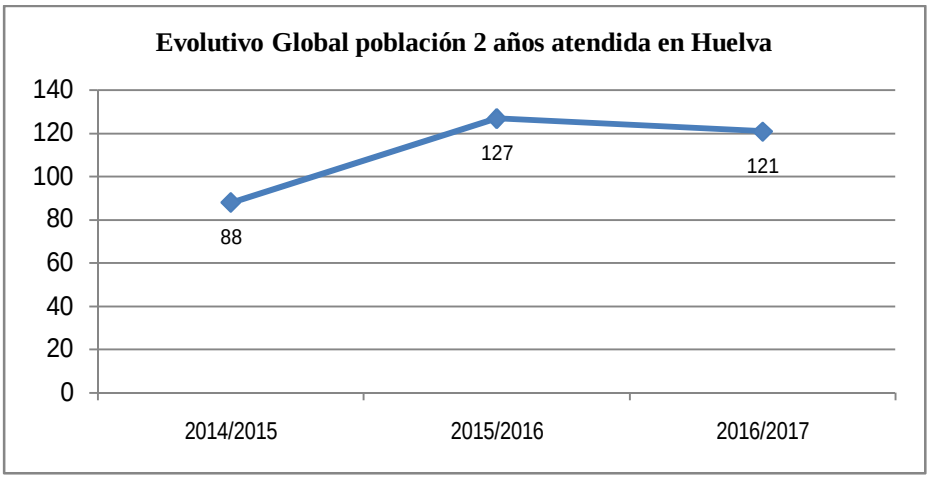


Gráfico 15. Evolutivo de la población de 2 años atendida en CAIT en Huelva

En el análisis de los datos globales obtenidos de la provincia de Huelva observamos que se produce un aumento significativo de niños y niñas de 2 años que son atendidos en los distintos CAIT. Sin embargo, en el curso 2016/2017, se muestra una tendencia diferente a la de la mayoría de las provincias andaluzas, ya que se produce una reducción, aunque mínima, del número de casos de 2 años atendidos en CAIT.

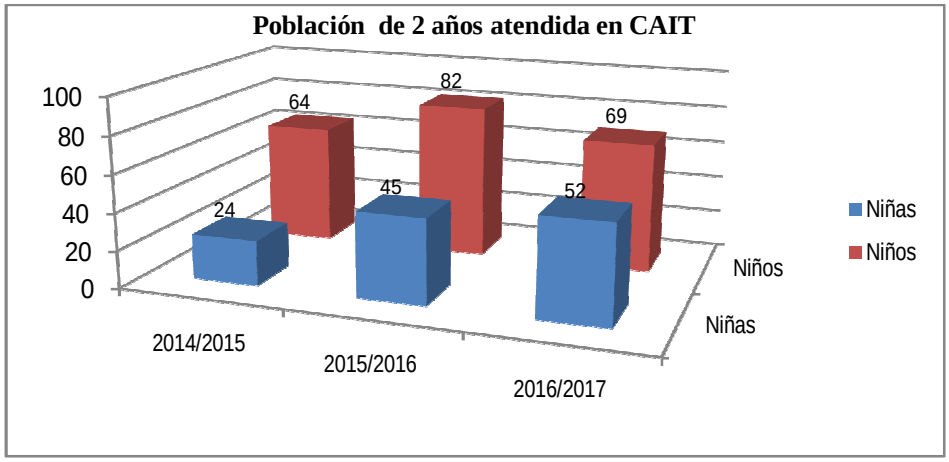


Gráfico 16. Comparativa de población por año y por sexo en CAIT en Huelva

No se observan diferencias con el resto de provincias andaluzas en la mayor prevalencia de niños que de niñas atendidos en CAIT, siendo la de los varones muy superior. En los cursos 2014/2015 y 2015/2016 la diferencia es casi del doble de niños que de niñas, mientras que en el curso 2016/2017 la proporción se compensa algo, manteniéndose una diferencia notable (52 niñas vs 69 niños).

A continuación, se muestran los diagnósticos ODAT con mayor prevalencia en los niños y niñas de 2 años atendidos en CAIT de la provincia de Huelva en el curso 2016/2017.

HUELVA: DIAGNÓSTICOS ODAT MAYOR PREVALENCIA 2016/2017	Nº Casos
1.a.d Síndromes malformativos somáticos y anomalias congénitas	3
1.b.e Recién nacido con distress y otras disfunciones respiratorias neonatales	4
1.d.a Signos de alerta detectados en los Equipos de Pediatría o en los CEI	3
4.a.a Parálisis cerebral infantil/ Trastorno motor cerebral	6
4.b.a Niños con ceguera congénita	3
4.d.a Retraso psicomotor simple	6
4.e.a Retraso evolutivo leve.	**16**
4.e.b Retraso evolutivo moderado	**11**
4.e.c Retraso evolutivo grave	**10**
4.g.b Retraso simple del habla.	3
4.g.c Disglosia.	5
4.g.f Retraso simple del lenguaje	3
4.g.g Disfasia (TEDL) o (TPDL).	**11**
4.k Trastorno del espectro del autismo	4
4.k.f TGD no especificado	4
4.l PLURIDEFICIENCIAS	3

Tabla 61. Diagnósticos ODAT con mayor prevalencia en Huelva en el curso 2016/2017

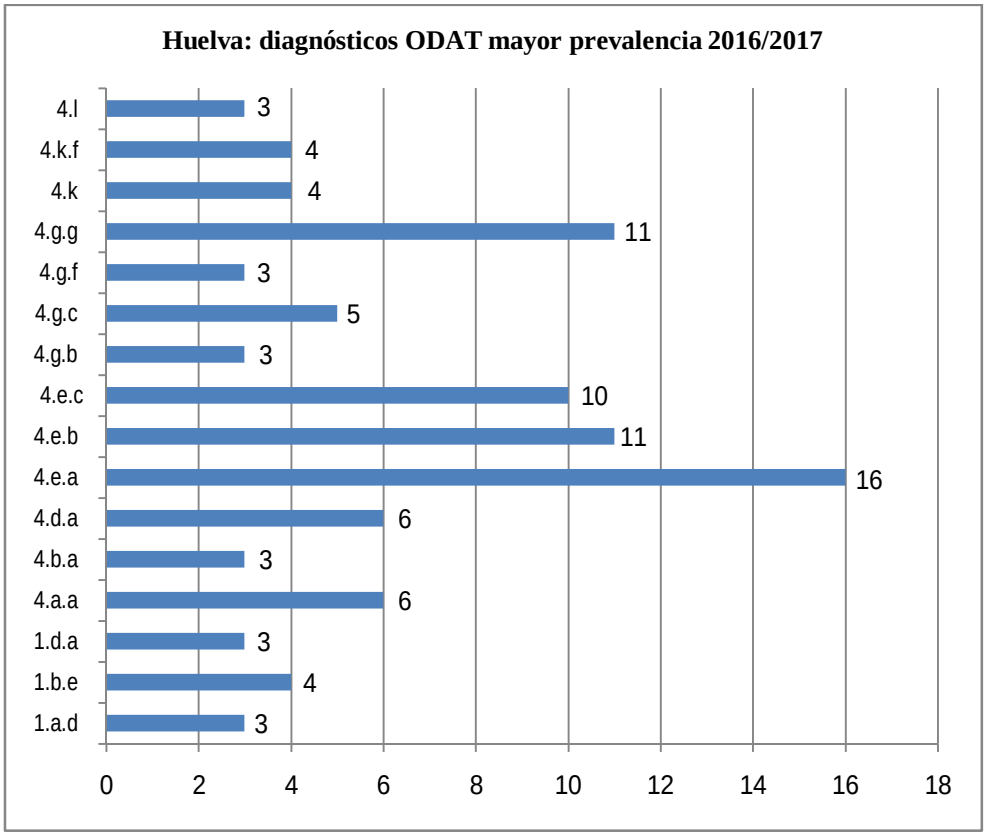


Gráfico 17. Diagnósticos ODAT con mayor prevalencia en Huelva en el curso 2016/2017

Si realizamos una comparativa con los diagnósticos que analizamos en el apartado anterior a nivel regional, podemos comprobar que existen bastantes similitudes en los diagnósticos con mayor prevalencia y que la proporcionalidad, atendiendo a criterios poblacionales, es bastante ajustada a la realidad. En este sentido, destacan los niños y niñas de 2 años en los que se ha diagnosticado algún tipo retraso evolutivo (leve, moderado o grave), así como la disfasia (TEDL o TPDL), siendo este último y el retraso evolutivo grave los que a priori puede ser objeto de dictamen de escolarización por presentar NEE y requerir atención específica.

VI.1.2. ANÁLISIS DE DATOS REFERIDOS A LA ESCOLARIZACIÓN EN EL SEGUNDO CICLO DE EDUCACIÓN INFANTIL EN ANDALUCÍA

Una vez realizado el análisis de los datos facilitados por la Consejería de Salud sobre los niños y niñas de 2 años de edad, es decir, en el año en el que se iban a escolarizar en el 2º ciclo de Educación Infantil y que estaban siendo atendidos en CAIT, en los tres últimos cursos escolares, es el momento de hacer un análisis similar con los datos de nueva escolarización en esta misma etapa, facilitados por la Consejería de Educación.

Antes de continuar, debemos recordar que todos los niños y niñas que son atendidos en CAIT, según lo establecido por el Decreto 40/2011 ya citado anteriormente, cuentan con una

puntuación de 2 puntos más a la que le corresponda de forma ordinaria, con objeto de facilitar su escolarización en los centros docentes que la familia decida. Además, todos serán derivados a los EOE de zona que les corresponda para que se realice la correspondiente evaluación, con independencia de que presenten algún tipo de discapacidad, de modo que pueda determinarse por parte de estos profesionales si presentan NEE y por tanto, requieran un dictamen de escolarización.

Una vez aclarado este procedimiento previo a la escolarización, respecto a Educación nos interesaba disponer de los cursos 2014/2015, 2015/2016 y 2016/2017 de los siguientes datos:

→ Alumnado, desagregado por sexo, que en el proceso de nueva escolarización en el 2º ciclo de Educación Infantil hubieran sido objeto de un dictamen de escolarización
→ Edad: cumplía 3 años y por tanto, se escolarizaba en los cursos 2014/2015, 2015/2016 y 2016/2017
→ Determinación de NEE y modalidad de escolarización.
→ Provincia

Esta extracción de datos, al igual que ocurrió con la Consejería de Salud, nos fue facilitada a los pocos días de haberla solicitado, por lo que también nos permitió realizar este análisis como marco o punto de partida de nuestra investigación, pudiendo además, utilizar la información obtenida para la elaboración de los demás instrumentos utilizados en nuestra investigación (la entrevista y el cuestionario).

En los anexos se puede consultar la extracción de datos del sistema de información SÉNECA facilitada por la Consejería de Educación. A continuación presentamos el análisis y discusión de los datos obtenidos a partir de esta información.

VI.1.2.1. Análisis global de los cursos académicos 2014/2015, 2015/2016 y 2016/2017

Nuestra intención en este apartado es, a partir de los datos facilitados por la Consejería de Educación, realizar un análisis de los alumnos y alumnas que en los cursos indicados fueron objeto de un dictamen de escolarización por presentar NEE.

En este sentido, hemos de recordar que según lo establecido en las Instrucciones de 8 de marzo de 2017, será objeto de dictamen de escolarización el alumnado con NEE, entendido como aquel que requiera, por un período de su escolarización o a lo largo de toda ella, atención específica, derivadas de diferentes grados y tipos de capacidades personales de orden físico, psíquico, cognitivo o sensorial.

Así mismo, se considera atención específica, la aplicación de medidas específicas que impliquen necesariamente la dotación de recursos personales y/o materiales específicos. En

consecuencia, si un alumno o alumna con diferente grado y tipo de capacidad personal de orden físico, psíquico, cognitivo o sensorial no precisa de atención específica, no será considerado como alumno o alumna con NEE y por tanto no será objeto de dictamen de escolarización.

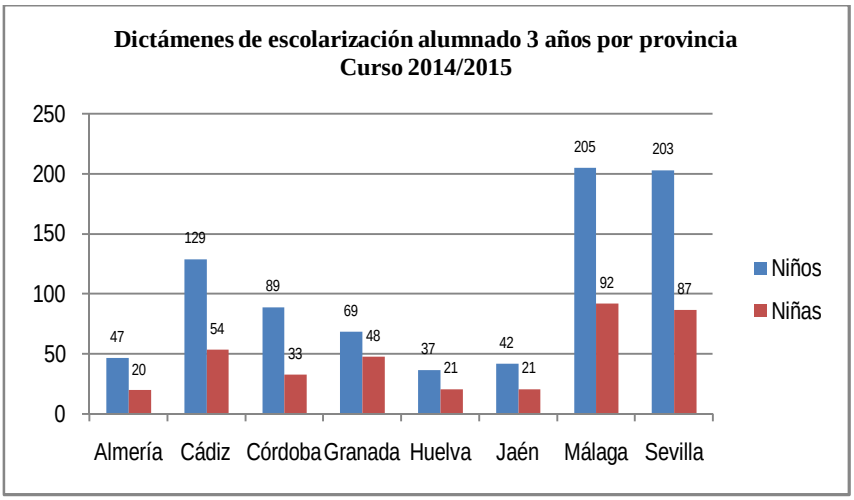


Gráfico 18. Dictámenes de escolarización realizados al alumnado de 3 años en el curso 2014/2015

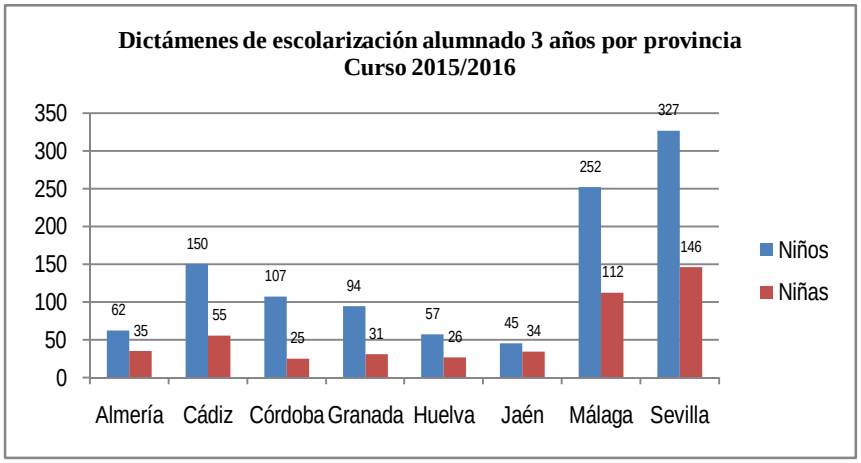


Gráfico 19. Dictámenes de escolarización realizados al alumnado de 3 años en el curso 2015/2016

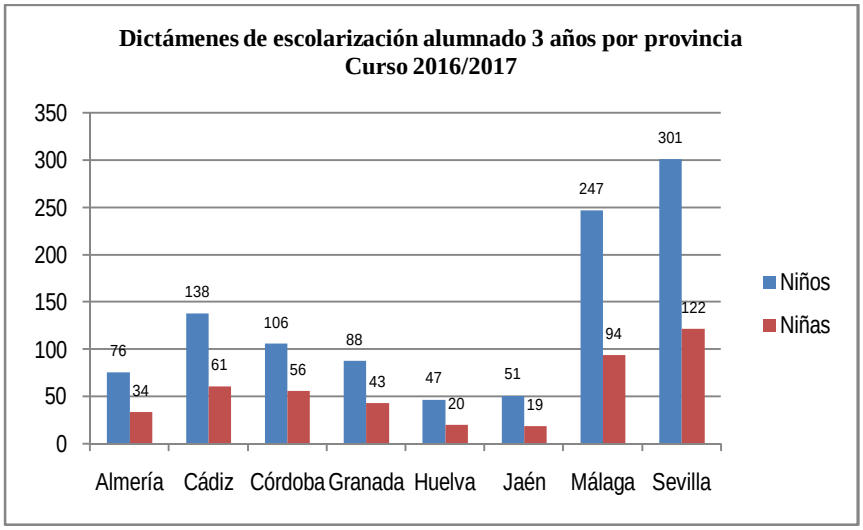


Gráfico 20. Dictámenes de escolarización realizados al alumnado de 3 años en el curso 2016/2017

Tal y como ocurría en el caso de la población atendida en CAIT, podemos observar en los tres cursos que han sido objeto de estudio, como el número de dictámenes de escolarización realizados a niños es significativamente superior al que se realiza a niñas, mostrándose incluso en este caso, una mayor diferencia que la observada en la población atendida en CAIT. Sirva como mayor evidencia la gráfica que se presenta a continuación:

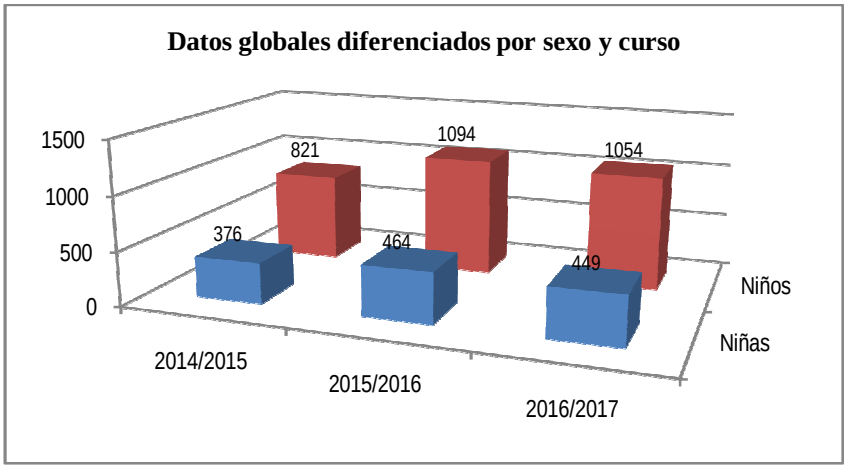


Gráfico 21. Datos globales diferenciados por sexo y curso

Resulta especialmente llamativo, la gran diferencia existente entre niños y niñas de 3 años a los que se realiza un dictamen de escolarización. No obstante, esta realidad requeriría de un estudio en mayor profundidad que no es el objeto de investigación. Al mismo tiempo, podemos corroborar una vez más que se produce un aumento significativo, en el curso 2015/2016, en el número de dictámenes de escolarización con respecto a los realizados en el curso 2014/2015, manteniéndose el nivel alcanzado en el proceso de escolarización del curso 2016/2017. Si atendemos a un criterio "evolutivo" como el que acabamos de señalar, hemos de destacar que las provincias de Sevilla y Málaga vuelven a mostrar números muy superiores al resto de provincias andaluzas, lo cual está proporcionalmente relacionado con los datos de población existentes en cada provincia.

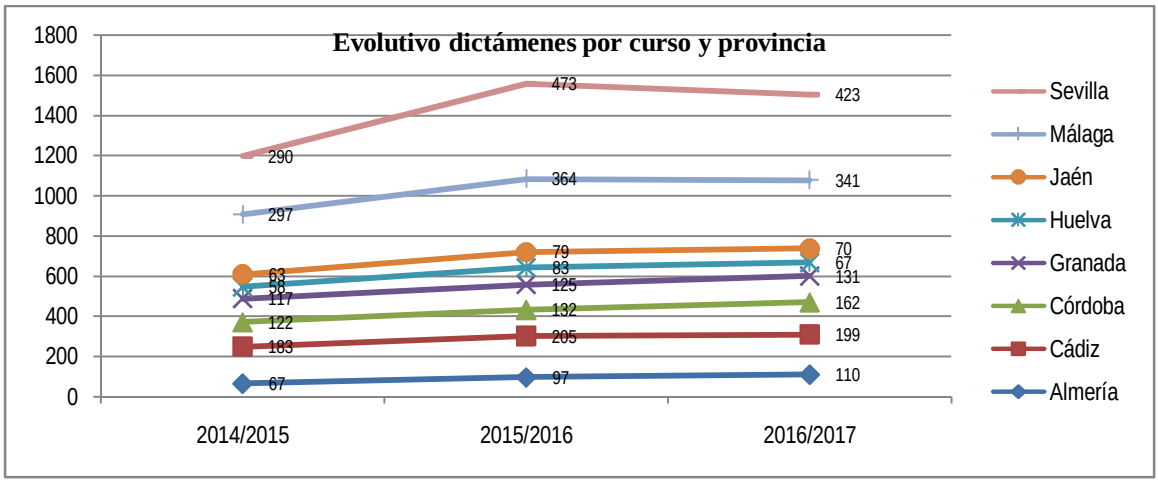


Gráfico 22. Evolutivo global de dictámenes realizados por provincia y curso

A través de esta gráfica podemos observar una tendencia alcista en la elaboración de dictámenes de escolarización, aunque existe un punto de inflexión en el curso 2015/2016, ya que todas las provincias sin excepción aumentan el número de dictámenes elaborados, reduciéndose mínimamente en el curso 2016/2017.

Una vez analizados los datos globales de cada curso escolar, es necesario que realicemos un estudio más específico del resto de datos que nos facilitó la Consejería de Educación respecto a los dictámenes elaborados en cada proceso de nueva escolarización del alumnado que se incorpora por primera vez al 2º ciclo de Educación Infantil y que presentamos en el apartado siguiente. Dado el volumen de los datos a manejar y la extensión que supondría un análisis de estas características de los 3 cursos propuestos, nos centramos en el análisis del curso 2016/2017 puesto que refleja con mayor realismo la situación actual en Andalucía. Los datos correspondientes a los cursos 2014/2015 y 2015/2016 están recogidos en los anexos.

VI.1.2.2. Análisis específico del curso 2016/2017

Realizado el análisis en cuanto al número de dictámenes elaborados por curso y provincia, considerando además la diferenciación por sexo, presentamos a continuación, el análisis de diferentes aspectos que son especialmente significativos para el objeto de nuestro estudio y, que se encuentran recogidos en los dictámenes de escolarización. Los aspectos a los que nos referimos son los siguientes:

- Tipo de necesidades educativas especiales
- Modalidad de escolarización
- Recursos personales propuestos

En lo que respecta a los diferentes tipos de NEE que pueden establecerse en un dictamen de escolarización, debemos partir de lo establecido en la Circular de 10 de septiembre de 2012 de la Dirección General de Participación y Equidad por la que se establecen criterios y orientaciones para el registro y actualización de datos en el censo del alumnado con necesidades específicas de apoyo educativo en el sistema de información "Séneca", con las modificaciones que se recogen en las Instrucciones de 8 de marzo de 2017.

Tal y como se establece en las citadas Instrucciones, los profesionales de la orientación determinan, en este caso, necesidades educativas especiales compatibles con algún tipo de trastorno o discapacidad, pero en ningún caso realizan una valoración clínica y por tanto, no emiten juicios de carácter clínico, lo cual es una competencia atribuida a los profesionales de la salud. Además, la determinación de necesidades educativas especiales ha de realizarse en función de si el alumno o alumna requiere para su adecuada escolarización una atención específica, es decir, medidas específicas y recursos específicos.

TIPOS DE NEE									
		Almería	Cádiz	Córdoba	Granada	Huelva	Jaén	Málaga	Sevilla
Trastornos graves del desarrollo	Retraso evolutivo grave o profundo	17	62	58	23	16	23	89	96
	Retraso grave del dllo. del lenguaje	28	29	47	29	10	14	120	137
	Retraso grave del dllo. psicomotor	7	1	1	1	1	1	5	9
Discapacidad visual	Baja visión	0	4	1	3	1	1	3	6
Discapacidad intelectual	D.I. Leve	3	2	3	2	1	3	0	6
	D.I. Moderada	1	0	1	3	0	1	1	0
Discapacidad auditiva	Hipoacusia	3	1	3	10	6	1	11	7
Trastornos de la comunicación	TEL Expresivo	2	8	4	7	5	3	2	16
	TEL Mixto	2	3	2	1	1	2	3	28
	TEL Semántico-pragmático	0	0	0	0	2	0	0	3
	Disartria	0	0	2	0	0	0	0	2
	Disglosia	0	3	1	0	0	0	2	2
Discapacidad física	Lesiones de origen cerebral	2	2	4	3	5	5	20	12
	Lesiones de origen medular	0	13	1	1	0	0	3	2
	Trastornos neuromusculares	3	2	1	1	1	0	6	1
	Lesiones del sistema osteoarticular	0	4	3	2	0	0	2	6
Trastornos del espectro autista	Autismo	14	16	9	8	3	5	19	22
	TGD no especificado	7	17	2	13	2	3	16	25
Enfermedades raras y crónicas		2	5	4	4	8	0	7	19

Tabla 62. Tipos de NEE recogidas en los dictámenes de escolarización del curso 2016/2017

En el análisis del documento que tuvimos ocasión de estudiar, comprobamos que no todos los tipos de NEE se establecen en los dictámenes de escolarización del alumnado de nueva escolarización en el 2º ciclo de Educación Infantil. Este hecho, no nos sorprendió, ya que la corta edad de los niños y niñas impide poder determinar con mayor concreción el tipo NEE, bien porque aún no existe un juicio clínico definitivo, bien porque está siendo evaluado por algún servicio especializado del Servicio Andaluz de Salud,…, por lo que optamos por mostrar sólo los tipos de NEE que con mayor frecuencia se establecen en los dictámenes, obviando algunas categorías que no habían motivado ningún dictamen o se referían a casos muy puntuales en alguna provincia. Las categorías a las que hacemos alusión fueron: ceguera, discapacidad intelectual grave/profunda, afasia/disfemia, síndrome de Asperger/ síndrome de Rett, trastorno desintegrativo infantil, trastornos graves de conducta, TDA-H y otros trastornos mentales.

Si partimos de la globalidad de los dictámenes en función del tipo de NEE, obtenemos el siguiente gráfico:

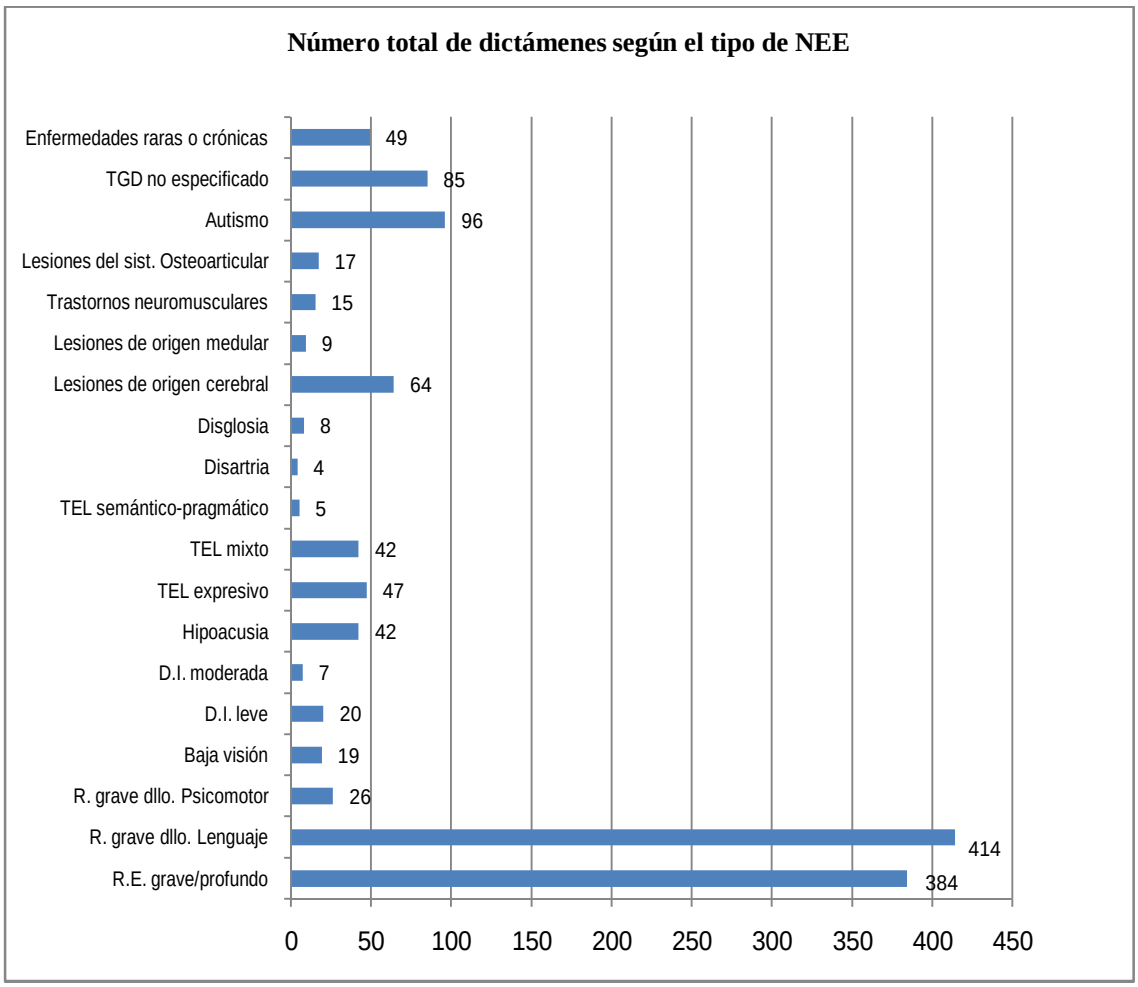


Gráfico 23. Número total de dictámenes según el tipo de NEE en el curso 2016/2017

Es evidente que el retraso grave en la aparición de los hitos evolutivos, para el cual se requiere un diagnóstico inicial o provisional, contemplado en la Circular de 10 de septiembre de 2012 con las modificaciones que se recogen en las Instrucciones de 8 de marzo de 2017, de aplicación únicamente en la Etapa de Educación Infantil, es el tipo de NEE que más se recoge en los dictámenes de escolarización de los niños y niñas de nueva escolarización, concretamente las categorías de "retraso evolutivo grave o profundo" y "retraso grave del desarrollo del lenguaje". Podríamos señalar también, aunque reconociendo que un número muy inferior a los trastornos graves en el desarrollo, otros tipos de NERE como "autismo", "TGD no especificado", "TEL expresivo" y "TEL mixto".

A continuación vamos a realizar un análisis más detallado de las distintas categorías identificadas con mayor representatividad en los dictámenes realizados en el proceso de escolarización al 2º ciclo de Educación Infantil del curso 2016/2017, diferenciando además según la provincia.

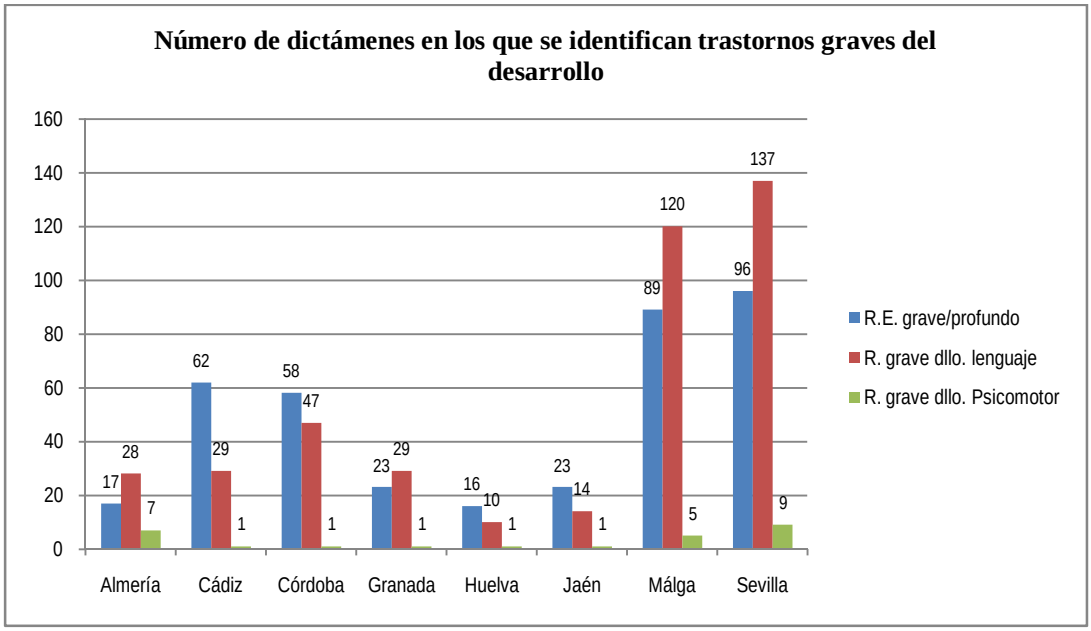


Gráfico 24. Número total de dictámenes por trastornos graves del desarrollo en el curso 2016/2017

La categoría de "trastornos graves del desarrollo" permite identificar un tipo de NEE al alumnado de 2-3 años de edad en los dictámenes de escolarización, posibilitando así realizar una propuesta de respuesta educativa específica que se ajuste a sus necesidades educativas especiales. En este sentido, aún reconociendo la importancia de un diagnóstico para dirigir con mayor precisión un tipo de intervención u otro, las edades de estos alumnos y alumnas, en pleno desarrollo evolutivo, obliga a todos los profesionales implicados en su atención a ser muy prudentes en la emisión de juicios diagnósticos, sin que ello suponga un freno en su intervención.

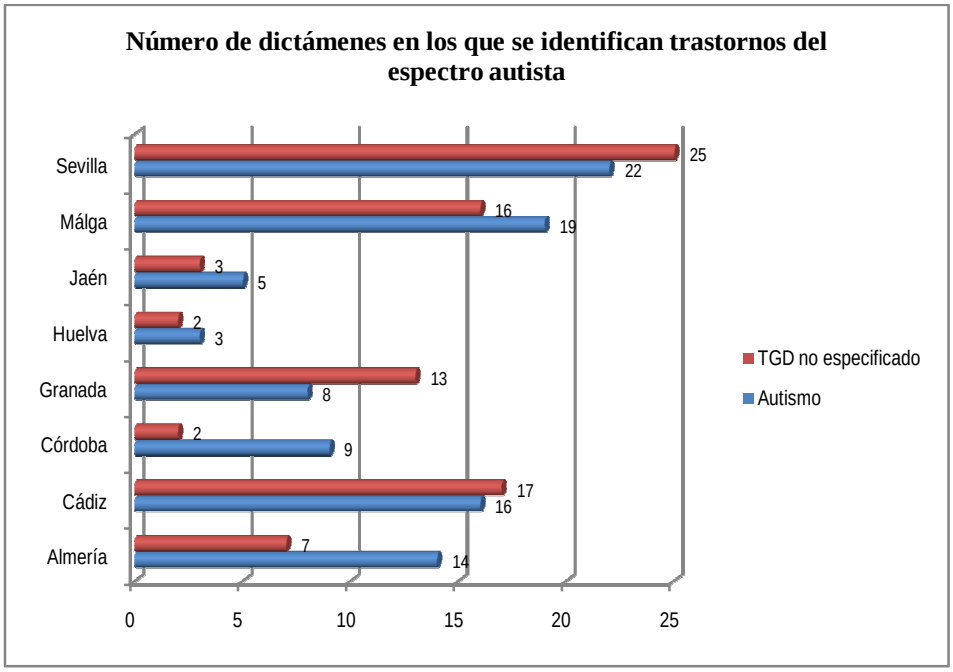


Gráfico 25. Número total de dictámenes por trastornos graves del desarrollo en el curso 2016/2017

Los trastornos del espectro autista son una categoría que también se contempla en un número nada despreciable de dictámenes de escolarización. Esta categoría es definida y clasificada, en la Circular de 10 de septiembre, con las modificaciones introducidas por las Instrucciones de 8 de marzo de 2017, como trastornos caracterizados por alteraciones cualitativas en la interacción social, la comunicación y la imaginación, así como por la presencia de patrones estereotipados de conductas e intereses. Según se observa en la gráfica, no existe homogeneidad a la hora de resaltar una categoría u otra pues, en algunas provincias (Sevilla, Granada, Cádiz) el TGD no especificado es mayor en número de casos, mientras que otras provincias (Málaga, Jaén, Huelva, Córdoba y Almería) son más los casos de autismo.

Haciendo alusión al argumento esgrimido anteriormente, relativo a la dificultad que en la mayoría de ocasiones supone poder emitir un juicio diagnóstico ante niños y niñas de apenas 3 años, volvemos a incidir en la prudencia y en permitir que el propio desarrollo evolutivo de este alumnado sea el que posibilite un adecuado diagnóstico clínico por los especialistas de Salud que son quienes tienen esta competencia.

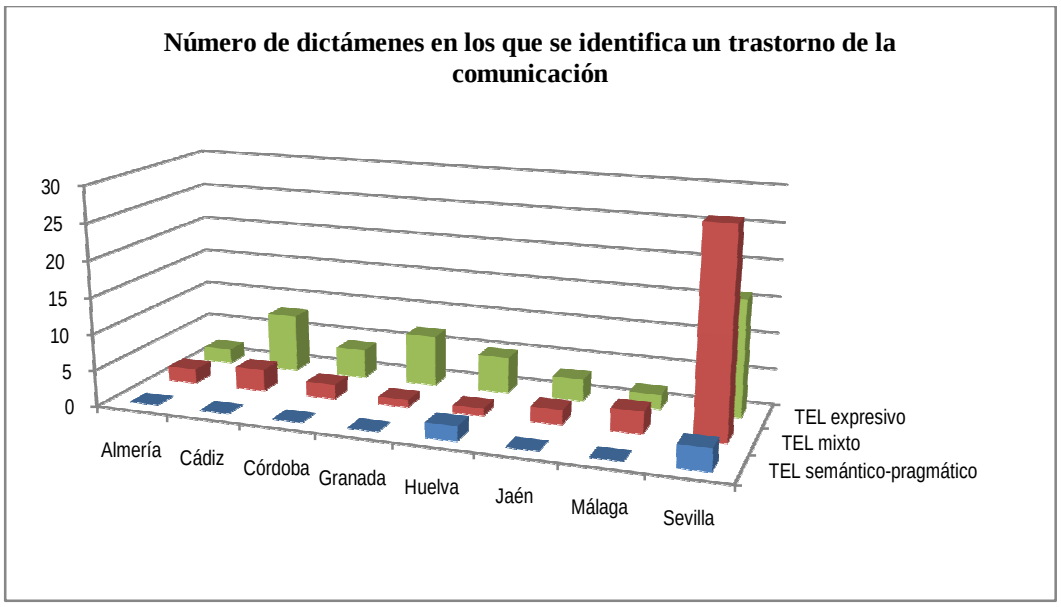


Gráfico 26. Número total de dictámenes por trastornos de la comunicación en el curso 2016/2017

Los datos obtenidos en esta categoría "trastornos de la comunicación" muestran una diferencia significativa de la provincia de Sevilla con respecto a las demás, donde apenas se establece este tipo de NEE para este alumnado. En cualquier caso, esta categoría y las que hemos analizado en este apartado, tienen un denominador común que es determinante en la toma de decisiones, tanto en cuanto al tipo de NEE como al tipo de respuesta educativa que ha de planificarse, y que es el desarrollo de la comunicación, el lenguaje y el habla. Podremos comprobar en el apartado donde correlacionaremos los datos obtenidos de Salud con los de Educación como esta área de desarrollo es clave.

Una vez analizados los tipos de NEE, debemos dedicar la atención que requiere a las ***modalidades de escolarización*** que también se establecen en los dictámenes de escolarización. La modalidad de escolarización propuesta en cada uno de los dictámenes es un dato especialmente relevante, pues está directamente relacionado con la respuesta educativa que se propone para el alumno o alumna, los recursos que puede requerir y especialmente, el tipo de emplazamiento educativo desde el que se ofrece dicha respuesta, pudiendo ser más o menos restrictivo. Normativamente, la Consejería de Educación recoge en las ya citadas Instrucciones de 8 de marzo, concretamente en su Anexo VIII "Criterios para la propuesta de la modalidad de escolarización", los criterios que han de utilizarse para la toma de decisiones en relación con las modalidades de escolarización.

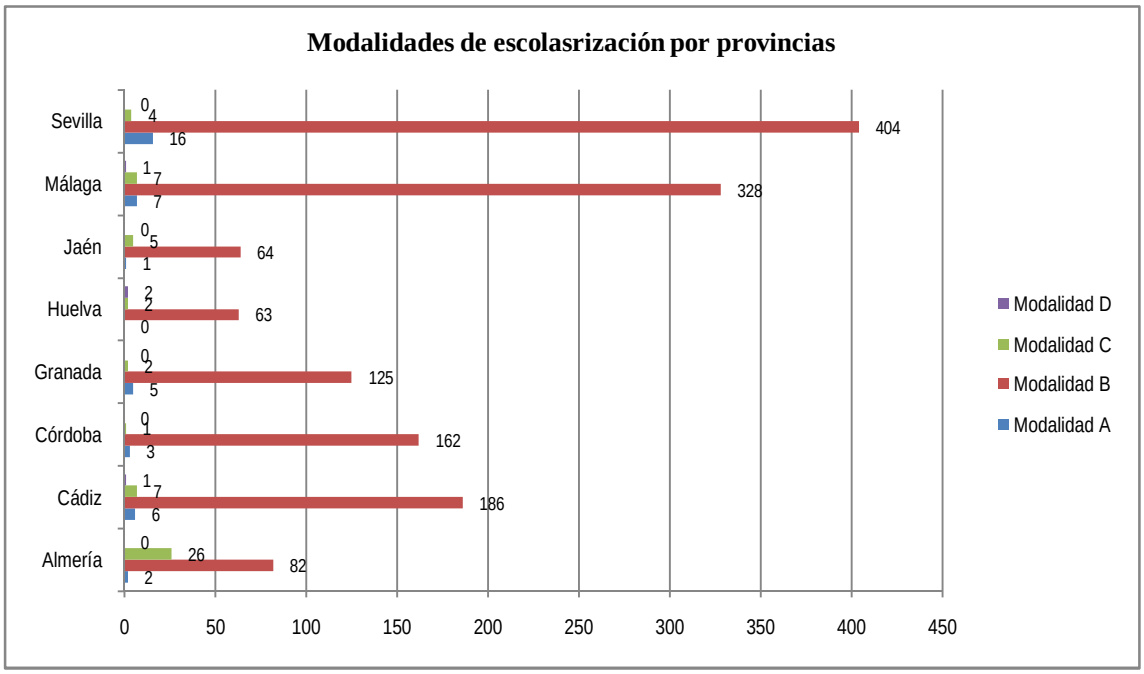


Gráfico 27. Modalidades de escolarización por provincias en el curso 2016/2017

Resulta evidente tras observar la gráfica que la modalidad B *"grupo ordinario con apoyos en periodos variables"*, es la modalidad que mayoritariamente se propone en los dictámenes de escolarización. Esta modalidad implica una integración del alumno o alumna con NEE en su grupo ordinario, procurándole al mismo tiempo los recursos personales y materiales de carácter específico que requiera, con la posibilidad de que los apoyos puedan recibirse dentro o fuera del aula.

El resto de modalidades de escolarización, en este momento de la escolarización y para el alumnado de 3 años, tiene, proporcionalmente, una representación muy escasa, al menos en comparación con la modalidad B. En este sentido, hemos de destacar que la modalidad D *"centro específico de educación especial"* prácticamente no es una opción para los EOE de Andalucía en el caso de los niños y niñas de 3 años y que la modalidad C *"aula específica de educación especial en centro ordinario"* aunque tiene un porcentaje mayor de representatividad

por el número de casos, se mantiene en niveles mínimos. Estas dos modalidades, por el tipo de emplazamiento más restrictivo que implican, son propuestas ante alumnado con afectaciones muy graves, en los que se evidencia la imposibilidad de un mínimo aprovechamiento por parte del alumno o alumna de su integración en un grupo ordinario, fundamentalmente a nivel social, así como la necesidad de atenciones muy específicas y personalizadas que solo pueden ser ofrecidas desde emplazamientos escolares que cuenten con los recursos especializados necesarios.

VI.1.2.3. Análisis específico del curso 2016/2017 en la Provincia de Huelva

Del mismo modo, que se realizó con los datos aportados por Salud un análisis específico de la provincia de Huelva, dado que nuestra investigación finalmente se orienta y concreta en esta provincia, se consideró conveniente realizarlo igualmente con los datos facilitados por la Consejería de Educación. No obstante, en el Anexo---, como ya se mencionó anteriormente, se incluyen los datos correspondientes a todas las provincias andaluzas.

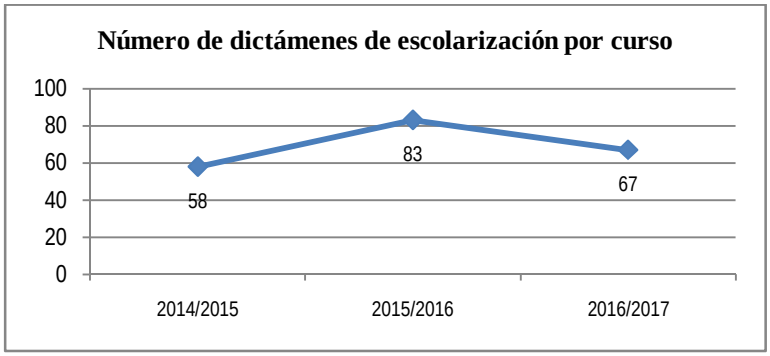


Gráfico 28. Número de dictámenes de escolarización por curso en la provincia de Huelva

En Huelva se muestra la tendencia evidenciada a nivel andaluz en lo que respecta al evolutivo de dictámenes de escolarización realizados en los últimos tres cursos escolares. Se observa un aumento significativo de los mismos en el curso 2015/2016 respecto al curso anterior y, un cierto descenso en el curso 2016/2017.

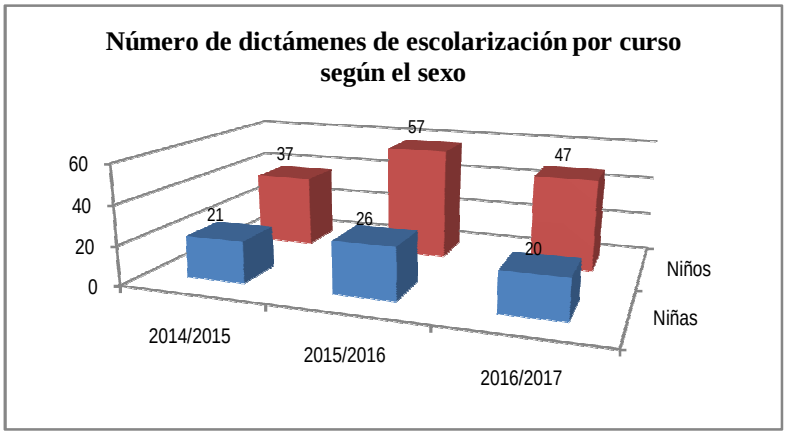


Gráfico 29. Número de dictámenes de escolarización por curso en la provincia de Huelva

La población de niños duplica la población de niñas que son objeto de un dictamen de escolarización, teniendo en cuenta que esta comparativa se realiza en el mismo momento de la escolarización y en el mismo tramo de edad en la provincia de Huelva, al igual que ocurría a nivel regional. Esta diferencia además, se hace especialmente notable en el curso 2015/2016, que como acabamos de ver es el curso en el se produce un repunte importante del número de dictámenes con respecto al curso anterior y al posterior.

TIPOS DE NEE PROVINCIA DE HUELVA (Curso 2016/2017)		
Trastornos graves del desarrollo	**Retraso evolutivo grave o profundo**	**16**
	Retraso grave del dllo. del lenguaje	**10**
	Retraso grave del dllo. psicomotor	**1**
Discapacidad visual	**Baja visión**	**1**
Discapacidad intelectual	**D.I. Leve**	**1**
	D.I. Moderada	**0**
Discapacidad auditiva	**Hipoacusia**	**6**
Trastornos de la comunicación	**TEL Expresivo**	**5**
	TEL Mixto	**1**
	TEL Semántico- pragmático	**2**
	Disartria	**0**
	Disglosia	**0**
Discapacidad física	**Lesiones de origen cerebral**	**5**
	Lesiones de origen medular	**0**
	Trastornos neuromusculares	**1**
	Lesiones del sistema osteoarticular	**0**
Trastornos del espectro autista	**Autismo**	**3**
	TGD no especificado	**2**
Enfermedades raras y crónicas		**8**

Tabla 63. Tipos de NEE recogidos en los dictámenes de escolarización en Huelva en el curso 2016/2017

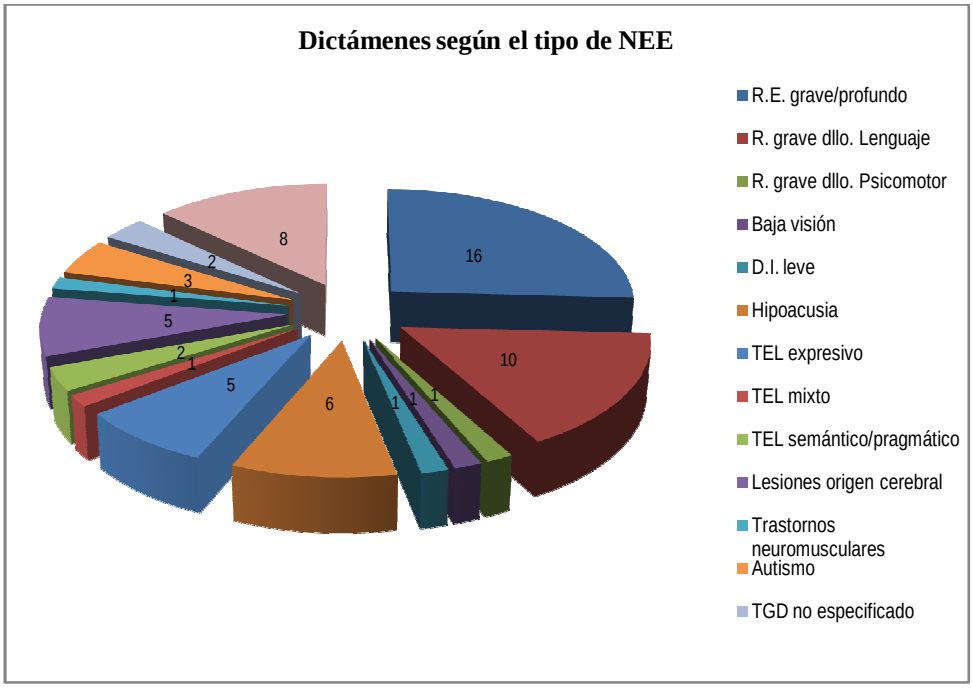


Gráfico 30. Dictámenes de escolarización según el tipo de NEE en Huelva en el curso 2016/2017

A pesar de que podemos encontrar una amplia representación de tipos de NEE en los dictámenes elaborados en el curso 2016/2017 para alumnado de nueva escolarización en la provincia de Huelva, vuelven a destacar por número los "retrasos evolutivos graves o profundos" (16 dictámenes) y los "retrasos graves del desarrollo del lenguaje" (10 dictámenes), que como ya se comentó anteriormente, son dos de las tres categorías recogidas en la Circular de 10 de septiembre de 2012 con las modificaciones introducidas por las Instrucciones de 8 de marzo de 2017 que se definen de forma expresa para el alumnado menor de 6 años y que por tanto, se escolariza en la Etapa de Educación Infantil.

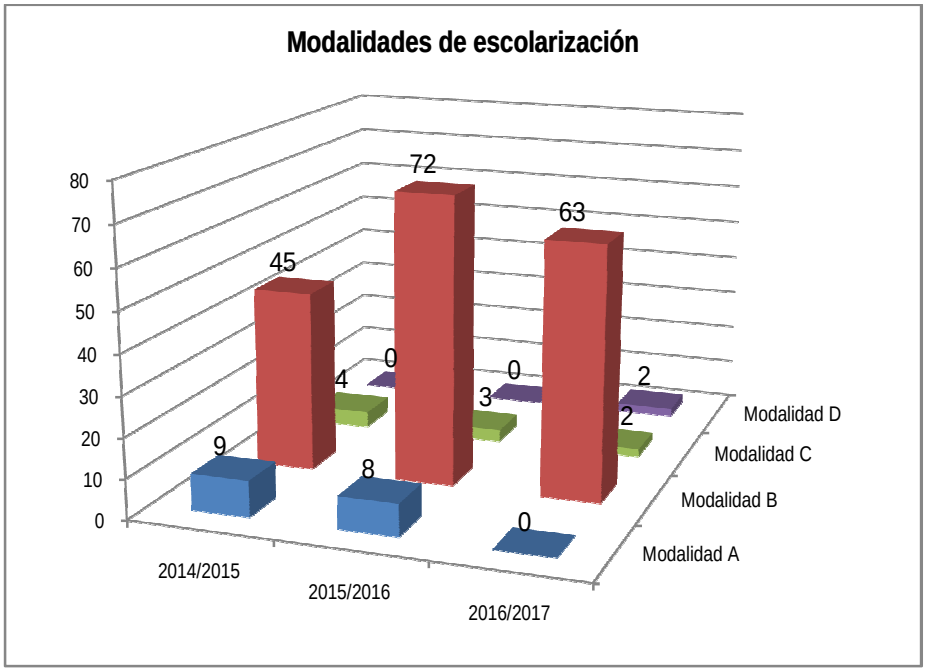


Gráfico 31. Modalidades de escolarización propuestas en los dictámenes elaborados en Huelva en los últimos cursos

La modalidad B "grupo ordinario con apoyos en periodos variables" es, con mucha diferencia, la modalidad de escolarización que prevalece en la gran mayoría de los dictámenes de escolarización elaborados en Huelva en los últimos tres cursos para el alumnado de nueva escolarización. Esta modalidad que ofrece la posibilidad de proporcionar al alumno o alumna los apoyos especializados que requiera, manteniendo en todo momento su integración en un grupo ordinario, se muestra como una verdadera apuesta por la inclusión de estos niños y niñas.

VI.1.3. CORRELACIONES ENTRE LOS DATOS DE AMBAS CONSEJERÍAS

Analizados por separado los documentos aportados por ambas Consejerías, a través de los cuales hemos podido obtener información muy valiosa respecto al proceso de atención infantil temprana y al proceso de nueva escolarización, en los cursos 2014/2015, 2015/2016 y 2016/2017, creemos que puede ser muy interesante establecer algunas correlaciones que nos permitan concluir con mayor precisión algunas de los hechos que hemos contrastado de forma específica en cada ámbito de actuación.

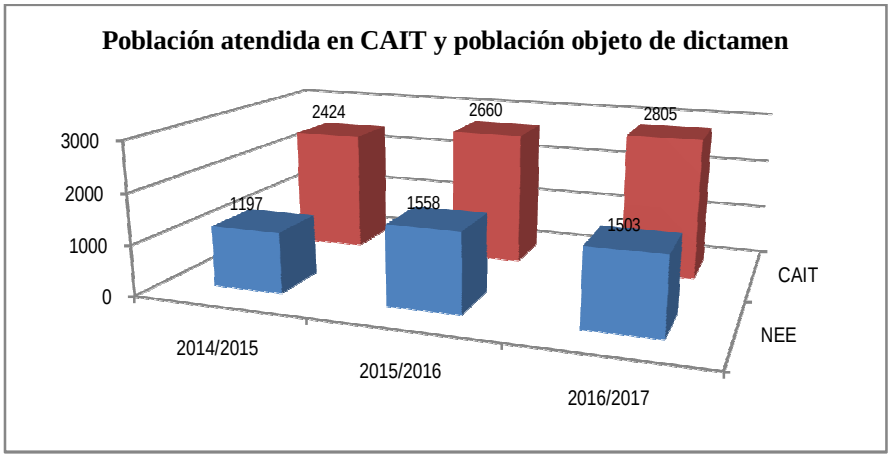


Gráfico 32. Población atendida en CAIT y población objeto de dictamen en los 3 últimos cursos

El análisis de estos datos ha de partir de la consideración de que se han contabilizado a niños y niñas del mismo año de nacimiento, que estaban siendo atendidos en un CAIT de un lado y por otro, que fueron objeto de un dictamen de escolarización. Como podemos observar la población atendida en CAIT es muy superior a los niños y niñas que en su acceso al 2º ciclo de Educación Infantil son objeto de un dictamen de escolarización. Además, debemos destacar el hecho que los niños y niñas atendidos en CAIT no representan la totalidad de la población con trastornos en el desarrollo o el riesgo de padecerlos que se escolariza en esta etapa, aunque sí suponen un porcentaje alto, y por tanto, no puede constituir la única vía de acceso a la detección temprana previa a la escolarización en el 2º ciclo de Educación Infantil. Existen por tanto, otras vías de identificación de alumnado NEE, que no es atendido en un CAIT, como pueden ser:

- Detección en los centros de primer ciclo de Educación Infantil.
- Procesos de coordinación con entidades o asociaciones que no forman parte del proceso de atención infantil temprana.
- El padre o madre indica en la solicitud de admisión que su hijo o hija presenta NEE o tiene discapacidad.

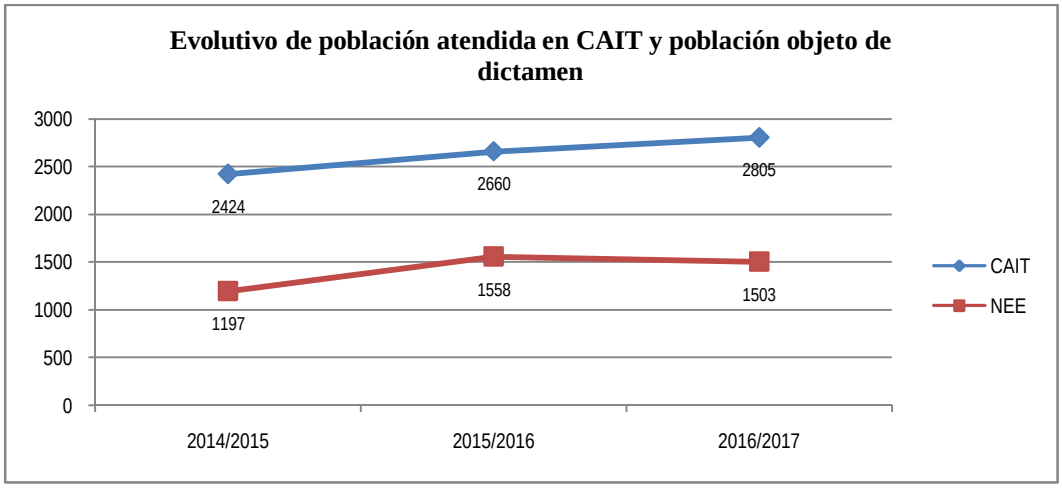


Gráfico 33. Población atendida en CAIT y población objeto de dictamen en los 3 últimos cursos

La población atendida por parte de los CAIT en Andalucía muestra una tendencia que va en aumento en los últimos tres años, lo cual puede estar directamente relacionado con la publicación del Decreto 85/2016 de atención infantil temprana y el cambio de modelo de financiación, que han facilitado una ampliación del número de plazas disponibles. Todo ello, sin menospreciar la mayor sensibilización de la población y los avances en la detección temprana de signos de alerta en el desarrollo, que suponen una anticipación de las intervenciones. Por otro lado, los dictámenes de escolarización, tras el repunte del curso 2015/2016, se estabilizan e incluso se reducen mínimamente al curso siguiente, lo cual no se corresponde con la tendencia evidenciada en los niños y niñas que son atendidos en CAIT, aunque la explicación a este fenómeno puede estar en que la detección temprana permite que los niños y niñas inicien un tratamiento a edades muy tempranas, lo cual minimiza los efectos de un trastorno mayor y por tanto, en el acceso al 2º ciclo de Educación Infantil no llegan a ser considerados como alumnado con NEE. Sería necesario, no obstante, valorar qué respuesta educativa se ofrece en los centros docentes a estos niños y niñas, al no ser considerados alumnado con NEE.

Sin olvidarnos de la importante y significativa diferenciación en lo referente a la discriminación por sexo, es necesario que establezcamos esta correlación y para ello, ponemos como ejemplo los datos del curso 2016/2017 por ser los más actuales.

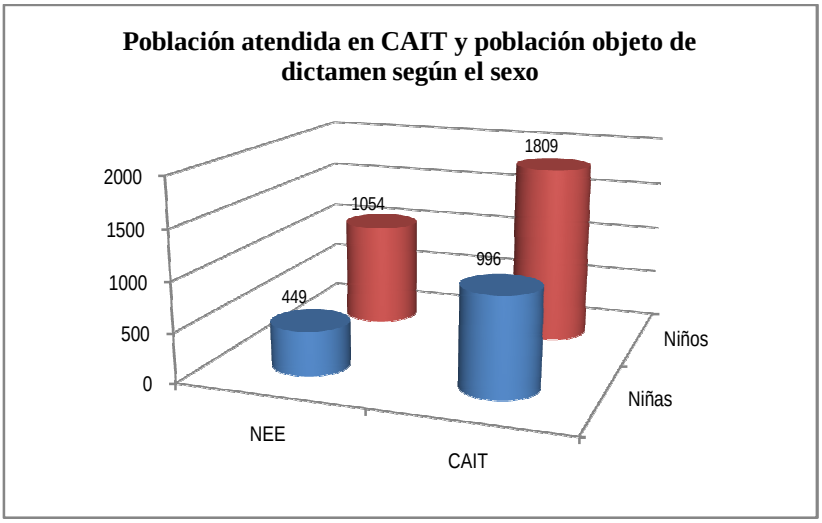


Gráfico 34. Población atendida en CAIT y población objeto de dictamen según el sexo en el curso 2016/2017

Como podemos observar en este gráfico, existe una correlación entre el porcentaje de niños atendidos en CAIT y el de niños que son objeto de dictamen de escolarización, siendo en ambos casos mucho más numerosos que las niñas.

Si ponemos ahora nuestra atención en los trastornos en el desarrollo que pueden tener una mayor correspondencia con determinados tipos de NEE en los que se observa una mayor prevalencia de dictámenes de escolarización, podemos llegar a establecer algunas correlaciones entre ambas categorías. Para ello, vamos a realizar un análisis, centrado en el curso 2016/2017,

sobre diferentes diagnósticos ODAT y los tipos de NEE con los que se corresponden, destacando aquellos en los que ya hemos observado una mayor prevalencia y que son: retraso evolutivo grave/profundo, trastornos de la comunicación, autismo y TGD no especificado.

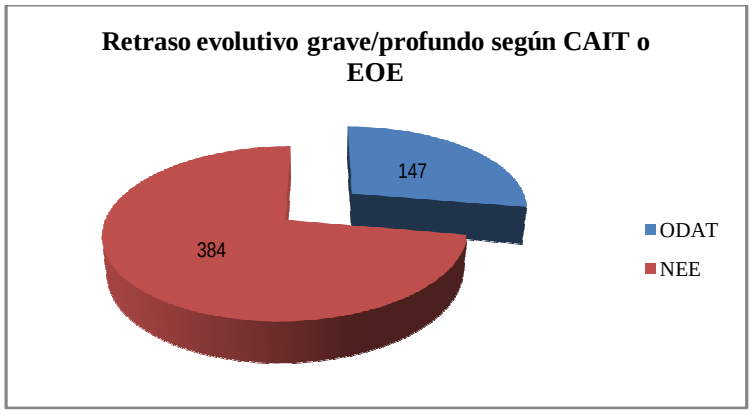


Gráfico 35. Población identificada con un retraso evolutivo grave/profundo según ODAT o NEE en el curso 2016/2017

Son varios los argumentos que podrían plantearse para justificar la mayor incidencia de este trastorno en el ámbito educativo que en el de Salud. Entre ellos, podemos destacar que la ODAT ofrece una mayor diversificación de diagnósticos que pueden ser considerados en la población de 0 a 6 años que el censo de NEAE, así como, que la población que proviene de CAIT en el momento de la escolarización en el 2º ciclo de Educación Infantil, no es la única y por tanto, los EOE valoran un considerable número de niños y niñas que no están siendo atendidos en CAIT en el momento de la escolarización. Al mismo tiempo, resulta necesario comentar que los datos ofrecidos por la Consejería de Salud ofrecían cifras a tener muy en cuenta con los niños y niñas que presentaban retrasos evolutivos de carácter leve (327) y moderado (243), de los últimos, no dudamos que en la valoración realizada por un EOE se hayan podido considerar algunos como graves, si sus necesidades educativas requiriesen una atención específica.

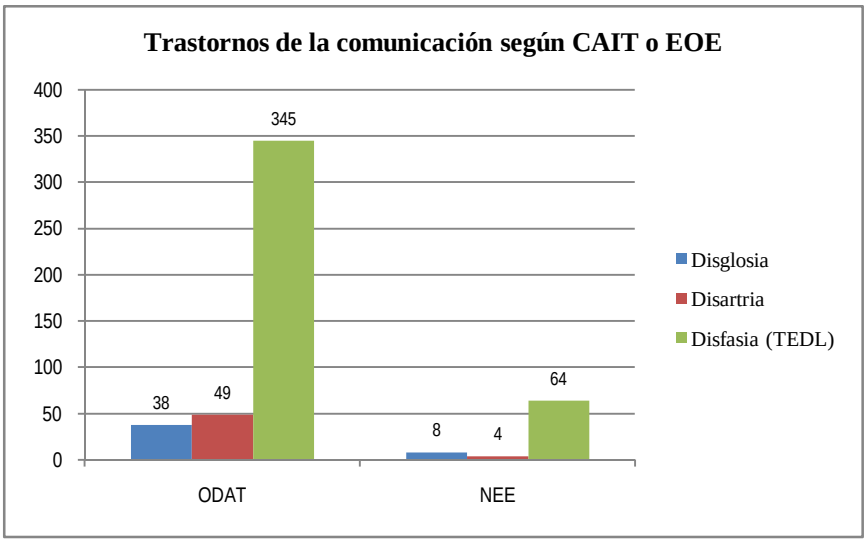


Gráfico 36. Población identificada con un trastorno de la comunicación según ODAT o NEE en el curso 2016/2017

No podemos establecer una correlación total entre estas categorías, dado que en el censo de NEAE se introduce una subcategoría muy relacionada con los trastornos de la comunicación y que no está contemplada en este gráfico. Se trata del "retraso grave del desarrollo del lenguaje", que se estableció, en el curso 2016/2017, en un total de 414 dictámenes de escolarización y que con mucha probabilidad haya supuesto, dado los criterios definidos en la Circular de 10 de septiembre de 2012 con las modificaciones introducidas por las Instrucciones de 8 de marzo de 2017, la categoría de NEE por la que los EOE hayan optado mayoritariamente. Esta categoría no se encuentra definida como tal en la ODAT.

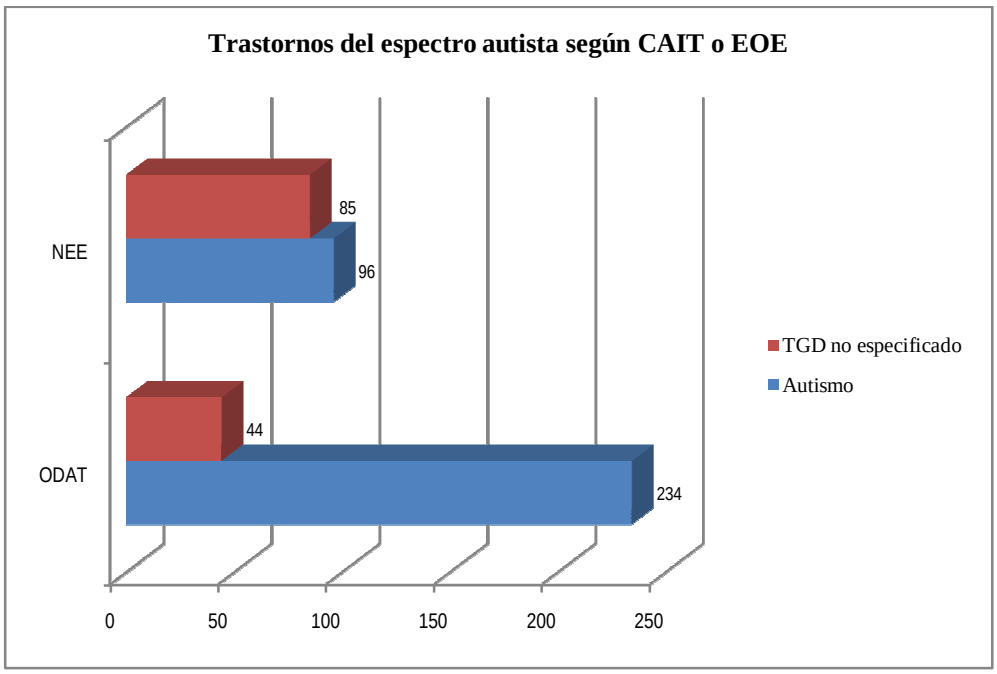


Gráfico 37. Población identificada con un trastorno del espectro autista según ODAT o NEE en el curso 2016/2017

Tanto en el caso de CAIT como de EOE se produce una mayor determinación de casos de trastorno de espectro autista o autismo que de TGD no especificado, aunque en el caso de los EOE la diferencia es de apenas 11 casos. No obstante, volvemos a comprobar cómo el criterio ODAT y por tanto, el de los CAIT identifica con este tipo de trastornos a un número de niños y niñas a la edad de 2 años muy superior al que se determina por los EOE. No existe por tanto una correlación entre la determinación de este diagnóstico o NEE, según el ámbito que lo identifique, entre Salud y Educación.

Somos conscientes que el los datos disponibles pueden permitir la realización de más tipos de análisis e incluso de establecer un mayor número de correlaciones, sin embargo, estos documentos se aportan en los anexos con objeto de poder continuar su explotación, mediante un estudio longitudinal que abarque la escolarización del curso 2017/2018. No obstante, a partir de estos datos oficiales, hemos podido situar el punto de partida para la elaboración de la entrevista y el cuestionario, así como la posterior interpretación de la información obtenida a través de ambos instrumentos.

VI.2. DESCRIPCIÓN Y DISCUSIÓN DE LOS RESULTADOS DE LAS ENTREVISTAS

A partir del sistema categorial establecido para nuestra investigación, en lo que hace referencia a las entrevistas, el proceso de análisis de éstas, tal y como se ha planteado en el Capítulo anterior, se inicia con un *análisis vertical* que tiene como finalidad agrupar la información de los entrevistados en categorías, para desembocar en un *análisis horizontal* que consiste en una recopilación de la información para obtener datos globales de las aportaciones de todos los entrevistados sobre una misma categoría.

De este modo, pasamos a continuación a describir y, al mismo tiempo a reflexionar, sobre los resultados obtenidos en las distintas entrevistas que realizamos a los responsables a nivel autonómico del proceso de atención infantil temprana y de la escolarización del alumnado con necesidades educativas especiales, Consejería de Salud y Consejería de Educación respectivamente, así como a los referentes a nivel provincial, consultoras de atención infantil temprana y orientadores y orientadoras especialistas en atención infantil temprana de las Delegaciones Territoriales de Salud y Educación respectivamente, y que a su vez, conforman los EPAT en cada una de las provincias de Andalucía.

CATEGORÍA: **DATOS DEL ENTREVISTADO**

Titulación académica (TA)

En este apartado, podemos comprobar que el 100% de los entrevistados cuenta al menos con una titulación universitaria superior. En todos los perfiles entrevistados, coordinadores regionales, consultoras de AT y orientadores y orientadoras especialistas en AT, ambos a nivel provincial, son Licenciados. De hecho, esta titulación fue uno de los requisitos de acceso, tanto para la Consejería de Salud como para la Consejería de Educación, a los puestos que actualmente ocupan, siendo así establecido en las convocatorias oficiales por las que se convocaron los puestos específicos a los que estos profesionales optaron y que finalmente consiguieron.

Las titulaciones que más se repiten son:

- Licenciado o Licenciada en Psicología (Ent. 1,2, 5, 11, 12, 13, 14, 15,16, 17 y 18).
- Licenciado o Licenciada en Psicopedagogía (Ent. 3, 4, 7 y 8).
- Licenciado o Licenciada en Pedagogía (Ent. 5, 6 y 9).
- Licenciado en Medicina. Especialidad de Pediatría (Ent. 10)

Aunque podemos evidenciar una mayor vinculación lógica y directa de los titulados en Psicopedagogía y Pedagogía al ámbito educativo y los titulados en Psicología al ámbito de la Salud, es significativo, y por ello queremos destacar que en gran medida los entrevistados cuentan con más de una titulación universitaria: "*Licenciada en Psicopedagogía, Maestra de Audición y*

Lenguaje, Profesora de EGB. Especialidad en Pedagogía Terapéutica, Máster en Investigación e Innovación Educativa por la Universidad de Málaga" (Ent. 7), *"Psicóloga y Logopeda (Universidad de Granada). Experto Universitario en TGD y otros trastornos relacionados (Universidad de Málaga). Suficiencia Investigadora (Universidad de Granada). Máster Atención Temprana (Universidad de Sevilla)"* (Ent. 12).

Además, es usual encontrar en el currículum de un número importante de los entrevistados estudios de postgrado y de doctorado: *"Licenciada en psicología, licenciada en pedagogía y doctora en psicopedagogía. Máster en docencia universitaria"* (Ent. 5), *"Maestra de Primaria, maestra de Pedagogía terapéutica, maestra de audición y lenguaje, Licenciada en Psicopedagogía y Máster de Atención Temprana de la Universidad de Sevilla"* (Ent. 8).

La formación de estos profesionales es un aspecto que se considera clave para el desempeño de las funciones que tienen asignadas. En este sentido, y aún reconociendo el valor que tiene el currículum manifestado por los entrevistados, la formación específica en atención infantil temprana tiene un peso específico en esta investigación. Así podemos apreciar que mientras las 8 consultoras de AT disponen del título de "Máster Atención Temprana", solo un orientador u orientadora especialista en AT manifiesta disponer de esta titulación específica.

Perfil profesional en el ámbito de la Atención Infantil temprana (PPAIT)/ Experiencia profesional en el ámbito de la Atención Infantil Temprana (EXPAIT)

La atención infantil temprana tal y como hoy la conocemos, es una disciplina relativamente nueva que empieza a desarrollarse en Andalucía en el año 2006, tras la publicación del Proceso Asistencial Integrado de Atención Temprana, por parte de la Consejería de Salud. Este hecho implica que analicemos estas dos categorías de forma conjunta, ya que nos interesa obtener una imagen real de los tiempos que emplearon en las Consejerías de Salud y de Educación para disponer de los perfiles profesionales a los que nos referimos en esta subcategoría, que serían a posteriori los referentes de atención infantil temprana en cada provincia andaluza.

Nuestros destinatarios de la entrevista han sido citados y definidos en diferentes momentos a lo largo de este estudio, por lo que sus perfiles profesionales, que fue el criterio por el que se seleccionaron, son evidentes. En este sentido, a excepción de los entrevistados como referentes a nivel regional, cuyos perfiles profesionales responden a *"Jefe de servicio de orientación educativa y atención a la diversidad"* (Ent.9) por parte de la Consejería de Educación y *"Coordinador Atención Temprana en Consejería de Salud de la Junta de Andalucía"* (Ent.10) por parte de la Consejería de Salud, el resto de entrevistados son al 50% consultoras de AT y orientadores y orientadoras especialistas en AT.

Si analizamos los años de experiencia que manifiestan, podemos observar que el 100% de las consultoras de AT, incluido el coordinador regional, coinciden en el periodo en el que llevan

desarrollando este trabajo, 10 años. Es decir, son las mismas profesionales que se incorporan a estos puestos específicos en el año 2006, cuando la Consejería de Salud pone en marcha su "*Proceso Asistencial Integrado de Atención Temprana"*, las que a día de hoy permanecen desarrollando estas funciones. Sin embargo, el 100% de los orientadores y orientadoras especialistas en AT, no cuentan con los 10 años de experiencia en el ámbito de la atención temprana, sus manifestaciones hacen referencia en el mejor de los casos a *"6 cursos como Orientador especialista en AT"* (Ent. 6), "*En este puesto, 8 años. El tiempo de servicio completo, 20 años" (*Ent.9). Además, en este colectivo podemos identificar la existencia de provincias donde ya han podido ser diferentes profesionales los que han ocupado el puesto, dado que encontramos manifestaciones como "*Orientadora Especialista en Atención Temprana desde hace 14 meses. Anteriormente, Orientadora en Departamentos de Orientación y EOEs (19 años de antigüedad en el cuerpo)"* (Ent. 2) o *"Tan sólo llevo 1 año y 10 meses"* (Ent. 5). Este hecho es significativo porque existen diferencias importantes entre ambos perfiles profesionales en lo que respecta a la continuidad en el tiempo y por tanto, en su especialización.

CATEGORÍA: **FUNCIONES**

Funciones que realiza respecto al ámbito específico de actuación (FES)

Esta subcategoría se planteó con el objetivo de poder identificar las funciones principales que cada uno de los perfiles profesionales entrevistados desarrollaba, así como establecer las diferencias existentes entre ellas, a pesar de que los destinatarios principales de sus actuaciones son los mismos, tal y como ellos mismos afirman *"Alumnado con trastornos del desarrollo o riesgo de padecerlos de 0 a 6 años, su familia y entorno"* (Ent.1) y *"El ámbito de actuación es la población infantil de 0 a 6 años con trastornos del desarrollo y/o riesgos de padecerlos, así como sus familias"* (Ent.12), siendo esta la tónica habitual en la mayoría de las entrevistas.

No obstante, en el desarrollo de algunas de las entrevistas, fundamentalmente de entrevistados cuyo perfil era de orientador u orientadora especialista en AT, se consideró que era necesario definir la estructura donde se integraba su perfil para poder definir con mayor precisión sus funciones. En este sentido se realizaron descripciones como:

> "*Mi especialidad (AT) está integrada en el EOE Especializado de la Delegación Territorial de Educación de (…), coordinados por el Área de NEE del ETPOEP. Asimismo, formo parte del Equipo Provincial de Atención Temprana, junto a mi compañera consultora de la Delegación de Salud."* (Ent. 2).

> "*El profesional de AT se integra en el marco educativo:*
>
> - *ETPOEP*
> - *EOEE- Se sitúa el perfil de Atención temprana*
> - *EPAT"* (Ent. 8).

No se apreció esta circunstancia en las entrevistas realizadas a las consultoras de AT, por lo que entendemos que su percepción de la estructura donde se integra el perfil profesional que tienen asignado no es de tanta complejidad con el del orientador u orientadora especialista en AT.

En otro sentido, teniendo en cuenta que el marco normativo desarrollado por la Consejería de Salud y la Consejería de Educación ha determinado las funciones que han de desempeñar los profesionales de su ámbito de actuación en relación con la atención infantil temprana, incluso, llegando a publicar normativa redactada de forma conjunta *"Nuestras funciones como EPAT están reguladas por el protocolo de coordinación interconsejerías publicado al efecto"* (Ent. 2), nos sorprenden algunas manifestaciones de los entrevistados cuando son preguntados, precisamente, por las funciones que tienen asignadas, debido a la disparidad de criterios con las que se pronuncian (Ents. 2, 7, 12, 13).

Sin embargo, consideramos especialmente importante el planteamiento recogido en la entrevista 7, orientadora especialista en atención temprana, sobre el cronograma donde se integran las funciones desarrolladas por este profesional y que mostramos a continuación:

TEMPORALIZACIÓN	***ACTUACIONES***
Mes de septiembre: Comunicar a las Escuelas Infantiles los niños /as con Trastornos en su desarrollo o riesgo de padecerlo que se incorpora a la EI	*Enviar por correo ordinario los Informes de los niños/as que inician su escolaridad en el primer ciclo de Educación Infantil. Este informe los elabora cada CAITs y Educación los envía a los distintos centros.*
Mes de Octubre: Reunión con las directoras de las E.I Protocolo de detección de trastornos en el desarrollo de niños/as de 0-3 años	- *Charlas Informativas-Formativas sobre el desarrollo evolutivo y los signos de alerta a detectar.* - *Envío a las Escuelas Infantiles del protocolo de demanda para asesorar al respecto.* - *Envío a las Escuelas Infantiles de Calendarios del desarrollo para que lo tengan presente en sus aulas*
Durante todo el curso: Asesorar a las educadoras y educadores de E.I. en la intervención en el aula con un menor con Trastornos en su desarrollo	- *Coordinación con el CAIT del niño/a* - *Entrevistas de rutinas para determinar objetivos de intervención.* - *Asesorar en la intervención, aportando las ayudas materiales y/o técnicas que precise en coordinación con el EOEE en Discapacidad Motora*
Entrevista con las familias	- *Para comunicarle la detección realizada* - *Informarle sobre los servicios que prestan en los CAITs* - *Dar pautas de actuación educativas adecuadas en el entorno familiar*
Mes de Febrero/Marzo: Programa de tránsito del alumnado atendido en Salud hacia las diferentes instancias educativas:	- *Impresión de los Informes Previos de Escolarización* - *Reuniones EOE-CAITs para el trasvase de información* - *Charlas Informativas a las familias sobre escolarización* - *Asesoramiento a los orientadores cuando lo demanden.* - *Entrega a los perfiles de EOEE los niños previstos para escolarizar*

Valoración de los niños/as propuestos para modalidad C por parte de los EOEs en el proceso de Escolarización.	
Mes de noviembre: Devolución de la Información EOE-CAITs	*Reuniones zonales para valorar la inclusión del alumnado en la etapa del 2º ciclo, informando sobre los recursos educativos establecidos*
Todo el año: Asesorar a los orientadores/as en planes de actuación en la etapa de infantil	*Tras realizar la petición pertinente (protocolo) se atenderá a las necesidades y demandas realizadas.*
Actualizar la base de datos de Alborada	- *Enviar a los orientadores/as el protocolo existente para el intercambio de información EOE-CAITs* - *Introducir los datos en el programa Alborada.*
Formación a los futuros maestros/as y Educadores/as	- *Charla en los IES que imparten ciclos formativos de educación infantil.* - *Participación en charlas y talleres en la UMA*
Antes de Febrero: Permanencias extraordinarias en el primer ciclo de EI	*Elaborar los informes pertinentes y revisar la documentación de la solicitud de permanencia en el primer ciclo de EI*
Reuniones de los Miembros del EPAT	*Realizadas cada 15/30 días*

Tabla 64. Cronograma anual de actuaciones de un especialista en AIT

Por último es necesario resaltar en esta subcategoría, que el 100% de las entrevistas se refieren a funciones de coordinación intra e interadministrativa, multidisciplinar e intersectorial:

> *"Coordinación: a nivel provincial con referentes de educación y bienestar. En el ámbito de salud, con profesionales de CAIT, pediatras de Atención Primaria y profesionales del de Atención Especializada"* (Ent. 11).

> *"Actuación autonómica. Coordinación de consultoras de Salud de las Delegaciones Territoriales. Coordinación de las actuaciones de la Consejería de Salud en Atención Temprana a nivel de gestión y diseño de actuaciones, coberturas, criterios de acceso, sistema de información, formación en el ámbito de los servicios sanitarios, elaboración de Procesos Asistenciales Integrados, Redacción Plan Integral de AT…"* (Ent. 10).

> *"El ámbito de actuación es Provincial, y las funciones principales son la coordinación de los Centros de Intervención Temprana en sentido amplio, Desarrollo de las directrices de la Consejería para avanzar en el Proceso de AT, coordinación con servicios de especializados en Atención Especializada, etc. La población es niños de 0 a 6 años con trastornos del desarrollo o riesgo de padecerlo derivados por el pediatra de AP. Este programa está integrado dentro de la Consejería de Salud y por tanto, desarrollo mi trabajo dentro de la estructura del Servicio de Salud Pública de la Delegación Territorial de (…). Existe Coordinación formal con la Delegación Territorial de Educación y la parte de Igualdad de la Delegación de Igualdad y Políticas Sociales. Actualmente, en breve empezaré a coordinar la Unidades de Atención Temprana adscritas al SAS"* (Ent.14).

Funciones que realiza respecto a la coordinación con otros profesionales (FOPR)

La necesidad de que el proceso de atención infantil temprana se desarrolle con la implicación de al menos 3 Consejerías exige que los procesos de coordinación entre ellas estén perfectamente definidos para que las actuaciones sean eficaces y respondan a las necesidades de la sociedad andaluza que son destinatarios. Además, la coordinación se extiende más allá de los límites de las propias administraciones por lo que es necesario incluir en estos circuitos a asociaciones, entidades,…que participan con pleno derecho en el proceso de atención infantil temprana.

> *"Se desempeña la coordinación provincial en (…) de Consejería de Salud, en estrecha colaboración con los profesionales del Equipo Provincial de Atención Temprana (EPAT) de (…), desde el ámbito educativo: el EOE especializado en AT (EOEE-AT), así como la asesora técnica de la Consejería de Igualdad, Bienestar y Políticas Sociales de (…). Y a través del EPAT-Educación, contamos con los diferentes coordinadores de EOEs de (…), y a su vez con el equipo educativo de cada niño/a que tenemos en AT, Directoras de Escuelas Infantiles y Centros de Educación Infantil, así como el acceso al EOE especializado en Discapacidad Auditiva, EOE E. en TGD, EOE E. en Trastornos Graves de Conducta, EOE E. en Discapacidad Motórica. Desde el ámbito social, mantenemos contactos con los Servicios Sociales Comunitarios y Equipos de Tratamiento Familiar (ETF), con los Servicios de Infancia y Familia, y Protección de Menores, así como el Centro de Valoración. La coordinación también incluye al equipo de profesionales de los Centros de Salud y Hospitales (pediatras, trabajadores sociales, DUE, y Neonatología, Neuropediatría, ORL, Médicos Rehabilitadores,… del Distrito Sanitario (…) Sur y del Área de Gestión Sanitaria (…) Norte, además de toda la red provincial de Centros de Atención Infantil Temprana (CAIT) conformada por centros dependientes de corporaciones locales (Ayuntamientos y Diputación) y de entidades concertadas. Nuestra coordinación tiene también una labor interprovincial en el caso de traslados de menores, así como una coordinación andaluza, para la búsqueda de la equidad en AT en toda nuestra comunidad, al mantener criterios comunes en nuestro funcionamiento"* (Ent. 12).

En relación con los distintos profesionales que pueden participar del proceso de atención infantil temprana, es necesario destacar que el abanico de perfiles y especialidades, tanto de una Consejería como de otra, es muy amplio, afirmando uno de ellos que "*coordino mis actuaciones con EOEs, CAITs, Escuelas Infantiles y CEIPs, y otros perfiles de ambas Consejerías como Salud Mental, pediatras y especialistas en desarrollo infantil dentro de la Consejería Salud. Con los Servicios Sociales municipales o mancomunados dentro del área de Igualdad y Bienestar social y con otros servicios como Planificación Educativa en lo referente a la Consejería de Educación, entre otros organismos*" (Ent.2), así como "Coordinación a nivel provincial con referentes de Educación y Bienestar. En el ámbito de salud, con profesionales de CAIT, pediatras de Atención Primaria y profesionales del de Atención Especializada" (Ent. 11). Sin embargo, el niño o la niña y su familia, como usuarios del proceso son los mismos en todos los casos, por lo que evitar solapamiento en las funciones, no duplicar actuaciones y por

encima de todo, ofrecer un mensaje lo más parecido posible entre todos los profesionales implicados, se convierte en un objetivo realmente complejo de conseguir.

CATEGORÍA: **DETECCIÓN TEMPRANA**

Procedimientos/Protocolos oficiales establecidos (POE)

En esta subcategoría, existe unanimidad en los entrevistados cuando se les pregunta en relación a la existencia de protocolos o procedimientos de carácter oficial que incluyan entre sus apartados, indicaciones específicamente dirigidas a la detección temprana de niños y niñas con trastornos en el desarrollo o en riesgo de padecerlo, *"sí, están perfectamente definidos"*: (Ent. 5), haciendo referencia a que:

> *"Existe un Protocolo de Coordinación entre las Consejerías de Salud y Educación para el desarrollo de la AT publicado este año como Anexo en el Decreto 85/2016 de 26 de Abril 2016 que regula la intervención integral de la Atención Temprana Infantil en Andalucía. Dicho Protocolo fue firmado por ambas Consejerías el 30 de Marzo de 2015"* (Ent. 1)

> *"Los procedimientos de coordinación están establecidos en el Decreto 85/2016, de 26 de abril, por el que se regula la intervención integral de la Atención Infantil Temprana en Andalucía en el que asume el Protocolo suscrito con la Consejería de Salud el 30 de marzo de 2015. Por otro lado, la Consejería de Educación cuenta con las Instrucciones de 22 de junio de 2015, de la Dirección General de Participación y Equidad, por las que se establece el protocolo de detección, identificación del alumnado con necesidades específicas de apoyo educativo y organización de la respuesta educativa en las que se regulan todos los pasos a dar desde la detección de indicios o señales de alerta hasta la realización de los procedimientos de evaluación psicopedagógica, dictamen de escolarización y respuesta educativa"* (Ent. 9).

Sin embargo, a pesar de referirse en todo momento a protocolos oficiales y por tanto, al amparo de un marco normativo que los regula, lo cual implica la obligatoriedad de aplicarlo según se plantea en la norma, uno de los entrevistados afirman *que "establecidos en la actualidad de forma unificada para las ocho provincias, (aunque cada provincia puede o no haber adaptado el suyo) derivados del desarrollo de la norrmativa vigente"* (Ent. 2), y otro plantea que *"en (…), el EOEE-AT tiene implantado en el primer ciclo de Educación Infantil, un protocolo de detección de niños/as con trastornos en el Desarrollo y/o Riesgo de padecerlos, con una serie de documentos de screning elaborados por él. Tras la revisión de documentos previos utilizados en (…), se crea un cuestionario de signos de alerta con los hitos del desarrollo esperados en niños según la edad cronológica en meses, con lo que la ausencia de algunas conductas así como la persistencia de otros rasgos pueden ser objeto de registro. Este cuestionario puede ser aplicado por los/as tutores de 0-1 año, 1-2 años y 2-3 años cuando existan sospechas de posibles desviaciones del desarrollo normal."* (Ent. 11).

En lo que respecta a la descripción realizada de los mismos, podemos observar también disparidad de planteamientos, aunque en muchos casos está justificado por referirse a procedimientos diferentes e incluso, por formas diferenciadas de interpretar el modo de llevar a la práctica el protocolo. De este modo la descripción que se realiza de los mismos puede plantearse de forma muy diversa, según el entrevistado sea una consultora de AT o un orientador u orientadora especialista en AT.

En este sentido, desde el ámbito sanitario el enfoque que predomina es el que se refleja en respuestas como las que se exponen:

> *"En salud detección por el Pediatra de Atención Primaria y derivación a a CAIT. En breve, previa valoración de idoneidad por la nueva Unidad de Valoración de Atención Temprana. En Educación existe protocolo de detección en primer ciclo de Educación infantil. Ente ambos ámbitos existe protocolo de coordinación para el trasvase de información de los niños detectados así como las coordinación de casos compartidos"* (Ent. 11).

> *"Existen criterios unificados de detección a través de los Procesos Asistenciales de AT. Se ha formado a profesionales del SAS en estos aspectos. Seguimiento del desarrollo psicomotor en base a escalas y señales de alerta establecidas (Escala Haizea llevant; M-Chat)"* (Ent. 10).

Mientras que los profesionales del ámbito educativo hacen un mayor hincapié en cuestiones como las que se recogen en los siguientes extractos:

> *"El Protocolo dirigido a la detección en el Primer ciclo, establece que son los educadores y educadoras los que con los cuestionarios aportados por el EOEE de AT detectan los trastornos en el desarrollo. Si ven necesidad, la directora de la EI envía por correo electrónico la solicitud de intervención de la orientadora de AT, previa autorización familiar.*
>
> *La orientadora se desplaza a la EI, valora al menor, se entrevista con la familia y puede ocurrir dos cosas: que se detecte signos de alerta y se elabore un informe dirigido al pediatra sobre la valoración realizada y la necesidad de derivar a CAIT; o bien si no es necesaria la derivación se da orientaciones a la familia.*
>
> *Si se ha derivado al CAIT, se hace un seguimiento del menor por si finalmente ésta ha llegado a buen puerto.*
>
> *En el Segundo ciclo, se sigue el protocolo establecido en las Instrucciones de 22 de junio. Nuestra intervención en este nivel es la de valorar si es necesario la duplicación de intervención en el centro escolar y el CAIT. Si es así se establece los mecanismos que se van a llevar a cabo en la coordinación de ambas intervenciones.*

Para el tránsito de 1º al 2º ciclo también existe un protocolo especificado en la pregunta anterior" (Ent. 7).

"Básicamente, estos protocolos establecen las responsabilidades que asumen los diferentes profesionales en los diferentes pasos del procedimiento. En un primer momento, serán los servicios de salud; las familias o los centros docentes los que podrán detectar posibles signos de alerta. Estos signos de alerta se evidenciarán ante la existencia de escalas de desarrollo y pautas para la detección presentes en todos los centros docentes a través de las ya citadas Instrucciones de 22 de junio de 2015" (Ent. 9).

Profesionales de referencia encargados de la aplicación y desarrollo de los Protocolos (PAP)

En apartados anteriores se ha hecho referencia a los distintos perfiles profesionales que pueden intervenir en el proceso de atención infantil temprana, por ello se introdujo la necesidad de conocer los actuales protocolos de detección que obligatoriamente implican abordar la coordinación a nivel intra e interadministrativo, asumiendo que nos encontramos ante un enfoque multidisciplinar (Ent. 4, 9, 10, 18) de cualquier intervención que se realice con un niño o niña de 0 a 6 años que presente un trastorno en el desarrollo o el riesgo de padecerlo, con su familia y el entorno.

De este modo, según el ámbito profesional del entrevistado, podemos diferenciar distintos agentes que, según el momento de la detección, pueden intervenir en el proceso. Si se trata del ámbito educativo encontramos afirmaciones como; *"depende del ámbito de detección, ámbito educativo: tutores/as suelen ser los que detectan tales signos de alerta y ponen en marcha el protocolo comentado anteriormente a través de la dirección del centro. Orientadora especialista en AT interviene en dicha detección tras solicitar su intervención en el primer ciclo de EI. En el segundo Ciclo ya existe un EOE de zona, con un orientador/a de referencia en cada CEIP que es el profesional que colabora en la identificación una vez detectadas dichos indicios de presentar un trastorno en el desarrollo o riesgo de padecerlo"* (Ent. 2). Aunque este entrevistado recoge con bastante claridad los profesionales de referencia y los momentos en los que intervienen, existen pequeños matices diferenciadores con las respuestas ofrecidas por otros entrevistados, por ejemplo en la entrevista 1 se incluye una estructura como la del ETPOEP y en concreto, al coordinador o coordinadora del área de NEE, *"en el desarrollo del mismo intervienen profesionales de ambas Consejerías. En Educación: Orientadora de AT del EOEE, profesionales de las Escuelas y Centros de Educación Infantil de primer ciclo y Orientadores de los EOEs en coordinación con el Área de NEE del ETOEP"*. El entrevistado 6 incluye en su repuesta, la puesta en marcha de programas de carácter preventivo y de detección diseñados al efecto, *"Los profesionales de Primer ciclo de EI a cargo de estos alumnos, dando la primera señal de alerta y activando al especialista de AT. En 2º ciclo, los maestros-as tutores mediante los programas preventivos y de detección diseñados al efecto"*.

Otra importante aportación relativa a la detección en el ámbito educativo, es la ofrecida por el entrevistado 7 en referencia al momento y al contexto de la detección, en función del trastorno que se evidencia de una forma más evidente, *"en el ámbito educativo son los educadores/as (primer ciclo) y los maestros/as (segundo ciclo) los principales agentes detectores. Sobre todo, de los trastornos vinculados al lenguaje y la comunicación; ya que son en estos contextos donde los alumnos/as ponen de manifiesto estas competencias. Siendo su detección más difícil en otros entornos. En este proceso cuentan con el apoyo de profesionales como el orientador/a especialista en AT (primer ciclo) y los PT, AL, Orientadores (segundo ciclo)"*. Sitúa los trastornos vinculados al área de desarrollo del lenguaje y la comunicación en el ámbito de detección del contexto escolar, justificándolo además como el entorno en el que el niño o la niña interactúa de manera natural con sus iguales.

Se hace referencia en varias de las entrevistas al EPAT como el equipo de referencia de la atención temprana y en concreto, se le atribuye una función directa relacionada con la facilitación y dinamización de los procedimientos de detección en todos los ámbitos de actuación (educativo, sanitario y de servicios sociales), *"el EPAT es el equipo que recoge a los distintos profesionales que intervienen con esta población. Este equipo está compuesto por la consultora de atención temprana de salud, referente de atención temprana de igualdad políticas sociales y bienestar social y la orientadora especialista en atención temprana de educación"* (Ent.4), *"profesorado de la escuela infantil de primer ciclo, profesorado del segundo ciclo de educación infantil, EPAT (Equipo Provincial de Atención Temprana) y Equipo de Orientación Educativa"* (Ent. 9).

Por último, dentro del ámbito de actuación de los profesionales de educación, llama la atención que tan solo en la entrevista 8 se haya señalado a la familia como agente clave en la detección. Aunque la formulación de la pregunta dirigía la mirada únicamente a los profesionales, éstos, sin la familia como agente facilitador de los procesos a desarrollar, no tendrían oportunidad de iniciar todas las actuaciones que tienen encomendadas. En esta misma entrevista, se sitúa a los directores y directoras de los centros que imparten el primer ciclo de E.I. como agentes clave en la detección, lo cual es significativo, pues si no lo son en primera persona porque desarrollen funciones de carácter más organizativo- administrativo en sus centros, lo son en segunda instancia ya que son ellos quienes tienen la posibilidad de gestionar la derivación del caso al EOE Especializado y en concreto, al orientador u orientadora especialista en atención temprana.

En lo que respecta a los agentes del ámbito de la salud más cercanos a las funciones de detección de niños y niñas de 0 a 6 años que presenten un trastorno en el desarrollo o el riesgo de padecerlo, hemos podido comprobar que la figura protagonista (Ent. 11, 13, 14, 15, 17, 18) en torno a la cual se configura gran parte del proceso de atención infantil temprana planteado por la Consejería de Salud es el pediatra de atención primaria *"los referentes para su valoración y derivación a los CAIT son los Pediatras de Atención Primaria del SAS" (Ent. 10)*. No

obstante, no es el único agente implicado tal y como se indica *"el pediatra de atención primaria, que puede tener además información desde Atención Especializada, Centro escolar y Centro de Educación Infantil"* (Ent.14).

En cualquier caso, con independencia del ámbito de detección o del momento en el que se realice, sean docentes o sanitarios, lo cierto es que ningún profesional que tenga contacto directo con una población tan sensible como la que componen los niños y niñas de 0 a 6 años, puede dejar de asumir una función inherente a cualquier labor que pueda desarrollar como es la de detección de trastornos en el desarrollo o el riesgo de padecerlo. Este aspecto, bajo mi punto de vista tan importante, es reflejado así*:*

> *"Cualquier profesional en cualquier ámbito puede detectar el trastorno o el riesgo"* (Ent.10).

> *"Cualquier profesional que en su ámbito de trabajo pueda tener acceso a población infantil menor de seis años, debiera de ser sensible a la detección de esta necesidad, y poder cursar su derivación al pediatra de referencia para que pueda iniciar el estudio del niño o de la niña"* (Ent.12).

Identificación previa a la escolarización: adecuación del tránsito (IDET)

Los procedimientos de coordinación están establecidos en el Decreto 85/2016, de 26 de abril, por el que se regula la intervención integral de la Atención Infantil Temprana en Andalucía en el que asume el Protocolo suscrito con la Consejería de Salud el 30 de marzo de 2015. Por otro lado, la Consejería de Educación cuenta con las Instrucciones de 8 de marzo de 2017, de la Dirección General de Participación y Equidad, por las que se establece el protocolo de detección, identificación del alumnado con necesidades específicas de apoyo educativo y organización de la respuesta educativa en las que se regulan todos los pasos a dar desde la detección de indicios o señales de alerta hasta la realización de los procedimientos de evaluación psicopedagógica, dictamen de escolarización y respuesta educativa.

El marco normativo, para regular tanto la coordinación interdisciplinar como los procesos de detección, está claro y es bastante completo a juicio de la mayoría de los entrevistados (Ents. 2, 8, 9, 14, 16).

> *"En un primer momento, serán los servicios de salud; las familias o los centros docentes los que podrán detectar posibles signos de alerta. Estos signos de alerta se evidenciarán ante la existencia de escalas de desarrollo y pautas para la detección presentes en todos los centros docentes a través de las ya citadas Instrucciones de 22 de junio de 2015. Una vez detectados estos indicios, se iniciará la aplicación de medidas educativas generales y, si tras su aplicación persisten las dificultades, se procederá a la evaluación psicopedagógica y al dictamen de escolarización (si procede)"* (Ent. 9).

Sin embargo, cada curso escolar cuando se gestiona la escolarización del alumnado en el segundo ciclo se evidencian multitud de dificultades y circunstancias no previstas que generan una gran cantidad de trabajo a todos los profesionales implicados, así como gran desconcierto, inseguridad e incertidumbre en las familias de los niños y niñas que presentan un trastorno en el desarrollo o el riesgo de padecerlo y han de afrontar este proceso.

Este proceso de tránsito es muy bien descrito por el entrevistado 6 al establecer que se realiza "*mediante un programa de tránsito de doble modalidad, en función de si está o no escolarizado y si está o no atendido por Salud. En el caso de que se encuentre en uno de estos centros (CAIT y EI) mediante dos subprogramas convergentes (Interciclos -posibles NEE- e Intersectorial) los profesionales que atienden a estos alumnos/usuarios emiten los correspondientes Informes previos que se pone a disposición del Orientador de referencia que debe gestionar este acceso en el momento de solicitud de plaza para el 2º ciclo (marzo)"* (Ent. 6). Se describen las variables que condicionan en gran medida el procedimiento a seguir en la escolarización de un alumno o alumna "*si está o no escolarizado y si está o no atendido por Salud*".

En este sentido, si no está escolarizado en el primer ciclo y no está siendo atendido en ningún CAIT, se trata de un niño o niña que no es posible detectar con antelación a la escolarización. Aún reconociendo que esta circunstancia pude darse en un número significativo de casos, requeriría un estudio específico para conocer su incidencia en los últimos cursos escolares y poder determinar las principales causas que justifican estas circunstancias. Una situación similar, aunque con mayor posibilidad de intervención se daría en aquellos casos que estando escolarizados en el primer ciclo de E.I. no han sido detectados y por tanto, tampoco son atendidos en un CAIT. La propia experiencia de este investigador sobre la materia, puede confirmar esta casuística y sería posible plantear diferentes motivos que justificar estas situaciones (formativos, sociofamiliares,..).

Todos los entrevistados se centran por tanto, en los casos de niños y niñas que están escolarizados en el primer ciclo de E.I. o están siendo atendidos en un CAIT o en ambos. De este modo, en la entrevista 7 se ofrece una descripción completa del proceso a seguir cuando se han dado alguna de las dos circunstancias anteriores:

> *"Los CAITs o los Centros Privados donde recibe la atención especializada realizan un Informe Previo de Escolarización, donde se recoge: valoración del desarrollo del niño en cada una de las áreas, profesionales que lo atienden, hipótesis diagnóstica inicial según la ODAT, pruebas, escalas… pasadas y resultado de las mismas.*
>
> *El EPAT, organiza reuniones, donde están presentes los terapeutas del CAIT y los orientadores encargados de valorar al niño y determinar si es de NEAE y si precisa o no dictamen de escolarización. En ella, además de hacer entrega de los informes, se habla niño por niño de su situación, características, necesidades, dificultades… Datos*

cualitativos que van a ser de utilidad para la valoración posterior del orientador de referencia.

Si el alumno presenta un trastorno motor, previamente se ha valorado por el EOEE de Discapacidad Motora, para que en su dictamen se incluyan las ayudas técnicas que va a precisar cuando se incorpore al 2º ciclo de EI. Esta valoración se realiza con la fisioterapeuta del CAIT al que acuda al niño.

Igualmente el EPAT se convocan a las familias de los nuevos alumnos/as que acuden a AT, para una reunión informativa donde se les explica a las familias sobre cómo se va a llevar a cabo el proceso de escolarización de sus hijos, para que se familiaricen con nomenclaturas: PT, AL, Dictamen… rebajando así la ansiedad y angustia de algunos padres cuando inician este proceso.

En el mes de noviembre se vuelven a reunir EOE-CAIT para hacer un seguimiento del alumno escolarizado en 3 años."

Toda la información contenida en este breve resumen que hizo el entrevistado 7 implica un volumen de trabajo de gran magnitud, así como la implicación de numerosos profesionales. Se trata de un proceso realmente complejo que requiere de gran precisión y definición de las funciones de cada uno, así como de una gran sensibilidad por favorecer tanto al niño o la niña como a su familia un tránsito lo menos angustioso posible. Esta normalización del tránsito se recoge en la entrevista 4 cuando explica que *"la incorporación al centro docente se realiza como cualquier otro niño pero con la peculiaridad de que el CAIT que atiende al niño realiza un informe previo a la escolarización que se deriva al orientador de referencia del centro donde se va escolarizar, todo ello articulado y gestionado por el EPAT y más explícitamente por el especialista en atención temprana de educación"*.

Existe un consenso bastante generalizado en todos los entrevistados en destacar que el EPAT juega un papel fundamental en este proceso de tránsito; *"en este tránsito desde el primer al segundo ciclo de educación infantil, jugará un papel esencial el EPAT (Equipo Provincial de Atención Temprana) compuesto por un profesional de la Consejería de Salud y un orientador u orientadora especialista en Atención Temprana perteneciente al Equipo de Orientación Educativa Especializado de ámbito provincial"* (Ent. 9). De hecho, en gran medida, depende del EPAT y de su capacidad de coordinación de los diferentes equipos, que la atención a los niños y niñas y sus familias se realice con garantías de que se reduzcan al máximo esas sensaciones de miedo e inseguridad con las que se enfrentan al proceso de escolarización.

Básicamente, estos protocolos establecen las responsabilidades que asumen los diferentes profesionales en los diferentes momentos del procedimiento. Aún reconociendo que estas delimitaciones de funciones y momentos de intervención son necesarias, es necesario superar un enfoque parcelado de la intervención para poder llegar al enfoque integral de la

misma, tal y como establece el Decreto 85/2016 y la propia Federación Estatal de Asociaciones de Profesionales de Atención Temprana (GAT, 2011)

Identificación previa a la escolarización: adecuación de la organización de la respuesta educativa (IDEARE)

En esta subcategoría, al igual que se comentó en el apartado anterior, el 100% de los entrevistados coinciden en señalar que los procedimientos son claros y están bastante consolidados en su práctica habitual. En este caso, cuando se refieren a los procedimientos para determinar la respuesta educativa del alumnado de nueva escolarización en el que se han identificado NEE, se están refiriendo a la función que los EOE tienen asignada para la elaboración del informe de evaluación psicopedagógica y el dictamen de escolarización. Por ello se reitera que:

> *"Los EOEs elaboran el correspondiente dictamen de escolarización procurando que la respuesta educativa sea lo más ajustada posible a las necesidades educativas del alumnado"* (Ent. 1).

> *"La respuesta educativa se gestiona mediante la elaboración de un dictamen de escolarización previo el informe psicopedagógico que generará los recursos necesario para dar respuesta a las necesidades del alumno"* (Ent.4).

> *"La evaluación psicopedagógica y el dictamen de escolarización permiten que el alumno o alumna acceda al centro docente con los recursos y respuesta educativa que requiere"* (Ent. 9).

> *"La realización de la evaluación psicopedagógica y el dictamen (si fuera preciso, como ocurre en muchos casos), debe favorecer la organización de la respuesta educativa"* (Ent. 12).

Sin embargo, una vez planteados los procedimientos (informe de evaluación psicopedagógica y el dictamen de escolarización por parte del EOE), los entrevistados no entran a profundizar en las diferentes medidas y recursos personales o materiales que pueden constituir la organización de la respuesta educativa del alumno o alumna. Tan solo en la entrevista 12, se introducen algunos de los recursos personales de carácter específico que pueden ser recogidos en los citados documentos "*dejar constancia de las necesidades detectadas en este alumnado (si precisa o va a precisa Monitor, Especialista en Pedagogía Terapéutica (PT), Maestro de Audición y Lenguaje (AL), que se recogen en su dictamen, así como recomendaciones y/o solicitud de valoración de EOE especializado,…) para que puedan tener los recursos necesarios cuando se incorporen en septiembre en su centro educativo*".

Aunque podríamos afirmar que esta subcategoría se centra de forma muy específica en la respuesta educativa y por tanto, en el ámbito educativo, también es cierto que esta respuesta va a

estar muy condicionada por la información que el propio CAIT traslade al EOE y de la propia valoración que éste realice del alumno o alumna. En cualquier caso, y reconociendo que ninguno de los entrevistados tienen competencia directa en la elaboración del dictamen de escolarización, consideramos que no se ha profundizado suficientemente en las diferentes propuestas que se podrían haber formulado en cuanto a la organización de la respuesta educativa.

> *"De tal manera que la respuesta educativa, así como la previsión y planificación de todo tipo de recursos (personales y materiales) para abordar su escolarización en condiciones de garantía, se hace efectiva, determinándose todo ello en el correspondiente dictamen de escolarización" (Ent. 6)*

Éste, es sin lugar a dudas, uno de los temas que más controversia genera cada curso escolar, especialmente en la Administración educativa, dado el aumento imparable de recursos personales que en cada proceso de escolarización se proponen en los dictámenes de escolarización. Intentaremos ofrecer conclusiones al respecto en el capítulo siguiente, una vez podamos manejar toda la información recabada a través de los distintos instrumentos de recogida de información utilizados.

Procedimientos suficientes: identificar limitaciones (PSIL)

"Desde hace más de una década, se está trabajando para que se detecten cuanto antes los menores susceptibles de recibir una atención especializada, por presentar trastornos en su desarrollo y/o riesgo de padecerlo; y aunque se están detectando a edades más tempranas, siempre nos encontramos con algún caso que podía haberse detectado antes" (Ent. 12). Este entrevistado resume en este párrafo introductorio a su respuesta el sentir del 100% de los demás compañeros y compañeras entrevistadas, reconociendo al mismo tiempo los avances realizados en la última década y la necesidad de seguir mejorando los procesos de detección temprana

Por otra parte, volvemos a encontrar en este apartado un amplio consenso de los entrevistados al señalar que los procedimientos establecidos para la detección temprana de niños y niñas de 0 a 6 años que presentan un trastorno en el desarrollo o el riesgo de padecerlo, son suficientes y adecuados, con afirmaciones como:

> *"Sí, son suficientes y están muy bien establecidos"* (Ent.5).

> *"Creo que los mecanismos de detección son suficientes, se ha diversificado en distintos contextos: sanitario, educativo y social lo que favorece, que si no es en un ámbito sea en el otro, donde se produzca la detección"* (Ent.7).

> *"Sí están bien claros los procedimientos establecidos en normativa"* (Ent.8).

"Los procedimientos son suficientes porque están articulados desde la práctica y contando con la participación de los implicados en el trabajo diario con este alumnado" (Ent..9).

"A nivel de detección si son suficientes. Las limitaciones están en llegar a la población con riesgo" (Ent.14).

A pesar de ello, se han identificado numerosas limitaciones que fundamentalmente se refieren a práctica diaria de estos y estas profesionales, aunque en la mayoría de los casos, no están directamente relacionadas con lo establecido en los protocolos de detección temprana. En este sentido, podemos clasificar estas limitaciones según las temáticas más comunes manifestadas por los entrevistados y que son las siguientes:

→ Los *tiempos* establecidos, de un lado en lo referente al proceso de trasvase de información entre equipos CAIT-EOE, durante el 2º trimestre del curso escolar (entre enero y abril aproximadamente) pues limitan según el entrevistado 1 las posibilidades de atención de los casos que sean detectados tras estas fechas, indicando que *"al producirse el trasvase de información en el mes de Marzo surgen muchos niños posteriormente, que aunque se da una segunda vuelta en Septiembre, a veces quedan sin detectar"*, y de otro lado, la difícil tarea de detección que se le plantea a un pediatra en su consulta dado el elevado número de pacientes que ha de atender y por tanto, el escaso tiempo por consulta que se le permite, afirmando el entrevistado 12 que *"en la detección en pediatría (el poco tiempo dedicado a la consulta de pediatría impide ver otras patologías relacionadas con trastornos del desarrollo cuando acuden por procesos agudos normales de la edad)"*.

→ *Acceso a la información* (Séneca/Alborada), algunos entrevistados (Ents. 1, 6, 14, 17) hacen hincapié en las dificultades que encuentran para que los profesionales de sus ámbitos de referencia puedan acceder de forma directa a la información del niño o niña que atienden. Esta situación demora la planificación y puesta en marcha de las actuaciones y complejiza la coordinación. El entrevistado 1, además pone el acento en la ausencia de un registro en Séneca del alumnado con trastornos en el desarrollo en el sistema de información Séneca, *"al no tener acceso en Séneca al alumnado con trastornos del desarrollo escolarizados en el primer ciclo de Educación Infantil estamos a expensas de las demandas de intervención que nos hagan"*.

→ La *formación* es, sin lugar a dudas, un tema central en todas las entrevistas realizadas, poniendo el foco de atención en diferentes perfiles profesionales que a diario trabajan directamente con niños y niñas con trastornos en el desarrollo o en riesgo de padecerlo, y que demandan una adecuada formación para realizar su trabajo con el adecuado criterio técnico y profesional. En concreto, una de las miradas se dirige a los profesionales que trabajan en los centros de primer ciclo de Educación Infantil, cuando se manifiesta que *"la falta de formación de los profesionales que intervienen con el/la menor en aspectos*

específicos del desarrollo infantil cuando existen alteraciones en el mismo y la dificultad de implantar tales aspectos formativos dada la propia organización de los centros escolares de primer ciclo, con diferentes perfiles profesionales, formación no cubierta por el CEP en un porcentaje alto, por ser la mayoría de ellos, centros concertados" (Ent. 2). Por otra parte, se considera insuficiente la formación específica en AT de los profesionales de la orientación, cuando se indica que *"formación de las y los profesionales de la orientación educativa, no solo para la evaluación de las necesidades, sino para el ofrecimiento de las orientaciones didácticas necesarias para posibilitar una adecuación de la respuesta educativa"* (Ent. 9).

→ Junto a las limitaciones que se plantean respecto a la escasez de formación, la *coordinación* es la piedra angular de todo el proceso de atención infantil temprana y en concreto de los procesos de detección. Por ello, en varias entrevistas se describen experiencias de poca o escasa coordinación entre los profesionales (Ents. 5, 10, 18) y de ahí se derivan situaciones que podrían denominarse de mala praxis en los dos ámbitos principales, el educativo y el sanitario (Ents. 5, 6, 10). Por otro lado, se plantea que las reuniones de coordinación de inicio de curso con los directores y directoras de centros de primer ciclo de Educación Infantil resultan insuficientes o no del todo eficaces, pues en muchos casos la información no llega a los profesionales que realmente intervienen con el alumnado *"el único momento de encuentro con todos los centros de primer ciclo se realiza a principios de curso con todos los directores y directoras, y no llega a todo el equipo docente y a todos los que intervienen directamente con el menor, que son los que realmente detectan. A veces un director o directora coordina incluso varios centros educativos, por lo que no se hace lo extensiva esta información, en la que siempre incluimos en Cádiz aspectos formativos en las diferentes convocatorias."* (Ent. 2).

→ Las limitaciones que hacen referencia a la escasez de *recursos* personales es otro de los aspectos que en un mayor número de entrevistas se pone de manifiesto (Ents. 2, 3, 9, 12). Encontramos además, una cierta diversificación en lo que a necesidad de perfiles profesionales se consideran insuficientes; de un lado, *"la falta de recursos especializados en el primer ciclo de E.I."* (Ent. 2) *y de otro, una insuficiente dotación de recursos personales para el EPAT, de forma que no se posibilita, no solo la labor de coordinación y trasvase de información, sino la orientación real a las escuelas infantiles en procesos de prevención, detección temprana y organización de la respuesta educativa"* (Ent. 9).

→ En cuanto a los distintos *sectores de población* que podrían ser destinatarios del proceso de atención infantil temprana y que, por diversas circunstancias, no es posible ofrecérselo o al menos ofrecerlo con unas mínimas garantías de éxito, se señalan las siguientes circunstancias:

> *"Zonas de sombra: el sistema de atención de AT del que Andalucía se ha dotado, no llega a toda la población. Por un lado, Salud atiende sólo a los afiliados al SAS, y no entran el resto de niños con estas necesidades en Mutualidades o seguros privados. Por otro lado, Educación sólo desarrolla actuaciones específicas con los centros educativos sostenidos con fondos públicos, no teniendo facultad legal de hacerlo en los centros privados o con la población no escolarizada (la etapa de Educación infantil no es obligatoria)" (Ent. 6).*
>
> *"En el caso de los menores que no son del Sistema Sanitario Público de Andalucía (SSPA), es decir que son de mutualidad MUFACE (a través de ADESLAS, ASISA, SANITAS,…), tienen otra cartera de servicios propia, pero no están incluidos en el sistema de información de AT Alborada" (Ent.12).*
>
> *"Las limitaciones están en llegar a la población con riesgo social donde nos encontramos una menor conciencia de los problemas que puedan presentar los niños y de la necesidad de actuación prioritaria para la buena evolución del desarrollo de los niños" (Ent.14)*

→ El último de los aspectos que suponen limitaciones en los procesos de detección, aunque no por ello menos importantes, es el referido a las ***familias***. Llama la atención que en un proceso donde la familia forma parte activa y protagonista pueda suponer alguna limitación, sin embargo, y probablemente muy justificado en la especial dificultad con la que padres y madres se enfrentan a una situación tan dolorosa en un primer momento y por tanto, la especial sensibilidad con la que los profesionales han de trabajar esa "primera noticia", supone limitaciones en el proceso de detección y posterior derivación. Así, podemos encontrar manifestaciones como *"limitaciones en la derivación desde las escuelas infantiles y centros de educación infantil ante la negativa de las familias para autorizar el traslado de información al EOEE-AT y/o a pediatría"* (Ent. 12), o incluso, *"resistencias, al pertenecer al ámbito médico, los padres, en ocasiones, desisten de la coordinación intersectorial y sin su autorización queda interrumpido el flujo de información y la misma coordinación"* (Ent. 6).

Procedimientos suficientes: mejoras que requieren (PSM)

La definición de las limitaciones manifestadas por los entrevistados, recogidas en el apartado anterior, en la mayoría de los casos conllevaba la propuesta de mejora correspondiente, no obstante, con la intención de no repetir las limitaciones anteriores traducidas en mejoras, vamos a recoger en este apartado aquellas propuestas específicas que están directamente vinculas a las limitaciones expuestas. En este sentido, podemos hablar de que los entrevistados consideran necesario que la mejora de los procesos de detección implique aspectos tales como:

→ Disposición de más tiempos de los establecidos actualmente para la adecuada atención de niños y niñas de 0 a 6 años:

"Como mejora intentaría que los pediatras pudieran disponer de más tiempo en las consultas (reivindicación histórica de la Asociación Española de Pediatría), así como formación actualizada sobre hitos del desarrollo y señales de alerta" (Ent.12).

→ Aumento de recursos de carácter especializado:

"Quizás fuera necesario aumentar el número de orientadoras de AT en el EOEE para poder atender mejor a las E.I." (Ent.1).

"Incorporación de personal especializado para la atención de menores en el primer ciclo" (Ent. 3).

"La adecuada gestión de los recursos existentes es una óptima medida de mejora pero no suficiente y sin olvidar que el aumento de los recurso lidera la atención adecuada en casi todos los sectores implicados en la intervención" (Ent.4).

"Mayor dotación de recursos personales para el EPAT" (Ent 9).

→ Mayor oferta formativa para todos los profesionales implicados en el proceso de atención infantil temprana:

"Lo que sí tenemos que mejorar es la formación y la sensibilización de los profesionales que trabajan en estos ámbitos para que activen el protocolo correspondiente" (Ent. 7).

"Una mayor y mejor formación de todo el personal docente y no docente para la detección posibles alteraciones en el desarrollo del alumnado" (Ent. 9).

"Programas de formación dirigidos a dichos profesionales" (Ent.11).

→ Ajuste y ampliación de la red profesional con acceso al Sistema de información Alborada:

"Puesta en marcha del evolutivo que incluye el ámbito educativo en el sistema de información Alborada y puesta en marcha del sistema de información en ámbito hospitalario" (Ent. 10).

→ Aplicación, mejora y mayor difusión de los procesos de coordinación actuales:

"Desarrollar el protocolo de coordinación existente así como mejorar información que llegue a los profesionales y evaluar su cumplimiento" (Ent.10).

"Insistiría en la detección de esta población estrechando la coordinación con los servicios sociales Atención al menor, servicios de apoyo familiar, etc)" (Ent.14).

→ Integración de aquellos sectores de población que actualmente no pueden beneficiarse del proceso de atención infantil temprana:

> *"En el caso de los menores que no son del Sistema Sanitario Público de Andalucía (SSPA), es decir que son de mutualidad MUFACE (a través de ADESLAS, ASISA, SANITAS,…), tienen otra cartera de servicios propia, pero no están incluidos en el sistema de información de AT Alborada. Para resolver esta dificultad, sería interesante que hubiera acuerdos entre estos sistemas sanitarios para AT, para que pudieran estar en nuestro circuito, al igual que hay ciertos acuerdos en materia de vacunación o convenios en el caso de aquellos municipios donde no hay centros sanitarios de la compañía y utilizan los propios centros de salud de esos municipios"* (Ent. 12).

→ Definir un marco legal que permita que las familias, en su normal proceso de aceptación, no interfieran ni retrasen la intervención que su hijo o hija pudiera necesitar:

> *"En la derivación desde las escuelas infantiles y centros de educación infantil ante la negativa de las familias para autorizar el traslado de información al EOEE-AT y/o a pediatría. Para superar esta barrera, podría ser interesante respaldar normativamente a los profesionales referentes en este ámbito para cursar dicho traslado de información al sistema sanitario de forma que se acompañe a la familia a iniciar este estudio solicitándolo desde su propio pediatra"* (Ent. 12).

CATEGORÍA**: RECURSOS**

Recursos específicos suficientes (RES)

En este apartado, de los profesionales entrevistados, tan solo dos responden de forma positiva cuando se les pregunta si consideran suficientes los recursos específicos existentes actualmente, para el desarrollo del proceso de atención infantil temprana, *"si partimos de la base de considerar las escuelas infantiles como espacios de una estimulación intensiva y continuada de las capacidades del alumnado, podríamos afirmar que, el alumnado está expuesto a altas dosis de estimulación. Por lo tanto, desde esa óptica podría ser suficiente. Pero no es suficiente si lo entendemos desde un punto de vista más específico"* (Ent.9), y de forma aún más rotunda, *"en el ámbito sanitario considero actualmente los recursos suficientes"* (Ent.10).

Sin embargo, estas dos posturas se encuentran totalmente enfrentadas a las respuestas ofrecidas por los demás entrevistados, que reconocen y manifiestan la necesidad de un mayor número de recursos, especialmente de carácter personal, aunque también de carácter material. De un lado, es significativa la necesidad de recursos personales y materiales que se demandan para el primer ciclo de Educación Infantil, cuando recogemos respuestas como las siguientes:

"No, en el ámbito educativo de primer ciclo de EI se precisan recursos específicos de apoyo a los centros. No existe personal especializado hasta que el alumno o alumna no se escolariza en el segundo ciclo de infantil, y dependiendo del centro concreto, incluso pueden ser insuficientes" (Ent.2).

"Incorporación de personal especializado para la atención de menores en el primer ciclo" (Ent.3).

"No. Sería necesario que las escuelas de EI de 1º ciclo tuvieran más recursos humanos y materiales para estos alumnos" (Ent.5).

"Desde mi punto de vista, Educación debía desarrollar el Decreto 149/09 en los aspectos relacionados con atención a la diversidad en el Primer ciclo y para ello, entre otros aspectos, debería plantear el requerimiento de personal educativo especializado, dotando con estos profesionales en los de su titularidad y exigiéndolo en los centros conveniados, como hace con los del 2º ciclo" (Ent.6).

*"En el primer ciclo, Educación debería hacer una apuesta más comprometida con el alumnado de NEE, si consideramos que es una etapa vital para el desarrollo posterior del menor. Desde el ámbito educativo podemos llevar a cabo atención temprana: primaria, secundaria y terciaria y no sólo desde los CAITs. Para ello no sólo necesitamos recursos humanos especializados (PT y AL que personalmente vincularía al EOEE en AT), sino formación de los educadores y educadoras" (*Ent.7).

"Las escuelas infantiles se encuentran sin recursos personales y materiales" (Ent.8).

"Otro aspecto a destacar es la dificultad que las escuelas infantiles de primer ciclo tienen para la recepción de ayudas técnicas o adaptaciones del puesto de estudio para determinados alumnos y alumnas que presentan necesidades educativas especiales (muy especialmente para el alumnado que presenta discapacidad motriz)" (Ent.9).

De otro lado, en lo que se refiere a los CAIT las consideraciones respecto a si los recursos actuales son suficientes van en la misma línea que las realizadas para los centros que imparten el primer ciclo de Educación Infantil:

"La situación de Salud en la provincia de (…) con respecto a la Atención temprana de sus usuarios en CAIT es poco uniforme desde el punto de vista geográfico, dejando amplias zonas sin cobertura y centrándose en la capital y algún otro gran núcleo de la provincia.

Desde el punto de vista de especialización se observa la falta de CAIT especializados, pasando los concertados con asociaciones de trastornos específicos a atender casos generales y de otras especialidades en las que no son competentes" (Ent.6).

> *"Hay zonas de la provincia no suficientemente cubiertas y de difícil cobertura por la escasa población de la zona, la dispersión geográfica y las malas comunicaciones"* (Ent.11).

> *"Aunque se ha incrementado el presupuesto económico considerablemente desde el año 2015, y con ello la gratuidad del servicio, con el número de plazas de cada CAIT y el número de Centros, en mi provincia se ha mejorado notablemente la cobertura, aunque sigue necesitando mejorar la cobertura del área nordeste de sierra, así como disponer de opciones para casos que presentan problemas ante el desplazamiento para acceder al CAIT"* (Ent.12).

No son solamente estos dos ámbitos los señalados por la falta de recursos, aunque sí los más referidos en las entrevistas, también encontramos quienes defienden la necesidad de que los EOE Especializados dependientes de la Consejería de Educación incorporen un número mayor de orientadores u orientadoras especialistas en AT (Ent. 1, 4, 9), o bien, quienes proponen que se aumente el número de CAIT concertados para dar cobertura a aquellas zonas que no disponen de esta oferta (Ent. 6, 13, 18).

Recogemos no obstante, la valoración que se realiza en la entrevista 14 a este respecto, porque aporta una reflexión importante acerca de la necesidad de recursos:

> *"Nunca es suficiente aunque en la actualidad existe una apuesta clara e importante a nivel económico para impulsar y cubrir las necesidades de la AT"* (Ent.14).

Conocimiento de los recursos específicos de AIT de otras Consejerías (CREOC)

Teniendo en cuenta que los destinatarios de la entrevista son especialistas de ambas Consejerías y referentes en sus provincias de atención temprana, considerábamos a priori que el 100% de los entrevistados plantearía en esta subcategoría un conocimiento claro de los recursos, aunque fuesen de otra Consejería, porque entre otros motivos son con los que obligatoriamente tiene que coordinarse. En términos generales así ha sido, pero llama la atención cuando un profesional responde *"No los conozco, sólo tengo conocimientos de los CAIT y de las UAIT por el Decreto"* (Ent.8). Salvando esta excepción, el conocimiento mutuo respecto a los recursos existentes en un ámbito y otro y que se recoge en las entrevistas es bastante adecuado. Así, desde el ámbito educativo podemos encontrar descripciones como la siguiente:

> *"Los recursos con los que cuenta la Consejería de Salud son:*
>
> - *UAIT, Unidades de Atención Infantil Temprana: Creadas recientemente y formadas por un pediatra y un psicologo/a clínico. Ubicada en un centro de salud y con carácter itinerante. Realizan la primera valoración de los menores con posible trastorno del desarrollo.*

- *CAIT, Centros de Atención Infantil Temprana: formados por psicólogos, logopedas, pedagogos, fisioterapeutas y trabajadores sociales. Se encargan de la evaluación e intervención de los menores, su familia y el entorno.*
- *Pediatras de Atención primaria.*
- *Sistema de información Alborada" (Ent.1).*

Y desde el ámbito de salud destacamos como ejemplo:

> *"En el centro educativo, como recursos profesionales se cuenta con el propio equipo educativo (tutor/a y profesorado que imparte en ese grupo, así como los recursos especializados del centro: monitor, PT, AL, EOE). A nivel provincial también se cuenta con el asesoramiento y apoyo del EOE especializado principalmente de AT (pero también el especializado en TGD,…). Y otros recursos, en los casos de tener Necesidades Educativas Especiales (NEE) identificadas en el sistema de información Séneca"* (Ent.12).

Existe un consenso prácticamente unánime cuando los referentes de una Consejería se refieren a que los recursos con los que cuenta la otra no son suficientes *"No, muchos centros no cuentan con suficientes recursos*" (Ent. 3, 4, 6, 10, 12, 16). De forma general se propone, como pudimos ver en el apartado anterior, que se aumenten los recursos ya existentes en los equipos multidisciplinares de cada Consejería.

Del mismo modo, los recursos específicos no incluidos actualmente en los equipos con los que cuentan ambas Consejerías y que se proponen como necesarios para que sean incluidos en los equipos profesionales de la *"otra Consejería"*, apuntan a perfiles muy concretos en un sentido y en otro. Nos referimos a que desde el ámbito educativo se considera necesario que los CAIT incluyan en sus equipos al terapeuta ocupacional y el trabajador social (Ent. 4, 7), mientras que desde el ámbito de salud el profesional más citado por los entrevistados como necesario en los centros docentes es el fisioterapeuta (Ent. 10, 12, 13).

Procedimientos específicos de otras Consejerías: Limitaciones y Mejoras (PEOCLM)

El importante y decisivo desarrollo normativo en materia de atención infantil temprana de los últimos años, gracias al cual se han consensuado y unificado procedimientos de actuación de las Consejerías de Salud y de Educación, es el principal motivo que justifica que el 100% de los entrevistados responda ser conocedor de este tipo de procedimientos. Existe no obstante, un mayor desconocimiento de protocolos internos de cada Consejería, que aún estando vinculados directa o indirectamente a la atención infantil temprana no se han visibilizado fuera de su ámbito de actuación, por ejemplo se habla de *"falta evaluación de cumplimiento en el apartado de no realizar derivaciones directas desde tutor de aula al pediatra de Atención primaria ante la sospecha de trastorno sin comunicación a EOE"* (Ent.10). Este hecho, que evidencia una inadecuada coordinación entre los distintos profesionales, es solo un ejemplo de un amplio número

de incidencias que podrían ser minimizadas con el adecuado conocimiento de los mencionados procedimientos internos

Una vez planteada la primera limitación de los procedimientos actuales, los profesionales entrevistados han aportado múltiples cuestiones que en su práctica diaria podrían ser consideradas como aspectos susceptibles de mejora, a la vez que son capaces de proponer una posible forma de mejorarlas e incluso solucionarlas.

En este sentido, las principales limitaciones y mejoras que se identifican desde el ámbito educativo en los procedimientos correspondientes a la Consejería de Salud están relacionadas con:

→ La gran variabilidad y la poca estabilidad del profesional que ejerce el papel más decisivo de todo el proceso de atención temprana como son los pediatras de atención primaria, "*muchos pediatras están muy poco tiempo en sus destinos, con contratos de corta duración y algunos aun no conocen correctamente el sistema Alborada. Estamos creando cultura tanto en pediatría como en orientación, eliminando "antiguos" sistemas de derivación"* (Ent.3). Se considera necesario por tanto una mayor estabilidad de los profesionales y una mejor formación.

→ La publicación del Decreto 85/2016 supone, entre otros muchos aspectos, superar un modelo de financiación de los CAIT que hasta la fecha generaba una gran problemática a todos los sectores implicados, comenzando por el propio niño o niña que tenía que recibir un tratamiento específico, *"la limitación de sistema viene definida por su misma concepción de soporte netamente economicista. De tal modo que las intervenciones se traducen en UMAT y estas a su vez en dinero. Este enfoque puramente anglosajón del sistema y las necesidades de los agentes pueden ocasionar la desvirtuación de los objetivos"* (Ent.6). el actual modelo de financiación, basado en el "concierto" ofrece mejores y mayores garantías tanto para los usuarios como para los centros que prestan el servicio.

→ Una de las consecuencias del modelo de financiación descrito anteriormente era la incapacidad del sistema de atender a toda la población entre 0 y 6 años con trastornos en el desarrollo o el riesgo de padecerlo, por lo que en los CAIT se generaron listas de espera imposibles de gestionar. La publicación del Decreto de AT y el consiguiente aumento de la partida presupuestaria dirigida a atención infantil temprana deben corregir esta desviación, no obstante, *"la principal limitación es la lista de espera (hay menores que llevan un año en ella), las dificultades para recibir AT los niños de larga hospitalización o los que tienen que recibir la intervención en casa. En su intervención se prioriza la actuación directa con el menor y se interviene poco con la familia y el entorno. La ratio de niño/profesional es muy alta. Mucha diferencia en el trabajo realizado por cada CAIT"* (Ent.7).

Por otra parte las principales limitaciones que desde el ámbito de salud se identifican en los procedimientos que corresponden a la Consejería de Educación se refieren a:

→ Existe en muchos profesionales de la educación, aún en la actualidad, la errónea concepción de que los recursos especializados se han de priorizar para el alumnado escolarizado en la etapa de Educación Primaria, es decir, entre los 6 y los 12 años, lo cual supone una enorme contradicción con el enfoque de la atención infantil temprana, "*me parece muy importante el que los recursos se prioricen a partir de primaria cuando ya algunos problemas se han instaurado y no se primen en los primeros años cuando si se interviniera se podrían atajar evitando así dificultades de integración de los niños, de relación con sus iguales, problemas de aprendizaje derivados y la angustia de los padres a los que se trasmiten desde los tutores las dificultades de sus hijos sin darles herramientas para solucionarlos dentro del ámbito educativo*" (Ent.11), así como "*los profesionales de los colegios los que (debido a la demora en la valoración de un niño) les dicen a las familias que vayan al pediatra para derivarlos a AT*" (Ent.13). La normativa actual en materia de educación aboga por una detección e intervención temprana, por lo que será necesario corregir aquellas actuaciones que mantengan una intervención tardía.

→ La propia configuración de los EOE como equipos externos a los centros docentes, así como la asignación a un solo orientador u orientadora de 3 y 4 centros impide que en muchos casos que la respuesta de este profesional pueda ser lo suficientemente ágil y eficaz, dado que el elevado número de derivaciones que puede recibir en cada uno de estos centros implica que se establezcan criterios de priorización y que por tanto, haya muchos niños y niñas cuya valoración y posterior respuesta educativa se demore durante meses, manifestándose por tanto, "*siempre tenemos limitaciones con respecto a los tiempos desde que el tutor detecta la necesidad y lo comunica o no al orientador/a de referencia, así como desde que esto ocurre hasta que se puede iniciar la evaluación psicopedagógica*" (Ent.12), o bien "*si el niño se detecta en 3 años, primero está el periodo de adaptación, luego se planifican actuaciones dentro del aula, luego se observa si ha mejorado, y si no se hace la valoración. el niño pierde medio curso escolar y se va casi a 4 años*" (Ent.13). Se evidencia por tanto, la necesidad de un aumento en el número de orientadores y orientadoras que permita una rápida intervención sobre todos los niños y niñas en los que se detecten indicios de NEAE.

→ El propio acceso a la información como base para la mejora de los procesos de coordinación entre los profesionales que dependen de Consejerías distintas, es una reivindicación histórica de estos profesionales que a día de hoy no se ha podido materializar, generando una importante demora en las intervenciones, por ello, se plantea que "*en el caso de Atención Temprana el poder acceder los orientadores al sistema de*

información de AT Alborada, podrían tener una visión del niño en el caso de que esté siendo atendido en un CAIT sin tener que recurrir a las reuniones establecidas en el Decreto de AT, y si no está podría activar su estudio clínico desde salud" (Ent.12). facilitar el acceso al sistema de información Alborada a orientadores y orientadoras, estableciendo además algún tipo de conexión con el sistema de información Séneca de forma que se pudiera compartir información de un mismo niño o niña a través de los dos sistemas de información sería un importante avance en todos los sentidos.

CATEGORÍA**: COLABORACIÓN/COORDINACIÓN**

La coordinación es una de las piedras angulares de este estudio, y como hemos podido comprobar ya se ha hecho referencia a ella en categorías anteriores. Resulta imposible abordar algún tema específico de la atención infantil temprana, sin profundizar en el sistema de coordinación a nivel intra e inter administrativo inherente al propio proceso.

Coordinación con profesionales de tu propio ámbito (CPMA)

En esta subcategoría, los profesionales de ambas Consejerías manifiestan que existe un nivel adecuado de coordinación con el resto de profesionales de su mismo ámbito, "*en el caso de la provincia de (…) dicha coordinación interna es muy fluida y se ha ido creando una estructura de trabajo muy estable y dinámica, aunque a veces tengamos ciertas carencias que vamos solventando como mejoras a reforzar*" (Ent.2), "*es adecuada. Estos últimos cursos se han ido introduciendo y perfeccionando nuevos elementos en el tránsito que mejoran el flujo de información de los menores y sus familias y su atención prioritaria*" (Ent.6), "c*reo que bastante buena, la existencia de un protocolo de coordinación ha facilitado esta labor*" (Ent.7).

No obstante, por parte de varios entrevistados se han identificado una serie de aspectos que suponen un obstáculo a una mejor coordinación con los profesionales de su misma Consejería, entre los que podemos destacar la necesidad de que se evalúen los procesos definidos y el grado de cumplimiento de los mismos; la gran dispersión geográfica de algunas provincias y la inestabilidad de las plantillas; y la necesidad de que los profesionales de los CAIT y los pediatras de atención primaria pudieran mantener una coordinación más directa.

> *"Existe coordinación informativa pero no coordinación estructurada que evalúe resultados por áreas y servicios en las intervenciones realizadas y cumplimiento de los Procesos asistenciales. Faltaría desarrollar las actividades que perfilan los Procesos"* (Ent.10).

> *"Desde sus inicios hasta la fecha se ha ido produciendo un cambio positivo en cuanto a la coordinación en la medida en que se conocen mejor y se relacionan cada uno en su zona cuando lo precisa. No obstante, se podrían mejorar en algunas zonas en la que la dispersión geográfica o el cambio de profesionales que dificultan esta coordinación"* (Ent.11).

> *"Debería haber más actuaciones para coordinar casos entre CAIT y profesionales de la medicina, es escasa"* (Ent.13).

Coordinación entre profesionales de las distintas Consejerías implicadas (CPDC)

En este apartado, los entrevistados valoran de forma positiva la coordinación con otras Consejerías, aunque se recogen un mayor número de manifestaciones donde se evidencian dificultades o incluso, ausencia de coordinación. Los adjetivos que más se utilizan por estos profesionales para describir su propia experiencia en cuanto a la coordinación interadministrativa son: "*muy adecuada", "muy buena", "excelente y eficaz"* (Ents. 1, 3, 4, 6, 7, 9, 11, 12, 13, 15, 17). Por otro lado, también se recogen calificativos que van en la dirección contraria, como: *"escasa", "dificultades estructurales", "no funciona"* (Ents. 5, 11, 13, 14).

Aún reconociendo la complejidad que implica definir y establecer procedimientos de coordinación interadministrativa que sean eficaces, la realidad que se manifiesta por gran parte de los entrevistados es que estos procedimientos están permitiendo articular las formas de proceder de diferentes profesionales, muy alejados entre sí, no sólo por su práctica diaria, su formación,…, sino también por el enfoque de sus intervenciones. De este modo, extraemos las siguientes consideraciones al respecto:

> *"Me parece que se han logrado grandes avances en la coordinación entre los profesionales de salud y educación. Nos falta un poco el apoyo de la parte responsable de igualdad y bienestar social, esencial en algunos casos concretos"* (Ent.2).

> *"En nuestra provincia tenemos semanalmente coordinación con las otras componentes del EPAT (Salud e Igualdad). Así mismo se ha incorporado recientemente la UAIT para desarrollar las funciones que le asigna el decreto de AT"* (Ent.3).

> *"En mi caso es excelente y eficaz teniendo en cuenta el volumen de población a la que atendemos y el aumento año por año que se experimenta en la provincia de granada"* (Ent.4).

> *"Buena, ya que desde los distintos ámbitos de actuación tenemos claro que siempre el beneficiario debe ser el menor y su familia"* (Ent.7).

> *"La coordinación es buena y además se encuentra regulada por norma, por lo que, dichos procesos de intercambio de información, están asegurados"* (Ent.9).

Precisamente por la complejidad que reconocíamos antes para la puesta en marcha de estos procesos de coordinación, no son pocos los comentarios que recalcan las dificultades o carencias que el sistema actual aún mantiene. Nadie reconoce que la tarea sea fácil y de hecho siempre se parte de que *"existe muy buena predisposición, aunque existen dificultades estructurales y de tiempo que se podrían mejorar"* (Ent. 11), lo cual es una realidad que

enmarca en gran medida estos procesos de coordinación. En este sentido, podemos encontrar valoraciones como las siguientes:

> *"Escasa. Tenemos formaciones separadas, no nos incluyen en reuniones de AT que nos competen a nosotros también"* (Ent.5).

> *"No se tienen previstos muchos tiempos para esta coordinación en las agendas de los profesionales, y a veces cada uno tenemos la visión de nuestra área y pensamos que en las otras, pueden desempeñar las actividades del mismo modo que en AT, y no siempre es viable (por ejemplo atención individualizada profesional – niño/a, contacto diario con la familia versus tutorías,…). Además en AT se tiene una visión de la globalidad del niño/a en su familia y entorno, mientras que en el centro educativo se priman los objetivos educativos con referencia al currículo escolar"* (Ent.12).

> *"La devolución de información de los EOE es escasa. Además, hay ocasiones que es muy difícil que los profesionales de los CAIT puedan ir a los colegios (no les dejan entrar) para coordinar actuaciones en el aula con la tutora, PT o AL. Es o bien desde la dirección del colegio o desde inspección que no les permiten la entrada"* (Ent.13).

> *"Creo que la coordinación no funciona porque la persona adscrita a este servicio por parte de Educación es solamente una para una provincia muy grande y tiene asignada otras tareas que no tienen nada que ver con la Atención Temprana. Por otro lado creo que la colaboración de la Delegación Territorial de Educación no es la correcta ni la suficiente"* (Ent.14).

Por último, se realizan por parte de algunos de los entrevistados, consideraciones mucho más concretas y específicas que las anteriores sobre temas diversos. Por ejemplo, en la entrevista 6, se insiste en la necesidad de seguir "puliendo" el sistema de coordinación y en concreto se refiere a "*cómo moderar el influjo, en algunos casos, de los intereses económicos de los agentes AT de Salud (CAIT), sobre la atención que desarrollan. El soporte económico de carácter incierto y fluctuante distorsiona, en ocasiones, la uniformidad de los criterios a aplicar en cada caso en específico y las necesidades de los profesionales, entidades y no de las necesidades de concretas de los usuarios. De forma y manera que nos podemos encontrar que los trastornos leves, que no fueron incluidos en el catálogo de coordinación ni son susceptibles de atención temprana (por ej. los retrasos simples del lenguaje como las dislalias…) según que CAIT, son, o no, objeto de atención terapéutica".* Por otro lado, en la entrevista 9 se plantea un aspecto de gran relevancia para completar una atención infantil temprana sustentada en los pilares básicos, como es la necesidad de incorporar a la Consejería de Igualdad y Políticas Sociales al proceso de atención infantil temprana, lo cual es además prescriptivo (Decreto 85/2016), *"es cierto que el ámbito profesional que compete a la Consejería de Igualdad y Políticas Sociales sí funciona un poco más al margen, pero no es menos cierto que el grueso de la intervención recae sobre las Consejerías de Salud y de Educación y, en estos casos, la coordinación es adecuada."*

Propuestas de mejora para la coordinación intra administrativa (PMCI)

Las propuestas de mejora respecto a la coordinación intra administrativa difieren bastante cuando analizamos el contenido de las entrevistas de los orientadores y orientadoras especialistas en atención temprana, respecto del contenido de las entrevistas a las consultoras de atención temprana. En este sentido, es necesario que abordemos el análisis de este apartado de forma diferenciada, y así, intentar ofrecer en el capítulo siguiente alguna conclusión objetiva al respecto.

De un lado, los orientadores y orientadoras especialistas en atención temprana son recurrentes cuando señalan que uno de los aspectos en los que es absolutamente necesario profundizar y realizar una mejora es en los procesos de coordinación interprovincial, donde estos especialistas cuenten con momentos para el intercambio de información, unificación de criterios, compartir experiencias y consensuar formas de proceder,…, planteándolo incluso como una modalidad de autoformación entre iguales.

> *"Existe falta de contacto, consenso en actuaciones y procedimientos y falta de coordinación entre los orientadores/as especialistas en AT de las diferentes provincias andaluzas" (Ent.2).*

> *"Echo en falta la coordinación con el resto de las profesionales de las otras provincias andaluzas que están desarrollando el mismo trabajo que yo. Al menos ponernos rostro. Llevo muchos cursos en el especializado y el sentimiento de reino de taifas lo tengo desde el comienzo. Aunar criterios es complejo y la realidad de cada provincia parece muy diferente, pero desde mi humilde opinión creo que se trata de estilos de abordaje" (Ent.3).*

> *"Reuniones periódicas a nivel autonómico con el EPAT y con los compañeros de educación. Tenemos un grupo de whatsapp para comunicarnos para compensar esta necesidad" (Ent.5).*

No encontramos ninguna propuesta de mejora en este sentido en las entrevistas realizadas a las consultoras de atención temprana, lo cual es algo que nos resulta muy significativo.

Otra de las propuestas de mejora que se realiza por parte de los especialistas en atención temprana se centra en la necesidad de obtener una mayor y mejor formación específica, que les permita ser realmente los referentes provinciales en atención temprana a nivel educativo en sus respectivas provincias, pudiendo estar en todo momento a la vanguardia de los últimos avances y de las últimas investigaciones en este campo, con el objetivo de poder mejorar así su práctica profesional.

> *"Mayor número de formación conjunta a través de encuentros y cursos de ampliación de la especialización en atención temprana"* (Ent.4).

"Que se favorezcan los encuentros formativos y la información de nuestra labor a otros servicios educativos: inspección, planificación..." (Ent.7).

"Los protocolos requerirán la suficiente formación de los profesionales para su correcta aplicación" (Ent. 9).

Del mismo modo que apuntábamos anteriormente, no se recoge por parte de las consultoras de atención temprana propuesta de mejora alguna, respecto a la necesidad poder acceder a una mayor y mejor formación específica, lo cual vuelve a ser llamativo.

Los orientadores y las orientadoras especialistas en atención temprana se plantean que la sobrecarga de trabajo, debido al elevado número de funciones que tienen asignadas y por tanto, la cantidad de actuaciones que han de acometer, requeriría una revisión por parte de la Administración educativa con objeto de poder depurar aquellas funciones específicas que realmente les competen y son factibles de realizar, siendo realistas y teniendo en cuenta la plantilla con la que cuentan, es decir un especialista para la atención de toda una provincia.

"Menos sobrecarga de trabajo que nos permita tener más y mejores reuniones de coordinación" (Ent.1).

"No obstante, el gran hándicap o la limitación se encuentra en el perfil de los orientadores escolares, debido a la cantidad de funciones asignadas a este profesional, de tal manera que a la atención temprana, pieza fundamental del éxito del sistema de inclusión, sólo pueden dedicarle tan sólo un 10% de su tiempo" (Ent.6).

Finalmente, la propuesta de mejora que desde el ámbito de Salud se plantea por parte de varias consultoras respecto a la coordinación intra administrativa, se refiere a la necesidad de que se definan espacios y momentos que hagan posible la coordinación entre los diferentes niveles asistenciales y entre los diferentes sectores. La coordinación de estas consultoras con pediatras de atención primaria, especialistas de diferentes unidades de gestión clínica e incluso, con los profesionales de los CAIT de su provincia exige una apuesta clara por parte de la Administración sanitaria para dotar de mayores dosis de eficacia y de eficiencia los procesos asistenciales definidos.

"En primer lugar el tiempo. No existen puntos de encuentro ni objetivos comunes entre los diferentes niveles asistenciales ni entre los diferentes sectores" (Ent.10).

"Creando espacios (reuniones o talleres) que favoreciesen el conocimiento y las relaciones" (Ent.11).

"La dedicación horaria para esta coordinación, así como las herramientas básicas para poderla gestionar como disponer de teléfonos y contacto fluido con los profesionales de nuestros ámbitos que es muy cercana en los CAIT, pero más dificultosa con pediatras debido a sus horarios y días de atención en determinados centros. Además de una actitud

colaborativa, de respeto y proactiva en los profesionales de las consejerías implicadas" (Ent.12).

"Instrucciones claras al respecto. Habilitar momentos para estas coordinaciones" (Ent.13).

Propuestas de mejora para la coordinación inter administrativa (PMCE)

Existe una tendencia clara en las respuestas de todos los profesionales entrevistados respecto a la puesta en valor de los procesos de inter administrativos de coordinación definidos y establecidos por las Consejerías de Salud y de Educación, reconociendo además, los importantes avances que se han conseguido en los últimos años y que sin duda revierten en una mejor atención a los niños entre 0 y 6 años con trastornos en el desarrollo o con riesgo de padecerlo (Ent. 2, 5, 7, 11, 17).

"La existencia de protocolos establecidos en el Decreto 85/2016, de 26 de abril, por el que se regula la intervención integral de la Atención Infantil Temprana en Andalucía en el que asume el Protocolo suscrito con la Consejería de Salud el 30 de marzo de 2015 y, por otro lado, las Instrucciones de 22 de junio de 2015, de la Dirección General de Participación y Equidad, por las que se establece el protocolo de detección, identificación del alumnado con necesidades específicas de apoyo educativo y organización de la respuesta educativa, los procesos están claramente establecidos y regulados en norma" (Ent. 9).

Hasta hace pocos años, reconocen algunos entrevistados (Ent. 4, 11, 17,), la demanda era precisamente poder contar con un marco normativo que regulara y diese cobertura a la coordinación que ya se llevaba a cabo entre profesionales de ambas Administraciones para el desarrollo del proceso de atención infantil temprana. Hoy día, una de las demandas que pueden ser consideradas *"históricas"* por este colectivo es la necesidad de contar con un número mayor de recursos para poder atender el elevado número de casos que cada año requieren atención infantil temprana (Ent. 1, 3, 5, 14, 15). Otra demanda *"histórica"*, es la que se refiere a que, de una vez por todas, se incorpore de forma efectiva y real el profesional dependiente de la Consejería de Igualdad y políticas Sociales como miembro de pleno derecho en la estructura de coordinación provincial que configuran los EPAT en cada una de las provincias, de modo que en la entrevista 2 se hace referencia a esta ausencia en los siguientes términos*: "Nos falta un poco el apoyo de la parte responsable de igualdad y bienestar social, esencial en algunos casos concretos. Ha de incluirse una persona de referencia en el EPAT que se mueva en ese terreno, ya que al ser los Servicios Sociales en muchos casos Municipales o Mancomunados, no existe una estructura única que nos permita agilizar algunos casos y en los que se necesita un apoyo para intervenir en el ámbito familiar."*

Este tipo de coordinación no está exenta de dificultades ni de incidencias, como ya se han reflejado en categorías anteriores, justificadas en muchos casos por la complejidad que supone la

misma en unos casos y en otros, por la falta de conocimiento y falta de información respecto a funciones, procedimientos,…específicos de cada ámbito (Ent. 4, 6, 13, 14). En este sentido, las propuestas que se realizan vienen a confirmar estas casuísticas cuando, por ejemplo en la entrevista 11, se afirma que "*es necesaria la creación de espacios en los que se puedan compartir conocimiento y experiencia. Así como, una buena definición de los papeles de cada uno. Y que se ciña cada uno a sus circuitos. Es frecuente que, los tutores envíen a las familias al pediatra con un informe de ellos mismos, sin el más mínimo conocimiento de los orientadores, saltándose así su propio protocolo"*. Así mismo, la propia normativa recoge que la atención que se ofrece a todos los niños y niñas entre 0 y 6 años con trastornos en el desarrollo o en riesgo de padecerlo, debe basarse en el principio de complementariedad de las actuaciones que cada ámbito debe ofrecerles, así una de las entrevistadas se refiere a este principio de la siguiente manera: "*para conseguir una mejora en los procesos de coordinación entre las demás consejerías es necesario cumplir con el principio de complementariedad en ambos "ámbitos", tanto de salud como de educación. La mayoría de los conflictos entre los profesionales de las distintas Consejerías tienen su raíz en este punto" (*Ent. 4).

Propuestas de mejora en la coordinación para un adecuado proceso de escolarización (PMCPE)

El proceso de escolarización en el segundo ciclo de la Etapa de Educación Infantil, que cada curso escolar se inicia de forma oficial en el mes de marzo, aunque oficiosamente puede comenzar en muchos casos en el mes de enero, es un proceso que implica tantas variables como agentes que intervienen en él. Para cualquier padre o madre, que su hijo o hija, habiendo estado escolarizado previamente en el primer ciclo de Educación Infantil o no, se escolarice por primera vez en el segundo ciclo de Educación Infantil supone un proceso de asimilación y acomodación que no todas las familias viven del mismo modo. Si además, nos situamos en los casos de niños y niñas con trastornos en el desarrollo o en riesgo de padecerlo, el proceso multiplica exponencialmente su complejidad (Ent. 4, 6, 11). La Consejería de Educación, consciente de esta realidad articula y pone en marcha toda una serie de procedimientos y de recursos con objeto de garantizar que todos estos niños y niñas se escolaricen en las mejores condiciones que sea posible (Ent. 9). Asimismo, en colaboración con la Consejería de Salud, se integra este proceso en los procedimientos de coordinación establecidos oficialmente en el ámbito de la atención infantil temprana (Ent. 10).

Dada la relevancia, repercusión y complejidad del proceso de nueva escolarización en el 2º ciclo de Educación Infantil, el 100% de los entrevistados avalan los avances y mejoras que se han venido realizando en los últimos años, sin embargo, como es obvio, son muchas los aspectos susceptibles de mejora que se manifiestan en sus entrevistas y que por su importancia hemos clasificado de la siguiente forma:

→ El sistema de información *Alborada* que la Consejería de Salud creó como herramienta de comunicación y coordinación de todos los profesionales que intervienen en el proceso de atención infantil temprana, con objeto de configurarse como una plataforma que aglutinara

todas la información referente a cada niño o niña que esté siendo atendido en un CAIT, aún no ha posibilitado que los profesionales de referencia de las Consejerías de Educación y de Igualdad y Políticas Sociales tengan acceso. Este hecho se traduce inmediatamente como una propuesta de mejora en la entrevista 1 al afirmar que: "e*l acceso de los orientadores al Sistema informático Alborada facilitaría el trasvase de información y la escolarización del alumnado con trastornos del desarrollo en el segundo ciclo de educación infantil ya que en cualquier momento de la evaluación psicopedagógica los EOEs podrían acceder a ella. Y también podrían obtener los datos de Discapacidad y Dependencia recogidos en los PIAT*."

→ Ya hemos recogido anteriormente que las características del proceso de escolarización en el 2º ciclo de Educación Infantil implica necesariamente la ***coordinación*** de la Consejería de Educación y la Consejería de Salud en aras de garantizar al niño o niña una adecuada escolarización. En este sentido, son varios los profesionales que hacen referencia a *"procedimientos consolidados"* (Ent. 2), *"la coordinación es positiva y favorece el proceso de escolarización"* (Ent. 3), "*se está actuando correctamente en cuanto a la coordinación en el periodo de escolarización"* (Ent. 11). No obstante, se manifiestan también aspectos relativos a la coordinación que dberían ser objeto de análisis para proponer mejoras al respecto tales como:

> *"Pienso que quizá una limitación es el no coincidir los tiempos entre salud y educación, ya que educación se deben de realizar tales actuaciones en el "periodo de escolarización", y sin embargo después de marzo-abril siguen detectándose nuevos casos que acaban llegando a los CAIT después de marzo, y cuesta mucho conseguir recursos educativos específicos una vez que se "ha cerrado" el proceso de emisión de dictámenes"* (Ent. 2).

La planificación del sistema educativo andaluz que se realiza cada curso escolar con motivo del proceso de escolarización establece unos tiempos y unos plazos necesarios para poder organizar plantillas, dotación de recursos específicos,…, lo cual impide que en muchos casos, detectados fuera de esos plazos, puedan contar con el emplazamiento escolar o los recursos que pudiera requerir.

Por otra parte, en la entrevista 13 se plantea como propuesta de mejora que la coordinación entre profesionales de EOE y de CAIT se aborde desde un plano más colaborativo y participado, no limitándose al mero trasvase de información. Así expone que: "*tener en cuenta más la opinión de los profesionales de los CAIT y que participen en el proceso de escolarización, en algunos casos los orientadores obtienen la información que necesitan de los CAIT (porque les sirve para su objetivo) y no tienen en cuenta la opinión ni la experiencia que tienen con respecto al menor y la familia*". Las competencias de los profesionales que intervienen con el niño o niña están bien

delimitadas, sin embargo, las actitudes de los mismos pueden condicionar de forma determinante los procesos de coordinación que se establezcan. En este sentido, puede llegar a entenderse, o mejor dicho a malentenderse, que la actuación compartida bajo el principio de complementariedad anteriormente referido se sitúe en el plano de la competitividad, como ocurre en este caso: "*de un tiempo a esta parte observo cierta competencia por parte de Salud en recoger la atención de gran parte de la población infantil con necesidades (o no) escolarizada en este ciclo, entrando en competencia abierta con los dispositivos de atención educativa especializada de nuestros centros.*" (Ent. 6). Por todo ello, una vez escolarizado el alumno o alumna en el 2º ciclo de Educación Infantil, el proceso de coordinación entre profesionales de los CAIT y de EOE, lejos de terminar, debe iniciar una nueva forma de intervención que ofrezca una respuesta a nivel educativo y asistencial integral, al menos hasta que cumpla los 6 años de edad, momento en el que abandonaría el proceso de atención infantil temprana. Habrá por tanto, que mejorar todos los procesos de coordinación que se establezcan en este periodo aprovechando al máximo los recursos disponibles en los dos ámbitos, superando dificultades como las que se exponen en la entrevista 7:

> "*En mi experiencia, lo que mejoraría sería el seguimiento y la coordinación una vez que el niño se ha incorporado al 2º ciclo. Desde algunos centros educativos (equipos directivos) y desde algunos inspectores se ponen muchas trabas a ese proceso de coordinación. No tiene mucho sentido que determinadas personas (sombras,) a veces con escasa formación, puedan entrar en los Centros educativos sin ninguna dificultad, y los profesionales de los CAITs, pagados con dinero público y existiendo un protocolo de coordinación entre salud y educación tengan vetada la entrada"* (Ent. 7).

→ Encontramos en algunas entrevistas (Ent. 6, 7, 11, 12, 16) referencias a un número de niños y niñas, nada despreciable, que presentan un trastorno en el desarrollo o el riesgo de padecerlo y que se encuentran fuera del circuito de atención infantil temprana. Los motivos pueden ser diversos, aunque el que más se repite es el de aquellos niños y niñas cuyo padres y/o madres son funcionarios y han decidido voluntariamente que su seguridad social sea cubierta por entidades privadas, quedando en ese mismo momento excluidos de todos los procesos asistenciales que la Consejería de Salud pone a disposición de las familias que pertenecen al sistema público de salud.

> "*Otro problema que surge son los niños y niñas "no compartidos", es decir, escolarizados en centros públicos pero que no acuden a CAITs por el simple hecho de ser hijos e hijas de funcionarios/as (militares, profesorado, de la Admón. Pública…) quedan fuera de ese proceso de coordinación, y también padecen trastornos en el desarrollo. No se conocen tan bien hasta que no pada un periodo de adaptación en el centro educativo, ya que no se aporta la valiosa información que aportan los CAITs a los EOEs para optimizar la escolarización"* (Ent. 7).

Se trata por tanto, de una población no sujeta a ningún control previo, sobre la que no es posible realizar una planificación previa de la organización de la respuesta educativa que ha de recibir en su incorporación al segundo ciclo de Educación Infantil. De ahí que varios profesionales (Ent., 7, 9, 11) apuesten por que la Administración establezca los convenios necesarios con estas mutualidades, para poder incorporar a estos niños y niñas al circuito de atención infantil temprana y puedan beneficiarse de sus servicios.

→ Ni que decir tiene, que la demanda de más recursos para la atención infantil temprana es una de las reivindicaciones que los profesionales entrevistados más solicitan, como medio para ofrecer una mejora real y efectiva en este proceso (Ent. 4, 12, 14). En este sentido, llegan a precisar e incluso, a justificar el por qué y los perfiles de profesionales que deberían aumentar, planteando que "*el objetivo es el mayor grado de inclusión, por lo que el bajo número de monitores, especialistas en audición y lenguaje, profesores de apoyo a la integración con especialización adecuada hace no operativo en muchos casos los recursos dictaminados en los distintos informes realizados por los orientadores*" (Ent. 4). Del mismo modo, cuando se alude a la necesidad de disponer de más tiempo para poder realizar diferentes actuaciones con un adecuado nivel de profesionalidad se está hablando de un mayor número de recursos personales, como se hace en la entrevista 12 *"la planificación del tiempo con dedicación desde todos los ámbitos para atender a los niños y a sus familias, y para poderse reunir los profesionales referentes. El poder visitar los CAITs, las escuelas infantiles los EOEs de referencia para ver in situ a los niños, y las familias acudir a los futuros centros educativos del segundo ciclo antes del periodo de matriculación. Ya que muchos orientadores/as no contactan con las familias si éstas no marcan la casilla de NEE aunque hayan presentado desde AT el informe previo de escolarización"*.

→ El valor otorgado a los procedimientos establecidos, por parte de algunos de los entrevistados, es considerado como una mejora en sí misma, dada la cobertura legal que ofrecen, la delimitación de momentos, funciones,…(Ent. 2, 6, 10, 18). Una de las referencias al respecto se podría expresar según lo comentado en la entrevista 6: "*creo que se ha hecho un gran avance al permitir que el dictamen de escolarización excepcionalmente no dependa en marzo de un informe psicopedagógico cerrado sino que esté abierto para poder contextualizar las necesidades del alumno cuando este se escolarice*". A su vez, esta valoración de los procedimientos actuales requerirá que se realice el correspondiente seguimiento y valoración respecto al grado de cumplimiento del mismo, grado de adquisición de los objetivos que pretende,…" *Cumplimiento de protocolo y establecer objetivos evaluables con información suficiente a ambos sectores*" (Ent. 10). Cualquier procedimiento que se establezca y no disponga del correspondiente seguimiento y evaluación, estará abocado a su fracaso, tal y como afirma García Sánchez (2002).

CATEGORÍA: **FORMACIÓN**

Formación adecuada de los profesionales de tu ámbito en AIT (FPMA)

Dentro de su mismo ámbito, los profesionales entrevistados valoran el nivel de formación actual de los profesionales con los que trabajan de forma sensiblemente diferente, si comparamos las respuestas ofrecidas por los orientadores y orientadoras especialistas en AT y por otro lado, las ofrecidas por las consultoras de AT. En el primero de los casos, existe una mayor evidencia de formación escasa y por tanto muy necesaria (Ent. 1, 2, 4, 5, 7, 8). Oferta inexistente, no gratuita, ni promovida por la propia Administración, se necesita una estructura como la de los CEP para promoverla,…, son algunas de los motivos que alegan para visibilizar la necesidad de poder optar a una formación específica en atención infantil temprana. Recogemos a continuación, algunas de los comentarios realizados en distintas entrevistas en lo que respecta a la formación en el ámbito educativo:

> *"La formación con que contamos es la que nos hemos ido buscando personalmente ya que la Consejería no ha convocado ningún curso de formación al respecto. Sería muy conveniente que lo hiciera"* (Ent. 1).

> *"En el caso de los educadores y educadoras de los Centros de Educación Infantil la formación inicial y permanente es bastante escasa. No existe un organismo (como el CEP en el caso de los otros niveles educativos) que lidere y organice la formación continua de estos profesionales. En el caso de los orientadores/as de los EOEs, las propuestas formativas de valoración e intervención en la etapa infantil son escasa. Todavía persiste la cultura de que esta etapa no es obligatoria y que muchas de las dificultades que surgen, desaparecerán por generación espontánea. Hay que potenciar el carácter compensador y preventivo que tiene"* (Ent. 7).

No obstante, y aunque la mayoría de los entrevistados del ámbito educativo reclama una mejor formación permanente en atención infantil temprana, también se han planteado algunas reflexiones al respecto, que enfocan esta cuestión de otra manera. Por ejemplo en la entrevista 6, se hace una defensa de la cualificación profesional del perfil del orientador u orientadora, a quienes se les presupone un nivel adecuado de formación específica en esta área. Por otro lado, en la entrevista 9 se valora el nivel de formación como adecuado, aunque mejorable según el perfil profesional del que se hable, situándose así en el enfoque de la entrevista 6 antes mencionada, y proponiendo una mayor profundización y especialización no tanto en la detección como en la respuesta educativa.

> *"Las orientadoras y orientadores están habituados a detectar necesidades educativas especiales, muy habitualmente ligadas a discapacidad, pero no lo están tanto a detectar alteraciones o trastornos en el desarrollo y, mucho menos, riesgo de padecerlos. En todo caso, tal vez la principal carencia la ubicamos en la organización de la respuesta educativa. Las orientadoras y orientadores tienen que conocer múltiples formas de atender*

> *a la diversidad del alumnado y a las necesidades particulares del alumnado que presenta estos trastornos, de este modo, siendo ampliamente conocedores de estas estrategias, será mucho más fácil poder ofrecer al profesorado orientaciones claras que permitan una adecuación de la respuesta educativa que se requiere"* (Ent. 9).

Por parte del ámbito de la Salud, las consultoras de AT muestran un nivel de satisfacción, respecto a la formación con la que se cuenta en su ámbito, mucho mayor que el demostrado por las orientadoras y orientadores especialistas en AT*: "La formación es adecuada. Los trastornos del desarrollo se encuentran en el desarrollo curricular de pregrado y posgrado así como de la especialización de los profesionales"* (Ent. 10). Aún así, consideran que debido al alto nivel de especialización que esta área está alcanzando, se requiere una formación permanente que les permita conocer los últimos avances realizados, así como estar al tanto de las investigaciones que se estén desarrollando en esta área:

> *"Considero que ha de existir una formación permanente dado el progreso que esta área de intervención está teniendo, el fomento de la investigación, la variabilidad de métodos de intervención"* (Ent. 11).

> *"Nunca es suficiente, pero desde la Consejería se impulsa la formación de estos profesionales con cursos formativos, jornada, etc." (Ent. 14).*

El debate entre los enfoques de intervención *"generalista vs especializado"* ha generado gran controversia entre los profesionales de este ámbito, especialmente entre los CAIT que se caracterizaban por la atención exclusiva a un tipo de niños o niñas afectados por un determinado tipo de trastorno y aquellos que ofrecían una atención integral, con independencia del tipo de trastorno que el menor pudiera presentar. De hecho, en algunas entrevistas se hace referencia a esta controversia, describiendo con claridad los problemas suscitados a partir del citado debate:

> *"Se ha intentado que todos los CAITs sean generalistas viniendo de entidades muy especializadas como son las asociaciones de familias de Síndrome de Down, o de Parálisis Cerebral y, aunque me consta que han hecho esfuerzos los profesionales formándose en distintas actividades (virtuales, presenciales,…) por atender a cualquier niño/a que presente necesidades de AT se encuentran con limitaciones en muchos casos de niños con Trastornos del Espectro Autista, por ejemplo. Incluso los CAIT dependientes de Entidades públicas con tradición en AT pueden presentar limitaciones en la actualidad porque están adaptándose a la normativa que regula los CAIT e incluye nuevos perfiles profesionales que aún no tenían como fisioterapeuta, teniendo algunas dificultades para la atención de menores con trastornos motores severos en esos casos"* (Ent.12).

Formación adecuada de los profesionales de otra Consejería en AIT (FPOC)

Reconocemos de partida, que esta subcategoría y la propia formulación de la pregunta conllevaba situar a los entrevistados una situación algo incómoda, al tener que pronunciarse

respecto al nivel formativo en atención infantil temprana de profesionales que dependen de otras Consejerías, en muchos casos respecto a sus propios compañeros y compañeras del EPAT, de los CAIT o de los EOE. No obstante, todos sin excepción y desde un plano muy respetuoso han respondido con grandes dosis de sinceridad, lo cual nos permite realizar un análisis objetivo de esta cuestión. Para ello, debemos volver a plantear de un lado lo expuesto desde el ámbito educativo y de otro, lo descrito por el ámbito sanitario, porque en el análisis previo se evidencian visiones muy diferentes entre sí.

Desde el ámbito educativo, en un porcentaje muy alto, se valora que la formación en el ámbito de la Consejería de Salud es el adecuado y que además, se encuentra por encima del que los propios entrevistados y el resto de perfiles profesionales que configuran el ámbito educativo presentan, así lo manifiestan en expresiones como "*creo que su formación, a nivel institucional, es mejor que la nuestra. Las consultoras de salud también tienen reuniones de coordinación, cosa que nosotras no tenemos*" (Ent. 1), "*mayor que la nuestra y proporcionada de forma gratuita por su Consejería"* (Ent. 4), "s*í, asisten a jornadas, a cursos de formación de CAIT específicos*" (Ent. 8). Aunque, no son pocas las respuestas en las que, aun reconociendo un adecuado nivel de formación en los profesionales dependientes de la Consejería de Salud, se cuestionan la necesidad de que debían cubrir algunas carencias, tal y como se manifiesta "*ellos tienen más formación en este aspecto, pero creo que tampoco están bien formados*" (Ent. 5), o bien, "*hemos visto una mayor sensibilización desde el ámbito de pediatras y especialistas sanitarios con respecto a la Atención Temprana, aunque todavía existen resistencias, sobre todo vinculadas a los trastornos del lenguaje. Espero que la creación de las recientes Unidades de Atención Infantil Temprana lime estas dificultades*" (Ent. 7). Tan solo en una entrevista, se nos ha manifestado que el nivel de formación en el ámbito de la salud no es el adecuado, "*en demasiadas ocasiones carecen de experiencia y formación. Desconocemos cual es el criterio de selección de este personal*" (Ent. 8).

Por otra parte, en las entrevistas realizadas a los referentes en atención infantil temprana de la Consejería de Salud, se pone de manifiesto las carencias formativas que según su criterio existen en el ámbito educativo respecto a esta especialidad, tal y como se refleja en la entrevista 13 al afirmar que "*desde el ámbito de la educación, en algunos casos saben qué es y conocen las necesidades especiales a nivel educativo, pero la atención temprana va más allá, es un tratamiento más clínico y de intervención familiar que el profesional de la educación no conoce*". A partir de aquí, las posturas adquieren un mayor nivel de prudencia al abordar este tema, pues reconocen que determinados perfiles sí cuentan con una formación de más nivel (Ent. 11, 12, 14, 16, 17), aunque no dejan de insistir en la necesidad de una formación permanente de los mismos.

> *"Los profesionales de los EOE cuentan con la suficiente formación. Falta formación en el primer nivel de relación con el alumnado (Tutores de aula" (Ent. 10).*

> *"A nivel de educación entiendo que debe existir una formación dispar dada la cantidad de profesionales implicados seguramente podría ser mejorable con programas de formación dirigidos con carácter especifico según el perfil profesional. Básicamente creo que en las edades de 0 a 6 en el ámbito educativo es desde hace 10 años cuando se ha empezado a tomar conciencia de la importancia de su papel en AT. Por otra parte, las Escuelas Infantiles llevan poco tiempo en Educación y no cuentan con programas de formación dentro del ámbito educativo" (Ent. 11)*

> *"En mi caso en Jaén, sí que están muy bien formados los miembros del EPAT, y con respecto al resto de profesionales, siempre es interesante poder tener un evento formativo de Actualización sobre AT debido a los grandes cambios acontecidos desde 2016 hasta la fecha (DSMV, normativa en AT desde el ámbito sanitario, educativo y social, nuevo Programa de Salud Infantil,….)" (Ent. 12).*

> *"Creo que lo profesionales de los EOE, y profesionales de pedagogía terapéutica y Audición y Lenguaje podrían tener una formación específica en aquellos trastornos que pueden encontrarse no solamente como abordaje de de las necesidades educativas sino del desarrollo general del niño y el trastorno que está padeciendo en particular" (Ent. 14).*

En cualquier caso, en la entrevista 9 se aporta una reflexión sobre esta subcategoría que podría justificar en gran medida el análisis realizado respecto a las visiones sobre formación que se han manifestado sobre los dos ámbitos entre sí. Reflexión que ayuda a entender, que quizás no debamos establecer comparaciones a estos niveles, al tratarse de tipos de intervención sobre el niño o la niña muy diferentes y desde contextos con pocas semejanzas:

> "*Probablemente, todos sean profesionales cualificados en sus respectivos campos de actuación, pero entiendo que cada uno presenta carencias de información y formación en relación con los campos de acción de aquellos otros profesionales con los que necesariamente se tienen que coordinar. Es decir, las y los profesionales de la Consejería de Salud podrían tener un conocimiento limitado o sesgado del sistema educativo y, lo mismo sucedería en caso contrario: las y los profesionales de la educación no tendríamos conocimiento suficiente sobre el sistema da salud. La misma situación se daría si añadiésemos a este proceso de coordinación a las y los profesionales dependientes de la Consejería de Igualdad y Políticas Sociales o, en su caso, de los Servicios Sociales Comunitarios dependientes de los Ayuntamientos*" (Ent. 9).

Actividades formativas específicas sobre AIT (AFE)

En relación con lo manifestado en la subcategoría anterior, el 100% de los entrevistados que pertenecen al ámbito de la Consejería de Salud responden de forma afirmativa que existen actividades formativas específicas sobre atención infantil temprana (Ent. 11, 13, 14, 15, 17), aunque en algún caso reconocen que puede ser insuficiente (Ent. 13). Por el contrario, el 100% de los entrevistados que pertenecen al ámbito de la Consejería de Educación responden a esta misma

pregunta de forma negativa y creo que las siguientes comentarios al respecto describen con gran exactitud los principales motivos de sus respuestas:

> *"Que yo sepa, no. Siempre nos transmiten como excusa limitaciones de tiempo y recursos económicos"* (Ent. 1).

> *"Es un tema no prioritario para nuestro ámbito y está pendiente de abordar"* (Ent. 6).

> *"Actividades formativas específicas por parte de la Consejería de Educación son casi inexistentes. La formación la tenemos que buscar fuera: congresos y jornadas especializadas que no son ni gratuitas ni en tu ciudad de referencia por lo que implica un coste para el profesional"* (Ent. 7).

> *"Desconozco si en la actualidad hay acciones formativas específicas que se dirijan al alumnado destinatario de la atención infantil temprana. Sí podemos afirmar que no hay formación suficiente para las y los profesionales de las escuelas infantiles de primer ciclo"* (Ent. 9).

Promoción institucional de actividades formativas específicas sobre AIT (PIAFE)

En coherencia con los planteamientos recogidos en las subcategorías anteriores, los entrevistados vuelven a manifestar respuestas opuestas según la Administración de la que dependen, es decir, los referentes de atención temprana de Educación responden con bastante contundencia que no se facilita ni se promueve su formación desde su Consejería (Ent. 1, 3, 4, 6, 7, 8) y la respuesta contraria es la que se ofrece por parte de las consultoras de AT. (Ent. 10, 11, 12, 13, 16, 17).

No obstante, también es cierto que el responsable regional de la Consejería de Educación, aun reconociendo que probablemente no exista una oferta formativa para los profesionales del primer ciclo de Educación Infantil (habría que plantear la situación laboral de estos profesionales) o incluso, una oferta específica para cualquier docente que se interese por temas específicos de atención temprana, aporta una serie de datos que contrastan con la visión de los orientadores y orientadoras especialistas en AT, exponiendo los recursos específicos para la formación disponibles en Andalucía, así como la amplia gama de modalidades formativas que cada curso escolar se ofertan (Ent. 9).

> *"La simple existencia de una amplia red de centros del profesorado, ya facilita la realización de estas acciones formativas. Por otro lado, la existencia de diferentes modalidades formativas (grupos de trabajo, formación en centros, cursos presenciales, cursos semipresenciales, teleformación...) hace que sea posible adaptar la cobertura de una necesidad formativas con la fórmula que más se ajuste a las posibilidades reales de los destinatarios. Finalmente, toda esta formación es totalmente gratuita, su realización sirve para computar puntos en cualquier tipo de concurso de méritos que se convoque en la*

> *Administración y se puede realizar en horario laboral (hay un porcentaje de horas que, si se dedican a formación, se pueden detraer del horario de obligada permanencia en el centro, aunque, salvo muy contadas excepciones, este horario no podría detraerse del horario lectivo).*
>
> *Por lo tanto, ¿se facilita la formación? Desde mi punto de vista, el hecho de tener tantas opciones hace que la respuesta sea SÍ. No obstante, la clave estará en la realización de una oferta formativa lo suficientemente atractiva y ajustada a la capacitación de las y los profesionales"* (Ent. 9).

En contraposición encontramos las respuestas que se ofrecen por algunas consultoras de AT avalando la existencia de planes y programas específicos de formación, promovidos por la propia Consejería de Salud en colaboración con diversas entidades. Recogemos a continuación algunos comentarios que reflejan estos planteamientos:

> *"Se han realizado desde el principio programas concretos de formación dirigidos a los profesionales y se han ido llegando a acuerdos con distintas entidades (Organizaciones profesionales, Universidad, entidades y federaciones…) para la realización de Jornadas, Máster y cursos específicos. Por otro lado, en las distintas formulas de financiación se promueve el que los profesionales realcen formación y en el último concierto se pide y valora que tengan formación específica"* (Ent.11).
>
> *"Desde la Consejería de Salud se presentó un plan de formación, que incluía la formación de ámbito andaluz en TEA, así como en Discapacidad Motórica. Se realizó un encuentro andaluz en diciembre de 2016 para TEA, y se indicó que a lo largo de 2017 habría nuevas actividades formativas en este sentido. Desde (…) intentamos formar a los profesionales de los CAITs en las necesidades detectadas (2015 Protocolo de Detección del Maltrato Infantil, 2016 UAIT,…)"* (Ent. 12).

Necesidad de una formación específica para los profesionales de referencia en AIT (NFE)

La respuesta de todos los profesionales en esta subcategoría es unánime. El 100% de los orientadores y orientadoras, así como las consultoras de AT responden con contundencia a la necesidad de que los profesionales que trabajen en este ámbito cuenten con una formación adecuada y permanentemente actualizada, dado que "*la formación permanente de cualquier profesional es una clave del éxito*" (Ent. 9). Se trata, sin ningún género de dudas de un factor determinante en el campo de la atención temprana siendo calificada como *"muy importante", "imprescindible", "muy necesaria", "prioritaria", "fundamental"* (Ent. 1, 2, 5, 7, 8, 11, 12, 13, 15, 17).

> *"La formación es prioritaria para mí, porque debemos estar actualizados en nuestro ámbito de trabajo y de ello depende el futuro de nuestros niños y niñas"* (Ent.12).
>
> *"Lo considero totalmente fundamental para abordar mejor a la familia y al niño"* (Ent.13).

Por lo tanto, todos los profesionales que intervienen en atención temprana deberían estar permanentemente atentos a su actualización. En este sentido, en la entrevista 9 se plantea que la formación es más allá de una opción voluntaria de cualquier profesional de la atención infantil temprana ha de ser un requisito.

> *"Una formación inicial siempre será escasa. Por ello, no podemos conformarnos con saber lo que sabíamos cuando accedimos al puesto o con aprender lo que hayamos ido aprendiendo por el ensayo y error de nuestra práctica profesional. Es absolutamente necesario entrar en un proceso de formación permanente y sistemático, simplemente, por responsabilidad profesional"* (Ent. 9).

Propuesta de temáticas específicas (PTE).

Los temas sugeridos por los entrevistados han sido muchos y variados, aunque existen ciertas coincidencias en las temáticas que comparten los profesionales de los dos ámbitos, destacando en este sentido las siguientes propuestas como líneas de formación prioritarias y básicas:

- "*Detección Temprana. Identificación de signos de alerta"* (Ent. 1, 2, 7, 9, 11, 12, 14, 15).
- "*Instrumentos de valoración/ escalas de desarrollo: Diagnóstico"* (Ent. 1, 5, 8, 9, 11, 14).
- "*Innovaciones e investigaciones sobre los alumnos TEA: Intervención"* (Ent. 5, 9, 12, 13).
- "*Estrategias metodológicas de trabajo en el aula"* (Ent. 2, 6, 7, 8, 13, 15, 18)
- "*Programas de prevención dirigidos a todo el alumnado"* (Ent. 1, 2, 8, 12, 15, 17).
- "*Intervención para la estimulación del desarrollo en todos los ámbitos: lingüístico-comunicativo; socio-afectivo; motor; cognitivo"* (Ent. 1, 5, 9, 13, 14, 18).
- "*Conocimiento de las funciones y estructuras de todos los organismos con los que es preciso coordinarse profesionalmente"* (Ent. 5, 6, 9, 13).
- "*Sistemas Aumentativos y Alternativos de Comunicación"* (Ent.1, 6, 9, 12, 12, 13, 15).
- "*Trabajo transdisciplinar (integrar psicología, logopedia y fisioterapia) en AT*" (Ent. 6, 7, 12, 14).
- "*Atención a la familia (enfoque integral de los recursos)"* (Ent. 1, 9, 12, 13).

Una vez recogidos los principales temas que podrían ser objeto de las diferentes modalidades de formación que se considerasen, planteados por los profesionales entrevistados, debemos reflejar una apreciación que se repite en muchas entrevistas, referida a la necesidad de que esta formación vaya dirigida prioritariamente a los profesionales que trabajan directamente en el primer ciclo de Educación Infantil, pues consideran que se trata de los profesionales en los que mayores necesidades de formación han detectado, los que menos posibilidades de acceso tienen a

ella y fundamentalmente, porque son los que atienden diariamente a niños y niñas de 0 a 3 años con trastornos en el desarrollo o en riesgo de padecerlo y por tanto, es requisito básico que cuenten con la adecuada formación.

> *"Así mismo, considero indispensable la formación a las tutoras y tutores del primer ciclo de Educación Infantil"* (Ent. 3).

> *"Los temas no sólo deben ir encaminados a detección y valoración de trastornos en el desarrollo; sino en estrategias metodológicas de trabajo en el aula. En el primer ciclo las dificultades mayores es que no existe una entidad que dinamice esta formación"* (Ent. 7).

En lo que respecta a las limitaciones que estos profesionales consideran que impiden que exista una mayor oferta formativa, que se promueva desde las Administraciones o que se facilite el acceso a determinados colectivos,… el motivo que prevalece es el económico (Ent. 1, 2, 6, 7, 11,). Hacen referencia a "*limitaciones presupuestarias"* (Ent. 6), o bien a que *"la principal limitación es la financiación"* (Ent. 13). Otros van un poco más allá, añadiendo al motivo económico cuestiones de tipo ideológico que determinan una mayor o menor financiación para estas actividades *"razones económicas e ideológicas según la importancia que les den quienes tomas las decisiones sobe los programas de formación y la existencia o no de presupuestos para ello"* (Ent. 11). Estas consideraciones revelan una importante crítica a las Administraciones por la apuesta que según ellos realizan por la formación de sus profesionales.

En cuanto a las propuestas que realizan sobre cómo enfocar futuras actividades formativas, plantean diversas modalidades entre las que se integran grupos de trabajo y jornadas de buenas prácticas: *"la formación debe de realizarse por grupos de trabajo de las distintas provincias con reuniones periódicas, que culminen en jornadas de intercambio de buenas prácticas y de aquí, la elaboración de proyectos de innovación conjuntos recogiendo esas buenas prácticas."* (Ent. 5, 7). Por otro lado, se propone una estructura de las actividades que se define bajo la concepción de un enfoque mixto, que en palabras del propio entrevistado se definiría como: *"1º Ponencia expertos (de partida) / 2º Diseño de proyectos (desarrollo) / 3º Aplicación práctica / 4º Evaluación-Retro-alimentación / 5º Difusión del Proyecto y aplicación y generalización de buenas prácticas (Encuentros y paneles de expertos)"* (Ent. 6).

Otras propuestas van en la línea de ofrecer planteamientos más generales que deberían presidir cualquier análisis que se pretenda realizar antes de proponer una actividad formativa. De un lado, se trataría de elaborar un plan establecido que fuese desde lo general a lo específico, en el que se dirija la formación a los diferentes colectivos con el nivel de concreción que cada profesional precise (Ent. 11). De otro lado, la propuesta se refiere a la planificación sistemática de carácter anual, en la que al menos se pusieran en marcha cursos de varios días para poder profundizar en las temáticas establecidas mediante:, talleres, reuniones formativas con pocos asistentes, grupos de trabajo,…,al menos una o dos veces al año y a través de las Consejerías Salud y de Educación (Ent. 13).

Finalmente, los enfoques aportados por los referentes autonómicos de ambas Consejerías (Ent. 9, 10) coinciden en señalar los principios que deberían sustentar una formación adecuada en esta especialidad, refiriéndose a principios tales como *"intersectorialidad" "periodicidad" "profundización en detección" "márgenes de normalidad" "mecanismos de coordinación" "mapa de recursos"*. Del mismo modo, apuestan por un modelo de formación basado en el principio teórico- práctico y se llega a firmar en la entrevista 9 que:

> *"Cualquier buena práctica debe estar asentada sobre un modelo teórico que la sustente. Por lo tanto, formación teórica que ofrezca un marco de actuación y, después de esto (o, paralelamente, si se prefiere), conocimiento de buenas prácticas, aprendizaje de estrategias y técnicas de intervención concretas y, a ser posible, contando con un período de aplicación de estas estrategias y técnicas en entornos reales. En consecuencia: teoría, práctica y transferencia serían las claves del modelo formativo"* (Ent. 9).

Hemos finalizado el análisis de los resultados obtenidos en las entrevistas, y además de la información determinante que aporta a nuestra investigación, supone una decisiva contribución a la elaboración del cuestionario que es el instrumento que elaboramos y aplicamos tras las mismas. En el apartado siguiente nos centramos por tanto en el cuestionario.

VI.1.3. ANÁLISIS Y DISCUSIÓN DE LOS RESULTADOS DEL CUESTIONARIO

El cuestionario, tal y como pudimos ver en el Capítulo V, es un instrumento que nos permite establecer un enlace entre los objetivos de la investigación y la realidad observada. Por ello, las condiciones que debe reunir dependen de la investigación y de la población (Sierra Bravo, 1986, 1989), puesto que la finalidad del cuestionario es obtener de manera sistemática y ordenada información para la población investigada sobre las variables de estudio.

Los datos de tipo cuantitativo que nos ha proporcionado el cuestionario, se han obtenido, como ya hemos comentado anteriormente, mediante el paquete estadístico SPSS (Figueira, 2001; Ferrán; 1997, 2001). Esta información no es exclusiva de investigaciones puramente cuantitativas, pues cada vez más a menudo este instrumento es utilizado en investigaciones de carácter cualitativo o como en nuestro caso, de tipo mixto.

De este modo, los resultados que a continuación presentamos, siguen la misma estructura del cuestionario e intentaremos ir resaltando y presentado aquellos aspectos que consideremos más relevantes.

Las dimensiones en las que se organizaba y estructuraba nuestro cuestionario eran las siguientes:

DIMENSIONES	SUBDIMENSIONES	ÍTEMS
CUESTIONES GENERALES	Ámbito profesional	1
	Perfil profesional	2
	Experiencia profesional en AIT	3
DETECCIÓN TEMPRANA (Bloque 1)	(Bloque 1.1) Detección en el periodo 0- 3 años	4,5,6,7,9,10
	(Bloque 1.2) Detección en el periodo 3- 6 años	12,13,14,15
	(Bloque 1.3) Detección comparativa entre ambos periodos	16,17
ESCOLARIZACIÓN (Bloque 1.1)	AIT como mejora de la escolarización	8
	Propuesta de mejora del proceso de escolarización	11
RECURSOS (Bloque 2)	Conocimiento de los recursos de AIT	18,21,22
	Recursos suficientes de AIT	19,20
	Nuevos recursos	23
COORDINACIÓN (Bloque 3)	Coordinación EOE-CAIT	24,25,29,30,33
	Coordinación CAIT y centros de 1er ciclo de E.I.	26
	Coordinación EOE y centros de 1er ciclo de E.I.	27
	Coordinación UAIT-CAIT-EOE	28
	Coordinación orientador/a especialista AT y EOE	31,32
FORMACIÓN (Bloque 4)	Formación específica en AIT	34,35,37,38
	Temáticas prioritarias	36
	Oferta formativa	39,40

Tabla 65. Organización y Estructura del Cuestionario

A continuación presentaremos las distintas dimensiones y subdimensiones del cuestionario, respectando su estructura, con objeto de facilitar el análisis de los resultados.

DIMENSIÓN: CUESTIONES GENERALES

La muestra está formada por 96 centros, 20 CAIT, 13 EOE y 63 escuelas o centros de Educación Infantil.

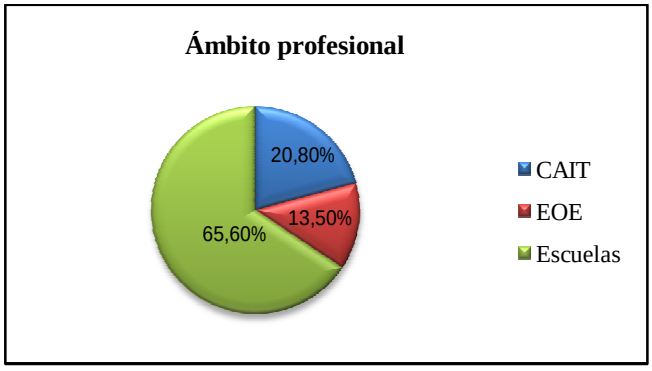


Gráfico 38. Ámbito profesional

		Frecuencia	Porcentaje	P. Válido
Válidos	CAIT	20	20,80%	20,80%
	EOE	13	13,50%	13,50%
	Escuelas	63	65,60%	65,60%
	Total	96	100%	100%

Tabla 66. Ámbito profesional

A pesar de que los CAIT de la provincia de Huelva son 13 en el momento en el que se pasa el cuestionario y de que la intención es que se cumplimentara uno por cada centro, de forma colegiada por parte de todos los profesionales que componían cada equipo, recibimos 7 cuestionarios cumplimentados de entidades privadas que realizaban funciones de CAIT, aunque no estaban incluidas en el circuito de atención temprana de Salud Pública. Dada la relevancia de la información que también se podía aportar desde este ámbito consideramos incluirlos en el estudio, dentro del ámbito profesional de los CAIT.

Al mismo tiempo, nos interesaba conocer qué perfiles profesionales componían cada uno de los equipos a los que se dirigía el estudio.

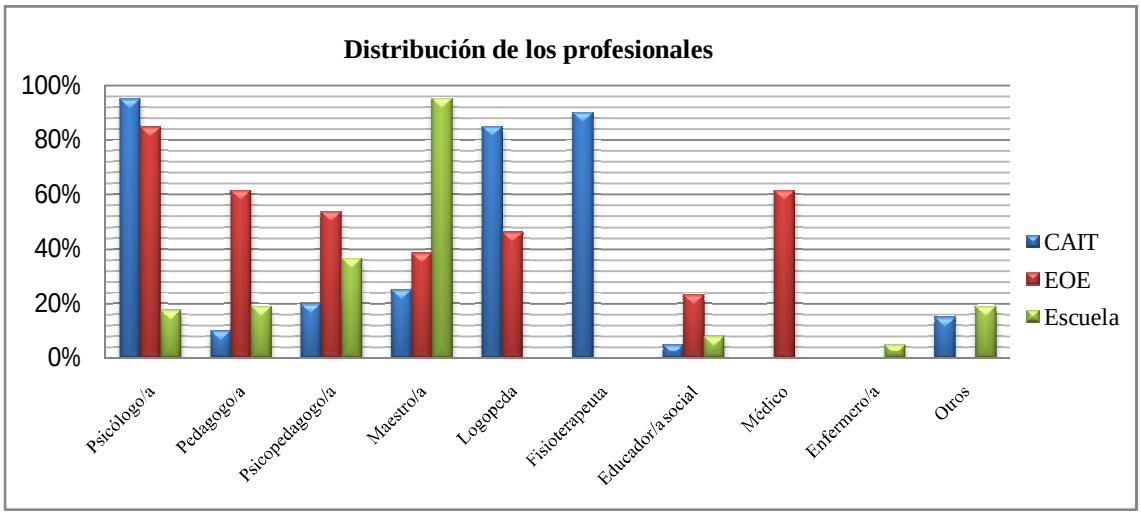


Gráfico 39. Distribución de los profesionales según equipos

	CAIT	EOE	Escuela
Psicólogo/a	95%	84,60%	17,50%
Pedagogo/a	10%	61,50%	19%
Psicopedagogo/a	20%	53,80%	36,50%
Maestro/a	25%	38,50%	95,20%
Logopeda	85%	46,20%	0%
Fisioterapeuta	90%	0%	0%
Educador/a social	5%	23,10%	7,90%
Médico	0%	61,50%	0%
Enfermero/a	0%	0%	4,80%
Otros	15%	0%	19%

Tabla 67. Distribución de los profesionales según equipos

Una vez analizados los datos relativos a los diferentes perfiles profesionales que componen cada uno de los equipos que han sido objeto del estudio, por su vinculación directa con la población de niños y niñas con edades comprendidas entre 0 y 6 años, podemos corroborar que existen diferencias significativas respecto a la composición de los equipos:

- CAIT: están compuestos fundamentalmente por psicólogos o psicólogas (95%), logopedas (85%) y fisioterapeutas (90%), que suponen la plantilla base, que la Consejería de Salud establece. En menor medida cuentan con otros perfiles como maestro o maestra (25%) o psicopedagogo o psicopedagoga (20%), siendo prácticamente inexistente otros perfiles como pedagogo o pedagoga (10%) y educador o educadora social (5%).
- EOE: su composición es mucho más diversificada o al menos con mayor representación en diferentes perfiles profesionales que la de los CAIT. Principalmente cuentan con psicólogo o psicóloga (84,6%) y en un 61,5% de los casos con pedagogos o pedagogas y con médicos, así como psicopedagogos o psicopedagogas (53,8%). Destacan también perfiles como el de logopeda (46,2%), maestro o maestra (38,5%) y educador o educadora social (23,1%).
- Escuela o centro de educación infantil: el perfil prioritario que destaca en estos centros es el de maestro o maestras (95,2%) que suele ser el titular de la dirección del centro o bien el psicopedagogo o psicopedagoga (36,5%). Se incluyen en la categoría de *"Otros"* los profesionales que cuentan con una titulación de Técnico Superior en Educación Infantil (19%), que son los que realizan una intervención directa con el alumnado.

Destacamos por tanto, que el fisioterapeuta es un perfil que sólo se encuentra en los CAIT, mientras que los médicos solo forman parte de los EOE. Un perfil que aunque no tiene mucha representación, sólo aparece en el caso de las escuelas o centros de educación infantil es el de enfermero o enfermera (4,8%) y con el que únicamente cuentan algunas escuelas infantiles de titularidad pública. Por otra parte, nos interesaba conocer los años de experiencia con los que estos profesionales contaban, en cuanto a su desarrollo profesional dentro del ámbito de intervención de niños y niñas de 0 a 6 años.

		Frecuencia	**Porcentaje**	**P. Válido**
Válidos	Menos de 10	29	30,20%	31,90%
	Entre 10 y 20	40	41,70%	44%
	Más de 20	22	22,90%	24,20%
	Total	91	94,80%	100%
Perdidos	-9	5	5,20%	
Total		96	100%	

Tabla 68. Años de experiencia en atención infantil temprana

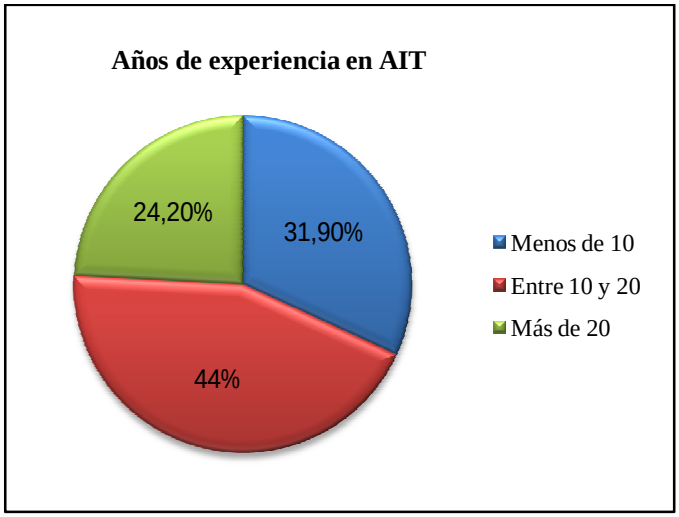


Gráfico 40. Años de experiencia en atención infantil temprana

Como podemos observar en el gráfico, prevalecen los equipos profesionales con una experiencia de entre 10 y 20 años (41,7%). Además, es mayor el porcentaje de equipos que manifiestan tener una experiencia de menos de 10 años (31,9%), que los que mayor experiencia pueden poseer con más de 20 años (24,2%). Evidentemente, la atención a la población con edades entre 0 y 6 años no es nada nuevo, sin embargo, sí lo es la intervención organizada a través de equipos multidisciplinares que dependen de la Administración pública y que además, se integren como estructuras básicas de la atención infantil temprana. Consideramos por ello, que el intervalo de años de experiencia manifestado mayoritariamente (entre 10 y 20 años), coincide con la creación de muchos de estos equipos e incluso con la vinculación de muchos de estos perfiles profesionales a la atención infantil temprana y a la educación infantil.

DIMENSIÓN: DETECCIÓN TEMPRANA (Bloque 1)

La atención infantil temprana precisa acciones coordinadas a través de un modelo integral que agrupe las intervenciones realizadas desde los diferentes sectores: educativo, sanitario y social, que aseguren la prevención, la detección temprana, el diagnóstico y el tratamiento de las personas menores de seis años de la comunidad autónoma de Andalucía que presenten trastornos del desarrollo o riesgo de padecerlos, así como la intervención sobre su familia y entorno. Esta concepción teórica que hemos planteado en diversas ocasiones a lo largo de esta investigación, recoge de manera expresa que la detección temprana y la correspondiente intervención temprana son dos de las claves del actual modelo de AIT. Por ello, era fundamental que los encuestados aportaran su visión respecto a los proceso de detección e intervención.

En este sentido, el bloque 1 de nuestro cuestionario centraba la atención en estos aspectos, diferenciando, además de los 3 grupos de equipos profesionales que respondían el cuestionario, los momentos en los que se produce la detección, los agentes y la inmediatez de la intervención posterior. Así, en el primer bloque pueden identificarse 3 dimensiones:

Bloque 1.1. Detección en el periodo 0-3 años:

Mediante los ítems 1 y 2, se pretendía determinar cuál era el ámbito (sanitario o educativo) donde principalmente se producía de la detección de niños y niñas con trastornos en el desarrollo o el riesgo de padecerlos entre los 0 y los 3 años.

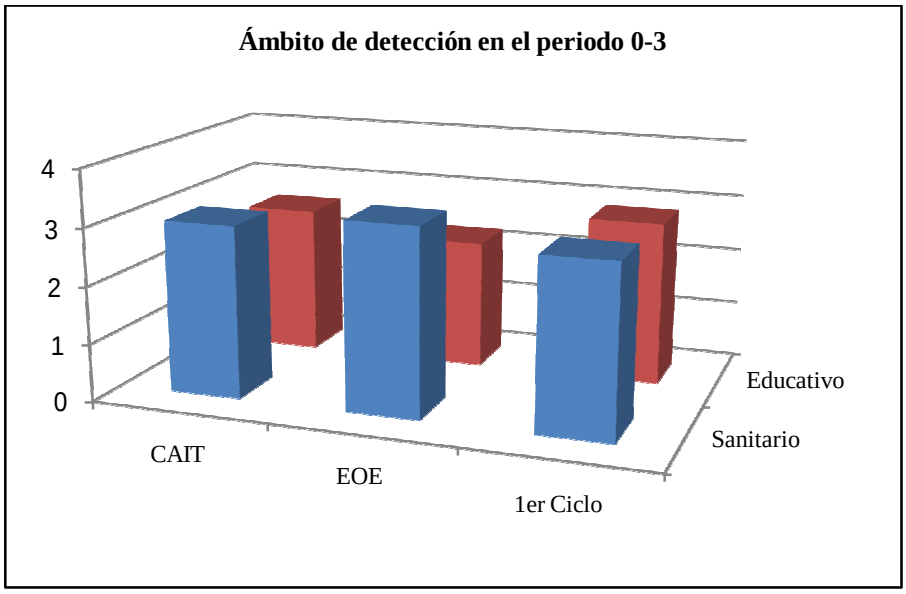


Gráfico 41. Ámbito de detección principal en el periodo 0-3 años

		N	Media	Desv. Típ.
Ítem 1	CAIT	20	3,00	0,725
	EOE	12	3,25	0,622
	Escuelas	62	2,95	1,031
	Total	94	3,00	0,927
Ítem 2	CAIT	20	2,60	0,598
	EOE	12	2,25	0,754
	Escuelas	62	2,85	0,807
	Total	94	2,72	0,782

Tabla 69. Ámbito de detección principal en el periodo 0-3 años

Tal y como podemos observar en los resultados reflejados tanto en el gráfico como la tabla, el ámbito de detección principal de niños y niñas entre 0 y 3 años con trastornos en el desarrollo o el riesgo de padecerlos es el ámbito sanitario, aunque, en contra de lo que a priori podríamos pensar, con una diferencia mínima respecto al ámbito educativo. Sólo la respuesta ofrecida por los CAIT muestra una mayor diferencia (1 punto) en cuanto la consideración del ámbito sanitario como espacio de detección principal por en cima del educativo.

Una vez producida la detección, preguntamos respecto a la opinión que les merecía a los encuestados la eficacia de de los procedimientos de detección establecidos para este tramo de edad (ítem 3).

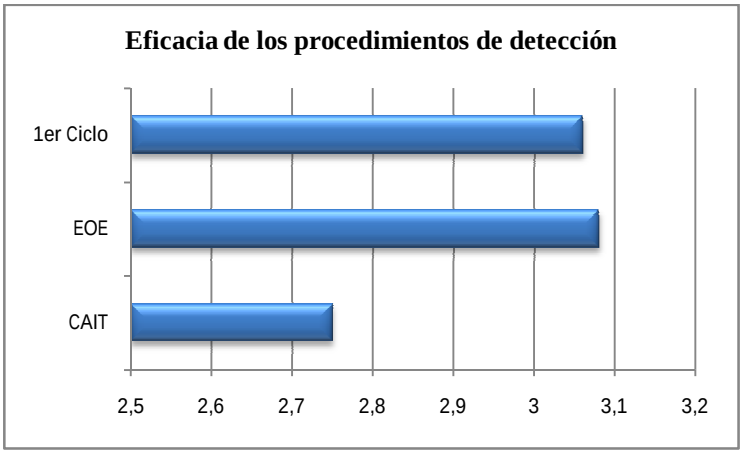


Gráfico 42. Eficacia de los procedimientos de detección

		N	Media	Desv. Típ.
Ítem 3	CAIT	20	2,75	0,444
	EOE	12	3,08	0,515
	Escuelas	62	3,06	0,721
	Total	94	3,00	0,656

Tabla 70. Eficacia de los procedimientos de detección

En el periodo comprendido entre los 0 y los 3 años, tanto la Consejería de Salud como la Consejería de Educación han establecido una serie de procedimientos para la detección temprana de signos de alerta y de factores de riesgo en la población a la que nos referimos y a pesar de que el ámbito educativo de primer ciclo no es donde existen mayor disponibilidad de recursos, tanto los centros de primer ciclo como los EOE manifiestan un nivel de satisfacción alto respecto a los procedimientos actualmente establecidos en su ámbito, que lo manifestado por los CAIT.

El ítem 4 se dirige a la valoración de la inmediatez con la que la intervención de los profesionales se produce, una vez se ha detectado un trastorno en el desarrollo o el riesgo de padecerlo en el niño o la niña menor de 3 años.

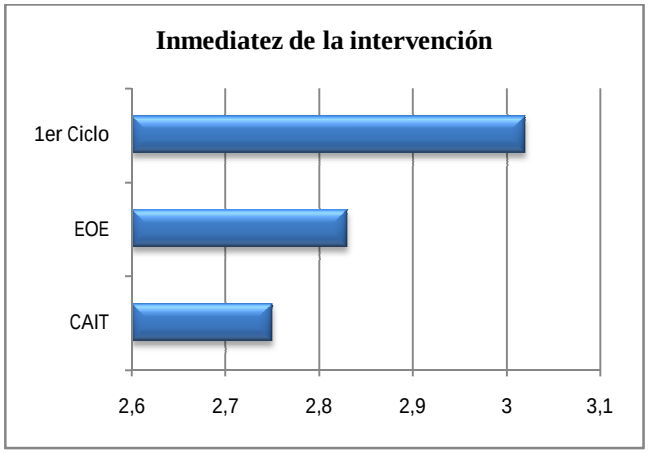


Gráfico 43. Inmediatez de la intervención de los profesionales tras la detección

		N	Media	Desv. Típ.
Ítem 4	CAIT	20	2,75	0,444
	EOE	12	2,83	0,937
	Escuelas	62	3,02	0,859
	Total	94	2,94	0,801

Tabla 71. Inmediatez de la intervención de los profesionales tras la detección

Aunque los tres equipos profesionales manifiestan que la intervención de los especialistas en el tramo 0-3 tras la detección es bastante inmediata, destaca que vuelven a ser los CAIT quienes aportan una menor valoración en este sentido. Esto significa que consideran que la intervención que ellos tienen la competencia para realizar podría ser mucho más inmediata de lo que hasta ahora lo es. Sin embargo, los centros de primer ciclo que pueden ser considerados centros receptores de la intervención especializada manifiestan un alto grado satisfacción respecto a la inmediatez de la respuesta que se les ofrece tras la detección.

De otro lado, necesitábamos conocer la valoración de los encuestados respecto a si, desde su propia percepción, el proceso de AIT suponía una mejora real en la escolarización del alumnado con trastornos en el desarrollo en el segundo ciclo de Educación Infantil (ítem 5), así como si llegaban a considerar la AIT como un recurso para la mejora del citado proceso de escolarización (ítem 7).

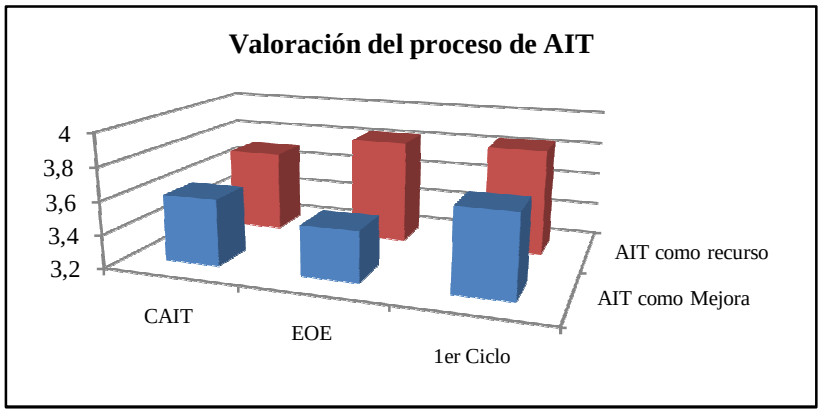


Gráfico 44. Proceso de AIT como mejora y como recurso para la escolarización

		N	Media	Desv. Típ.
Ítem 5	CAIT	20	3,60	0,503
	EOE	12	3,5	0,522
	Escuelas	61	3,69	0,501
	Total	93	3,65	0,503
Ítem 7	CAIT	20	3,70	0,733
	EOE	12	3,83	0,389
	Escuelas	62	3,84	0,371
	Total	94	3,81	0,470

Tabla 72. Proceso de AIT como mejora y como recurso para la escolarización

En ambos casos, la atención infantil temprana es valorada por los diferentes equipos profesionales como un proceso muy relevante en la escolarización del alumnado que presenta un trastorno en el desarrollo o el riesgo de padecerlo. Además, si observamos el gráfico, obtiene mejores resultados el ítem 7 cuando se define el proceso de AIT como un recurso, lo cual puede indicarnos que tanto para los centros de primer ciclo como para los EOE, es una herramienta básica en la escolarización de este alumnado.

En este sentido, el ítem 6 pretendía contrastar si tras el proceso de detección e intervención el alumnado disponía de una mejor planificación de la respuesta educativa que debía recibir una vez escolarizado en el segundo ciclo de Educación Infantil.

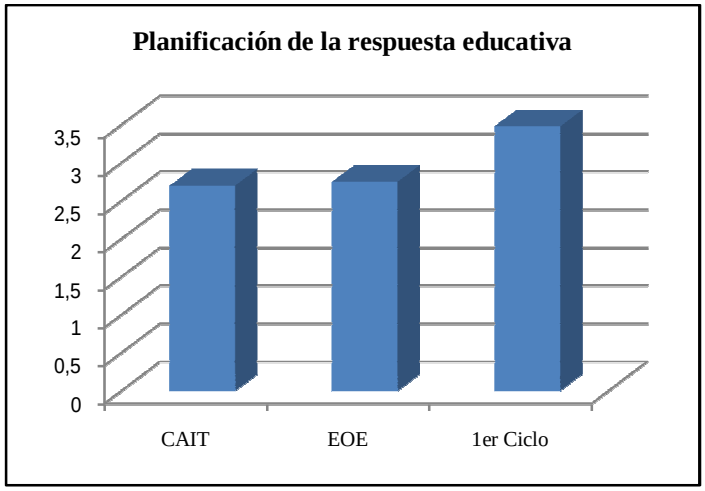


Gráfico 45. Mejora en la planificación de la respuesta educativa

		N	Media	Desv. Típ.
Ítem 6	CAIT	20	2,70	0,571
	EOE	12	2,75	1,215
	Escuelas	61	3,48	0,698
	Total	93	3,22	0,832

Tabla 73. Mejora en la planificación de la respuesta educativa

La media total que alcanza este ítem está muy por encima del valor medio establecido. Destacamos por tanto, que con carácter general, tanto los CAIT, como los EOE como los centros de primer ciclo consideran que las intervenciones previas correspondientes al proceso de AIT y al propio proceso de nueva escolarización permiten que se planifique adecuadamente la respuesta educativa de cada uno de los niños y niñas con trastornos en el desarrollo, siendo especialmente bien valorado este aspecto por los profesionales del primer ciclo de Educación Infantil.

Realizado el análisis individualizado de los ítems que componen el bloque 1.1, presentamos, a modo de resumen, un gráfico en el que se recogen los resultados globales obtenidos en cada uno de ellos.

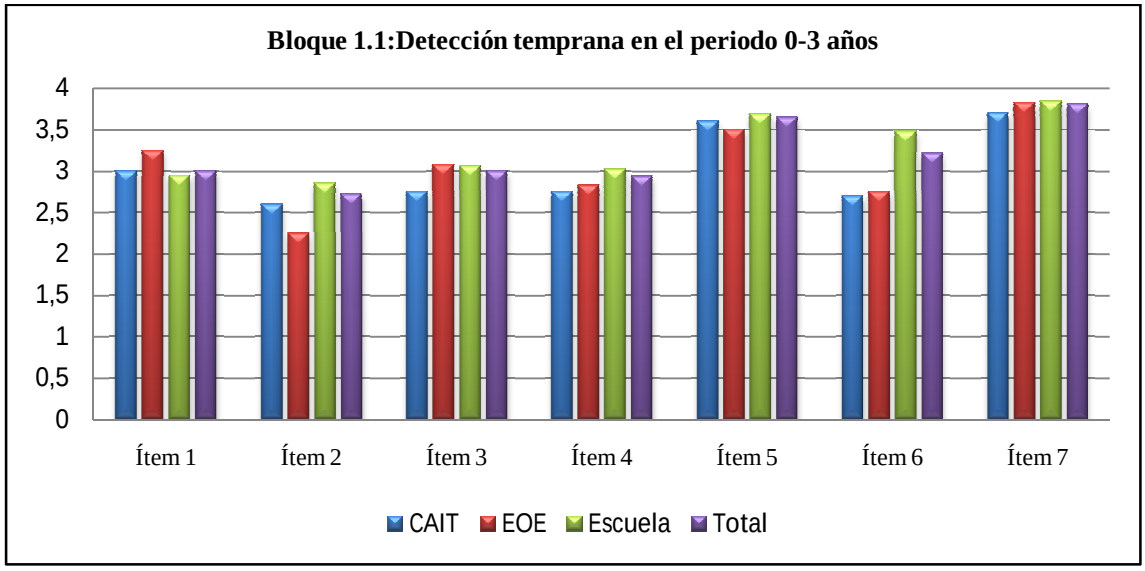


Gráfico 46. Resultados globales de los ítems del bloque 1.1.

Haciendo un análisis global de los resultados obtenidos, podemos comprobar que no existen diferencias significativas en las valoraciones realizadas desde cada equipo profesional, aunque este aspecto podremos comprobarlo a continuación cuando analicemos el ANOVA de este factor. Del mismo modo, observamos que la mejor puntuación corresponde a la consideración de la AIT como un proceso y un recurso que implica una mejora directa en la escolarización del alumnado con trastornos en el desarrollo en el segundo ciclo de la Educación Infantil.

A continuación, hemos comprobado el ANOVA de un factor, para comparar las medias de las respuestas a cada uno de los ítems según cada uno de los equipos profesionales. Para ello, presentamos la media y las desviaciones típicas de cada ítem.

		N	Media	Desv. Típ.
Ítem 1	CAIT	20	3,00	0,725
	EOE	12	3,25	0,622
	Escuelas	62	2,95	1,031
	Total	94	3,00	0,927
Ítem 2	CAIT	20	2,60	0,598
	EOE	12	2,25	0,754
	Escuelas	62	2,85	0,807
	Total	94	2,72	0,782
Ítem 3	CAIT	20	2,75	0,444
	EOE	12	3,08	0,515
	Escuelas	62	3,06	0,721
	Total	94	3,00	0,656
Ítem 4	CAIT	20	2,75	0,444
	EOE	12	2,83	0,937

	Escuelas	62	3,02	0,859
	Total	94	2,94	0,801
Ítem 5	CAIT	20	3,60	0,503
	EOE	12	3,5	0,522
	Escuelas	61	3,69	0,501
	Total	93	3,65	0,503
Ítem 6	CAIT	20	2,70	0,571
	EOE	12	2,75	1,215
	Escuelas	61	3,48	0,698
	Total	93	3,22	0,832
Ítem 7	CAIT	20	3,70	0,733
	EOE	12	3,83	0,389
	Escuelas	62	3,84	0,371
	Total	94	3,81	0,470

Tabla 74. Puntuación de los ítems en el Bloque 1.1

	F	**Sig.**
Ítem 1	0,515	0,599
Ítem 2	3,507	0,034
Ítem 3	1,885	0,158
Ítem 4	0,948	0,391
Ítem 5	0,803	0,451
Ítem 6	10,484	0,000
Ítem 7	0,673	0,513

Tabla 75. Anova de un factor de cada ítem del Bloque 1.1

Aunque aparentemente podamos pensar que las diferencias no son exageradas, la decisión de si las diferencias son significativas no depende de nuestro criterio, sino de la significación de F. Este es el objetivo de aplicar ANOVA de un factor: valorar estadísticamente si las diferencias de medias son significativas o no. De este modo, observamos que las diferencias de medias son significativas en dos ítems: en el ítem 2 (detección en el ámbito educativo), de modo que los EOE muestran menos inclinación a que la detección se produzca en el ámbito educativo y sin embargo, los centros de primer ciclo los que más, situándose los CAIT en un valor intermedio, así como el ítem 6 (la detección temprana permite una adecuada planificación de la respuesta educativa) produciéndose una diferencia significativa entre lo valorado por los profesionales del primer ciclo, pues otorgan una gran validez a este proceso como paso fundamental para que los niños y niñas se escolaricen con una adecuada planificación de su respuesta educativa, respecto a la opinión de los profesionales de los CAIT y los EOE, que aún haciendo una buena valoración de este proceso, es menor que la del primer ciclo.

El ítem 8, era una pregunta abierta, en la que tras valorar los ítems anteriores, se solicitaba a los encuestados que realizaran alguna aportación respecto a cómo podría mejorarse

el proceso de escolarización en el segundo ciclo de Educación Infantil, concretamente en la identificación de niños y niñas con trastornos en el desarrollo o en riesgo de padecerlo.

Hemos de reconocer que el índice de respuesta en este tipo de ítems es menor que en las preguntas tipo likert. No obstante, se han realizado un número de aportaciones al respecto que consideramos muy importantes y que serán contrastadas y trianguladas, finalmente, cuando analicemos los restantes instrumentos utilizados en nuestra investigación: el análisis de documentos y la entrevista. Se presentan agrupadas en función del equipo profesional que las realiza:

CAIT

"Con más recursos personales en el ámbito educativo para atender a los niños/as de infantil."

"Mediante una formación específica y especializada al equipo que atiende dicha población tanto a nivel sanitario como educativo."

"Teniendo reuniones con los EOES una vez realizados los informes previos de escolarización y antes de que ellos los vean después de echadas las matrículas."

"Con unos protocolos de detección más exhaustivos y que se lleven a cabo desde todas las escuelas infantiles de primer ciclo, ellos son fundamentales."

"Formación continuada para CEI y pediatras, siguen siendo las familias quienes detectan que hay alguna alteración en el desarrollo de sus hijos/as a estas edades."

"Habría que establecer una coordinación más reglada con lo EOE."

"Llevando un control más minucioso del niño tanto en 1º ciclo de E.I. como con la revisión pediátrica."

EOE

"Mayor coordinación entre los centros que imparten el 1er ciclo y 2º ciclo de Educación infantil."

"Coordinación efectiva entre CEI, EI, EOE, EOE Especializado AT y CEIP. El pasado curso desde la comisión de convivencia Isla Cristina (forman parte los IES, CEIP, EOE, una representante de todas las escuelas infantiles y CEI, Ayuntamiento- Servicios Sociales y Educación)se llevó a cabo por primera vez de forma planificada y muy efectiva el tránsito de todo el alumnado de la localidad."

"Intensificar la coordinación especializada entre Salud y Educación en la recogida de información y actualización de la misma, previamente al período de escolarización en el CEIP (marzo)."

"Llevar a cabo un programa prescriptivo de tránsito de 1er a 2º ciclo de E. Infantil para el trasvase de información y coordinación de las Escuelas Infantiles y CEIP."

"Contando en los EOE con personal suficiente para poder atender con una frecuencia suficiente los centros de 1er ciclo de E.I."

"Con más presencia de los EOE en 0-3 años y permitir la formación del CEP a los docentes de 0-3 años."

"Seguimiento del EOE especializado en Atención Temprana para señalar qué recursos y

apoyos son necesarios para la realización del dictamen y que no nos diga que hablemos nosotros con el CAIT."

"Que el EOE especializado en Atención Temprana visite a cada niño/a, porque no llega en muchas ocasiones."

1er CICLO

"Los centros pudieran acceder a través de Séneca para ver lo que las Escuelas recogemos en los informes de evaluación. Ya que todo los años lo hacemos y se queda ahí sin que nadie lo vea y pueda así ayudar a los niños/as que entran en el colegio."

"Aumentando los recursos personales y profesionales. Según mi experiencia se detectan casos pero aún considero que el tiempo de respuesta podría ser menor. En nuestro caso particular, se detectan casos pero no se aportan recursos, por lo que se atienden las necesidades del menor lo mejor que podemos pero sin personal cualificado ni especializado para ello. Además desde que se da aviso de posible trastorno hasta que se ve al niño y se diagnostica pasa bastante tiempo. En los casos que hemos tenido el servicio sanitario no ha notado alerta previa, si no es por nuestra insistencia."

"Con reuniones en el mes de junio (fase de recogida de información) entre tutoras del 1º ciclo que hayan tenido niños/as con algún trastorno y tutoras del 2º ciclo de Ed. Infantil para intercambiar información directa de cómo es el niño/a y la familia."

"Mayor formación a los profesionales de las escuelas infantiles y dotación de recursos especializados."

"Con reuniones todos los profesionales pero es difícil sin recursos en los centros infantiles."

"Teniendo un apoyo de E.O.E en los centros de primer ciclo de Educación Infantil y con mayor coordinación entre 1er y 2º ciclo de E.I."

"Desde nuestra opinión, el centro educativo en el que el menor se va a matricular para el 2º ciclo, debería tener presente todos los informes, recomendaciones y valoraciones emitidos desde la Escuela Infantil de la que procede. Que se lleve a cabo un auténtico Programa de Tránsito."

"Dotando a las familias de mayor seguridad en todo el proceso."

"Es necesario que los centros de primer ciclo tengamos más consideración por parte de la Consejería de Educación."

"Mejorando la formación de los técnicos que trabajan en dicho ámbito."

"Con derivación directa de estos niños/as desde los Centros, suprimiendo el factor pediatra."

"Se necesitan más recursos en el 1er ciclo y especialistas de atención temprana en la provincia."

"Aportando más información y seguridad en todo el proceso a las familias de estos niños."

"Con mayor formación de los profesionales del 1er ciclo de EI."

"Debería escucharse más a los profesionales del primer ciclo cuando detectan algo en sus aulas. Son personas con un amplio bagaje profesional que sabe lo que dice y cuando lo dice.Mayor coordinación con el 1er ciclo de E.I."

"Hay que disponer de más especialistas que atiendan al primer ciclo, tanto para la detección como para la intervención."

"Con más información a las familias y más recursos en el primer ciclo"

"Mayor coordinación entre pediatras y médicos de EOE"
"Solo se atiende al alumnado con nee, pero no a los alumnos que no se consideran NEE aunque tengan alguna dificultad."
"Hay niños que deberían repetir en el 1er ciclo, pero si nos aportan los recursos necesarios."
"En el 1er ciclo no tenemos tiempo para coordinarnos con los colegios."
"La especialista tarda mucho en venir y los procedimientos se demoran, hacen falta más orientadoras."
"Con más contacto entre la tutora del primer ciclo con la del segundo, con la visita de la tutora al aula del primer ciclo para ver cómo se desenvuelve el niño o la niña y cuáles son sus necesidades."
"Con mayor presencia y acompañamiento del especialista a las familias."
"Es necesaria mayor coordinación con el primer ciclo."
"Las familias deben disponer de mayor información sobre los colegios que pueden solicitar. Dando seguridad a las familias en cuanto a los centros, los recursos,..."

Tabla 76. Propuestas de mejora en para el proceso de escolarización en el 2º ciclo de E.I.

Bloque 1.2. Detección en el periodo 3-6 años:

La subdimensión incluida en el bloque 1.2 recoge una serie de ítems redactados en los mismos términos que en el bloque 1.1, con la intención de que, además de valorar el tramo de edad al que se refiere, podamos realizar una comparativa directa entre ambos periodos, dadas las diferencias existentes entre el primer y el segundo ciclo de Educación Infantil.

En este sentido, los ítems 9 y 10 vuelven a formular cuestiones referidas al ámbito en el que con mayor frecuencia se detectan niños y niñas con trastornos en el desarrollo o en riesgo de padecerlo, pero esta vez aplicándolo a intervalo 3-6 años.

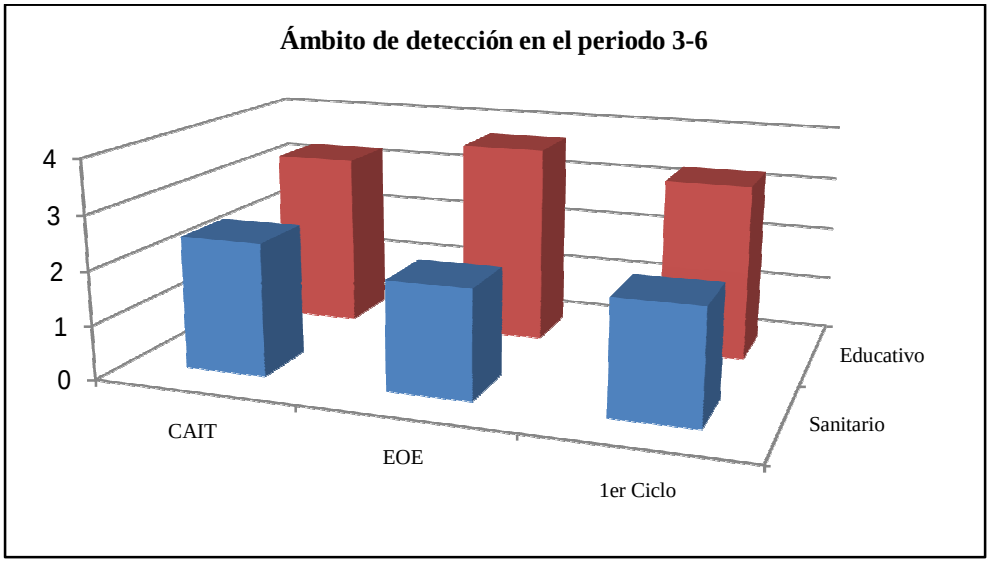


Gráfico 47. Ámbito de detección principal en el periodo 0-3 años

		N	Media	Desv. Típ.
Ítem 9	CAIT	20	2,45	0,510
	EOE	12	2,00	0,603
	Escuelas	53	2,08	0,675
	Total	85	2,15	0,646
Ítem 10	CAIT	20	3,25	0,444
	EOE	13	3,69	0,480
	Escuelas	53	3,26	0,836
	Total	86	3,33	0,727

Tabla 77. Ámbito de detección principal en el periodo 0-3 años

Los resultados obtenidos respecto al ámbito principal de detección en el periodo 3-6, confirman que el ámbito educativo es el entorno en el que se realizan un mayor número de detecciones de signos de alerta o factores de riesgo entre el alumnado. Se invierte por tanto, la valoración que los tres equipos de profesionales realizaron respecto al periodo 0-3 donde situaban al ámbito sanitario como espacio principal para la detección. Es además evidente, que la diferencia de valoración entre el ámbito sanitario y el educativo para el tramos 3-6 es mucho mayor de lo que resultó en el periodo 0-3, donde no existía una diferenciación tan clara.

Respecto a la valoración de los procedimientos de detección establecidos para este periodo (3-6 años) y su eficacia, encontramos que:

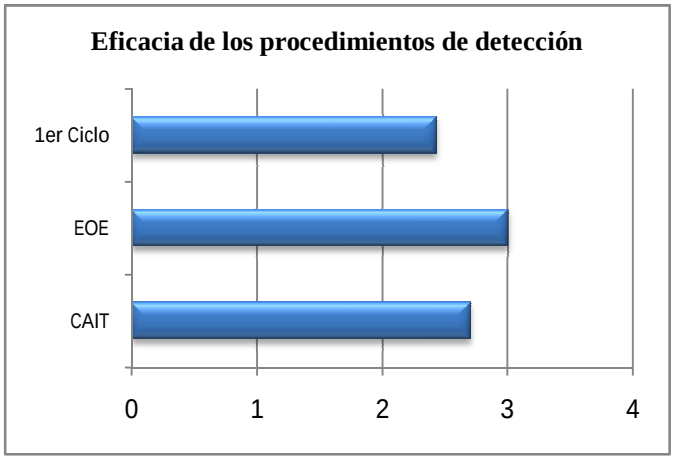


Gráfico 48. Eficacia de los procedimientos de detección

		N	Media	Desv. Típ.
Ítem 11	CAIT	20	2,70	0,470
	EOE	13	3,00	0,707
	Escuelas	53	2,43	0,665
	Total	86	2,58	0,659

Tabla 78. Eficacia de los procedimientos de detección

En términos generales, a pesar de que se obtienen resultados en cuanto a los procedimientos de detección de alumnado con trastornos en el desarrollo o en riesgo de padecerlo que pueden considerarse bastante adecuados, apreciamos un importante descenso de las puntuaciones aportadas por los centros de primer ciclo y aunque no tan significativa, también en los CAIT, manteniéndose prácticamente en los mismos valores los resultados de los EOE. Hemos de tener en cuenta que el periodo donde la detección es realmente eficaz es en el periodo 0-3 años y por ello, el proceso de AIT prioriza en estas edades la valoración e intervención de los profesionales sanitarios, delegando en cambio, gran parte de las atenciones en el ámbito educativo, una vez el niño o la niña se escolariza en el segundo ciclo de Educación Infantil. Sin embargo, nos resulta significativo que los centros de primer ciclo, a pesar de no contar con los recursos con los que cuenta el segundo ciclo, y de tener un menor recorrido en el sistema educativo valore que los procedimientos establecidos para el primer ciclo son más eficaces que los establecidos para el segundo ciclo de Educación Infantil.

Por último, se valoró en este periodo, al igual que se planteó en el 0-3 años, la inmediatez de la intervención de los especialistas, una vez el alumno o alumna era detectado.

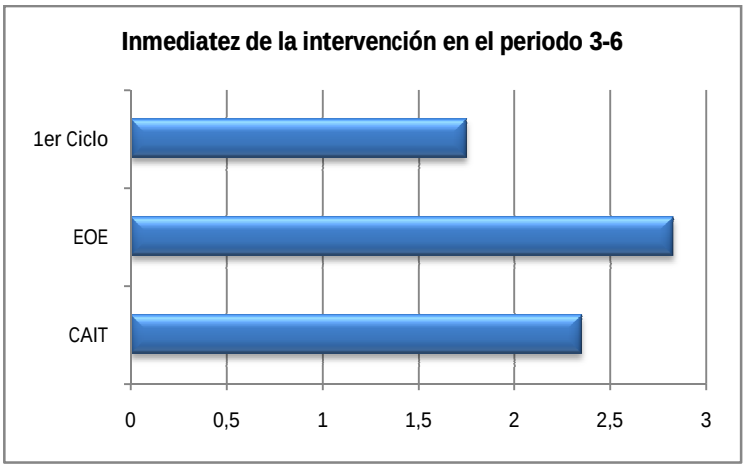


Gráfico 49. Inmediatez de la intervención de los profesionales tras la detección

		N	Media	Desv. Típ.
Ítem 12	CAIT	20	2,35	0,587
	EOE	12	2,83	0,835
	Escuelas	52	1,75	0,837
	Total	84	2,05	0,877

Tabla 79. Inmediatez de la intervención de los profesionales tras la detección

Sin duda alguna, la inmediatez en la intervención de los profesionales de referencia tras la detección de un niño o niña entre 3 y 6 años con trastornos en el desarrollo o en riesgo de padecerlos, es el factor donde menor puntuación media se ha obtenido de los analizados hasta ahora. Entendemos por tanto, que en el periodo 3-6 años la intervención especializada ante los casos detectados no se proporciona con la misma inmediatez que entre los 0 y los 3 años. Sería posible plantear dos argumentos, que nos servirían; uno para respaldar este hecho y otro, para

cuestionarlo. Por un lado, podemos considerar que los niños y niñas que son detectados entre 3 y 6 años pueden manifestar trastornos menores y por tanto, no se requiere una intervención directa. De otro lado, el hecho de que se trate de niños y niñas escolarizados en el segundo ciclo de Educación Infantil, donde se cuenta con los recursos personales y materiales necesarios, debería garantizar una atención educativa mucho más inmediata. No obstante, es significativo el escaso valor que se aporta por los centros de primer ciclo y por los CAIT a la inmediatez de la intervención de los profesionales de referencia en el tramo de edad de 3 a 6 años.

La puntuación global de los ítems que componen el bloque 1.1 podemos verla representada en el siguiente gráfico:

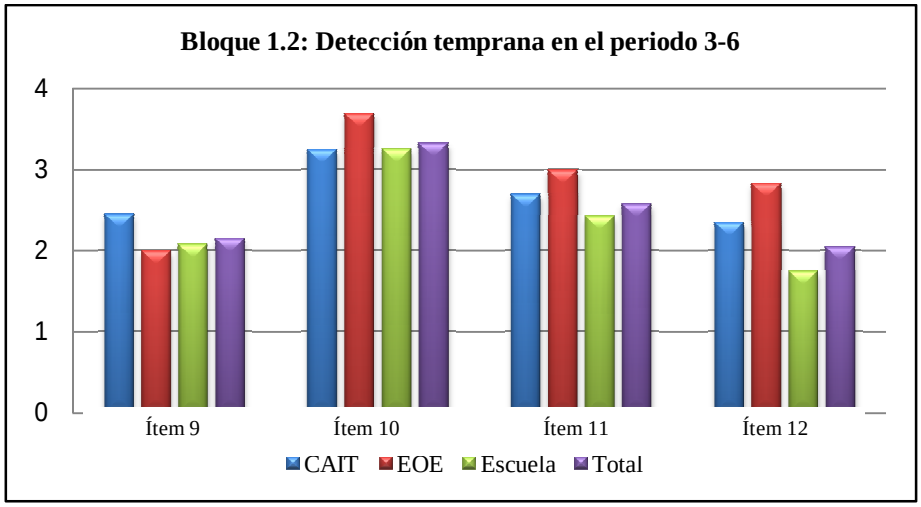


Gráfico 50. Puntuación de los ítems en el Bloque 1.2

Existe un consenso bastante generalizado por parte de los encuestados al situar que en el periodo 3-6 años el ámbito principal de detección lo constituye el ámbito educativo, frente a lo que se había considerado en el periodo 0-3. Por otro lado, la valoración respecto a la inmediatez de la respuesta, una vez detectado el alumno o alumna con trastornos en el desarrollo o en riesgo de padecerlo es menor que en el primer ciclo de Educación Infantil. Es comprensible que la prioridad de la intervención especializada se dirija al periodo 0-3, sin embargo, si la detección no se produce hasta el periodo 3-6, por los motivos o circunstancias que puedan haberse dado, no entendemos por qué no se ofrece con la misma inmediatez, tanto en el ámbito educativo, a través de los EOE, como a través del ámbito de la salud, a través de los CAIT. En este sentido, el Protocolo de 30 de marzo de 2015, ha diferenciado de forma clara los periodos de intervención delegando una importante tarea en el periodo 3-6 hacia los EOE.

En cualquier caso, hemos comprobado de nuevo el ANOVA de un factor, aplicado al bloque 1.2, para comparar las puntuaciones medias de las respuestas a cada uno de los ítems según cada uno de los equipos profesionales. Para ello, presentamos la media y las desviaciones típicas de cada ítem.

		N	Media	Desv. Típ.
Ítem 9	CAIT	20	2,45	0,510
	EOE	12	2,00	0,603
	Escuelas	53	2,08	0,675
	Total	85	2,15	0,646
Ítem 10	CAIT	20	3,25	0,444
	EOE	13	3,69	0,480
	Escuelas	53	3,26	0,836
	Total	86	3,33	0,727
Ítem 11	CAIT	20	2,70	0,470
	EOE	13	3,00	0,707
	Escuelas	53	2,43	0,665
	Total	86	2,58	0,659
Ítem 12	CAIT	20	2,35	0,587
	EOE	12	2,83	0,835
	Escuelas	52	1,75	0,837
	Total	84	2,05	0,877

Tabla 80. Puntuación de los ítems en el Bloque 1.2

	F	**Sig.**
Ítem 9	2,968	0,057
Ítem 10	1,999	0,142
Ítem 11	4,637	0,012
Ítem 12	11,22	0,000

Tabla 81. Anova de un factor de cada ítem del Bloque 1.2

Como ya hemos comentado anteriormente, aunque aparentemente podamos pensar que las diferencias no son manifiestas, la decisión de si las diferencias son significativas depende de la significación de F. Por tanto, mediante la aplicación del ANOVA de un factor podemos valorar estadísticamente si las diferencias de medias son significativas o no. De este modo, observamos que las diferencias de medias son significativas en dos ítems: en el ítem 11 (eficacia de los procedimientos de detección) donde los profesionales de los EOE realizan una valoración de los procedimientos de detección como bastante adecuados, mientras que los profesionales del primer ciclo consideran que la eficacia de los mismos es poca o al menos no al mismo nivel de lo que los procedimientos establecidos para el primer ciclo. Los CAIT, por su parte, también realizan una valoración inferior a la realizada en el bloque 1.1, aunque la diferencia de las medias no es tan acusada. Estas valoraciones vuelven a poner de manifiesto las grandes diferencias que se han establecido entre ambos periodos, fijando como prioridad el periodo 0-3 y delegando la atención en el periodo 3-6 al sistema educativo. Es posible que en muchos casos la respuesta esté en el centro docente, lo cual no debería ser incompatible con una valoración previa por UAIT o CAIT y la correspondiente coordinación con el equipo docente del alumno o alumna.

Bloque 1.3. Valoración con independencia del momento en el que se realiza la detección:

Esta subdimensión se plantea con el objetivo de corroborar el análisis que se realizaba en las dimensiones anteriores de este mismo bloque, al diferenciar los periodos 0-3 y 3-6, centrando el análisis en dos cuestiones que considerábamos básicas, como son los procedimientos de detección y la inmediatez de la intervención.

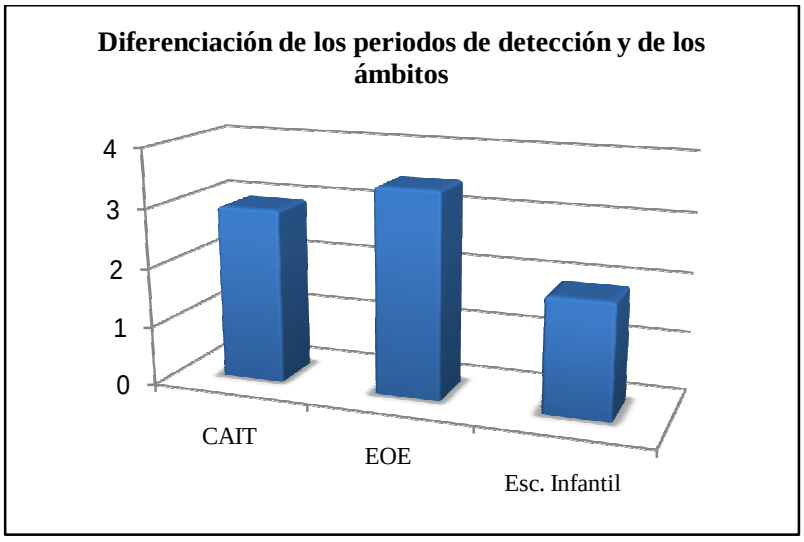


Gráfico 51. Diferenciación entre periodos y ámbitos para la intervención

Tanto los CAIT como los EOE y estos últimos, en especial, consideran que es muy necesario que los procedimientos de detección tengan en cuenta el periodo 0-3 o 3-6, así como el ámbito donde se produce (educación /salud), de modo que la intervención posterior sobre cada uno de los casos pueda orientarse de un modo diferente. Sin embargo, los profesionales del primer ciclo han ofrecido una valoración contraria, otorgando escasa relevancia al momento y al ámbito de la detección.

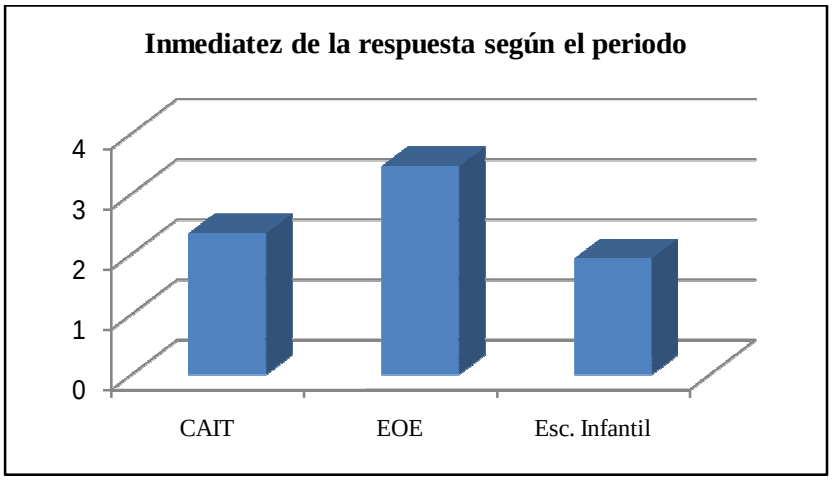


Gráfico 52. Inmediatez de la intervención según el periodo

En lo que respecta a la valoración de la inmediatez de la intervención en función del momento de la detección, tanto los CAIT como los centros de primer ciclo coinciden en que la agilidad de la intervención en el periodo 3-6 es menor que la ofrecida en el periodo 0-3. Tan solo los EOE consideran que esta intervención se facilita con la misma agilidad y eficacia en ambos periodos.

		N	Media	Desv. Típ.
Ítem 13	CAIT	20	2,95	0,945
	EOE	13	3,46	1,050
	Escuelas	60	1,93	1,219
	Total	93	2,37	1,284
Ítem 14	CAIT	20	2,35	0,587
	EOE	12	2,50	1,087
	Escuelas	55	1,42	0,786
	Total	87	1,78	0,920

Tabla 82. Puntuación de los ítems en el Bloque 1.3

	F	**Sig.**
Ítem 13	12,844	0,000
Ítem 14	15,805	0,000

Tabla 83. Anova de un factor de cada ítem del Bloque 1.3

La aplicación del ANOVA de un factor en esta dimensión confirma estadísticamente que las diferencias de medias son significativas en ambos ítems, coincidiendo con lo planteado en el análisis individual realizado de cada uno de ellos.

DIMENSIÓN: RECURSOS (Bloque 2)

El Decreto 85/2016, establece en su artículo 3, que la Atención Infantil Temprana se entiende como "e*l conjunto de intervenciones planificadas por un equipo de profesionales de orientación interdisciplinar o transdisciplinar dirigidas a la población infantil menor de 6 años, a la familia y al entorno, que tienen por objetivo dar respuesta lo más pronto posible a las necesidades transitorias o permanentes que presentan la población infantil con trastornos en su desarrollo o que tienen el riesgo de padecerlos"*. Esta definición incluye como recursos para la AIT a profesionales de orientación interdisciplinar (profesionales de distintas disciplinas en el que existe un espacio formal para compartir la información) y transdisciplinar (profesionales que adquieren conocimiento de otras disciplinas relacionadas y las incorporan a su práctica, y en el que un solo profesional del equipo asume la responsabilidad de la atención al menor y el contacto directo con la familia).

El mapa de recursos de la atención infantil temprana en la comunidad autónoma de Andalucía es muy diversificado, si entendemos que hemos de considerar tanto a los profesionales de la Consejería de Salud como a los de la Consejería de Educación, puesto que pueden tener una implicación más o menos directa en la atención a los menores de 6 años con trastornos en el desarrollo o que tienen el riesgo de padecerlos. Por lo tanto, el conocimiento mutuo de estos profesionales y de sus procedimientos específicos, es un requisito básico para que los posteriores procesos de coordinación sean eficientes.

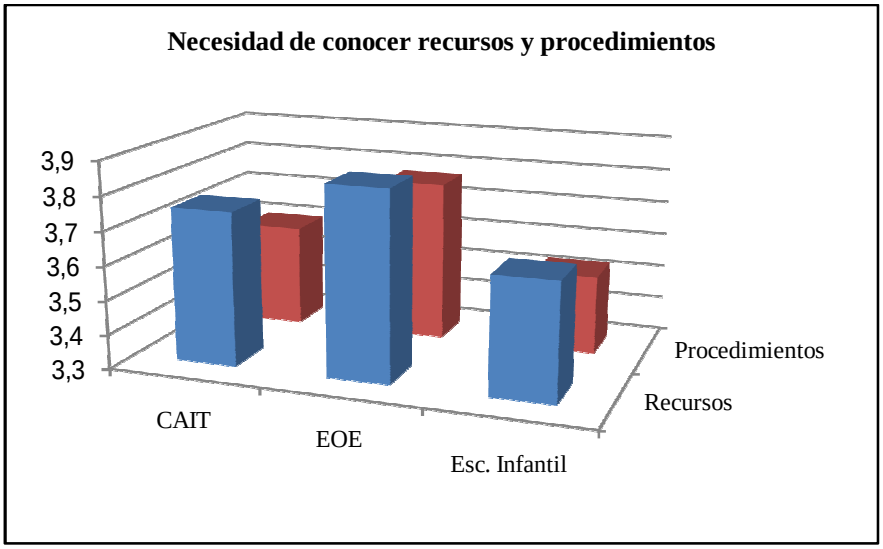


Gráfico 53. Necesidad de conocer los recursos y procedimientos de las Consejerías Salud/Educación

		N	Media	Desv. Típ.
Ítem 15	CAIT	20	3,75	0,444
	EOE	13	3,85	0,555
	Escuelas	61	3,64	0,484
	Total	94	3,69	0,487
Ítem 19	CAIT	20	3,6	0,503
	EOE	13	3,77	0,599
	Escuelas	62	3,53	0,564
	Total	95	3,58	0,557

Tabla 84. Puntuaciones sobre la necesidad de conocer los recursos y procedimientos de las Consejerías Salud/Educación

Los profesionales de los tres ámbitos que han sido objeto de este estudio manifiestan de forma evidente la necesidad de conocer los recursos y los procedimientos de la Consejería con la que se coordinan en el proceso de AIT, como condición para poder realizar un mejor abordaje del trabajo conjunto y coordinado que han de desarrollar. Sería necesario comprobar el nivel de conocimiento con el que cuentan actualmente para poder determinar si esta valoración se debe a un escaso nivel de conocimiento sobre los recursos y procedimientos de la Consejería de Salud (EOE y centros de primer ciclo) o de la Consejería de Educación (CAIT) o por el contrario, el

grado de conocimiento es alto y por tanto lo valoran como algo muy relevante para el desarrollo de sus funciones.

Precisamente con esta intención, se incluye el ítem 18 y que podemos analizar a continuación.

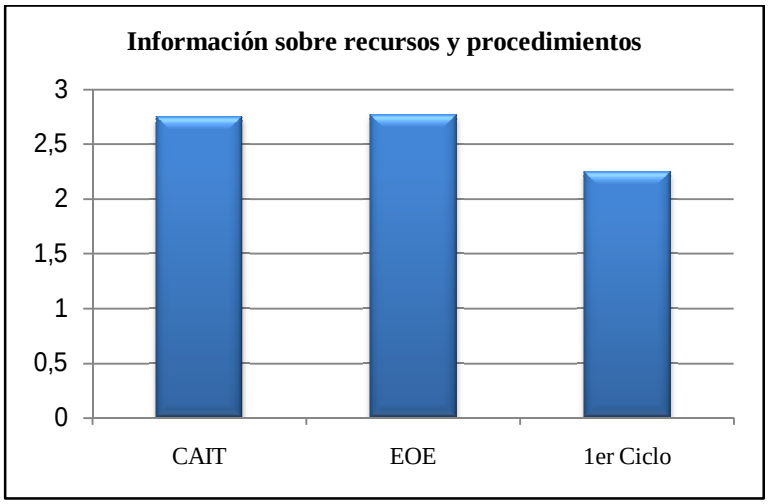


Gráfico 54. Información sobre recursos y procedimientos de las Consejerías Salud/Educación

		N	Media	Desv. Típ.
Ítem 18	CAIT	20	2,75	0,786
	EOE	13	2,77	1,092
	Escuelas	61	2,25	0,888
	Total	94	2,43	0,922

Tabla 85. Puntuaciones sobre la información de recursos y procedimientos de las Consejerías Salud/Educación

Si analizamos las puntuaciones obtenidas tras el análisis de las respuestas que ofrecen los encuestados, podemos concluir que el grado de información sobre los recursos y procedimientos específicos de la Consejería de la que dependen, así como de la Consejería con la que se han de coordinar, aún manteniéndose en un nivel adecuado, no son ni mucho menos los resultados esperados, si en los ítems analizados anteriormente se valoraba como muy importante este nivel de conocimiento como condición para la mejora de las funciones que desarrollan en el ámbito de la AIT. La justificación de gran parte de las discrepancias, conflictos,… que se dan en la práctica diaria de estos profesionales se encuentra en el gran desconocimiento de lo que hace el otro y de cuáles son los procedimientos establecidos por su Administración y que ha de seguir.

Por último, en este bloque nos propusimos conocer, si a criterio de los encuestados, los recursos con los que contaban la Consejería de Educación (ítem 16) y la Consejería de Salud (ítem 17) eran los adecuados. Se ofrecen los datos de forma comparada tanto en el gráfico como en la tabla de puntuaciones.

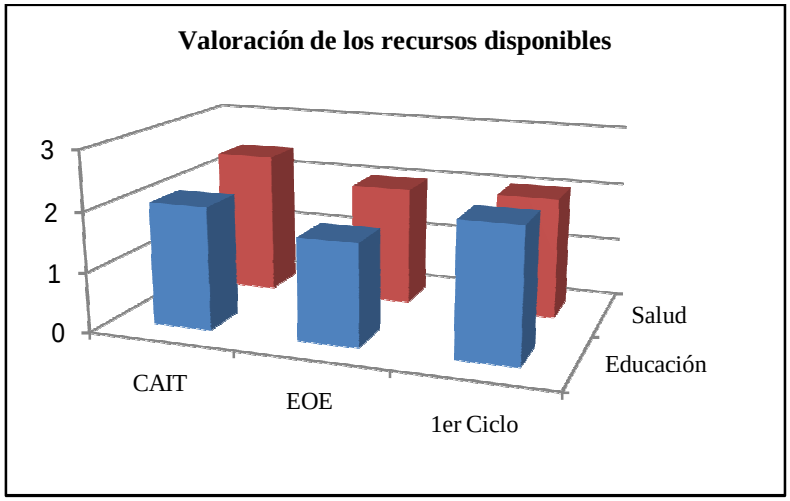


Gráfico 55. Información sobre recursos y procedimientos de las Consejerías Salud/Educación

		N	Media	Desv. Típ.
Ítem 16	CAIT	20	2,05	0,605
	EOE	13	1,69	0,751
	Escuelas	62	2,19	0,827
	Total	95	2,09	0,787
Ítem 17	CAIT	20	2,40	0,754
	EOE	13	2,00	0,707
	Escuelas	62	2,03	0,746
	Total	95	2,11	0,751

Tabla 86. Información sobre recursos y procedimientos de las Consejerías Salud/Educación

En ambos casos, según las opiniones de los profesionales de los tres ámbitos, los recursos con los que cuentan tanto la Consejería de Educación como la Consejería de Salud son insuficientes para el adecuado desarrollo de la atención infantil temprana. Si observamos la gráfica podríamos interpretar que los recursos disponibles en la Consejería de Salud obtienen mejor valoración, pero las diferencias son mínimas. Nos resulta llamativo que los profesionales del primer ciclo de Educación Infantil han valorado mejor los recursos disponibles en la Consejería de Educación, que los disponibles en la Consejería de Educación.

Analizando de forma global las puntuaciones obtenidas en los ítems que componen este bloque, podemos apreciar que los ítems que menores valoraciones obtienen son los referidos a la existencia de recursos suficientes (ítems 16 y 17), así como en el escaso grado de información que manifiestan poseer respecto a los recursos y procedimientos específicos de AIT. De forma contraria se muestran las valoraciones realizadas cuando se les instaba a considerar la necesidad de conocer los recursos y procedimientos dispuestos por las Consejerías de Salud y Educación, como factor que facilita y permitiría una mejora en el desarrollo de su trabajo. Aunque no se aprecian diferencias significativas entre las medias de cada equipo en las distintas cuestiones, confirmaremos esta apreciación mediante la aplicación del ANOVA.

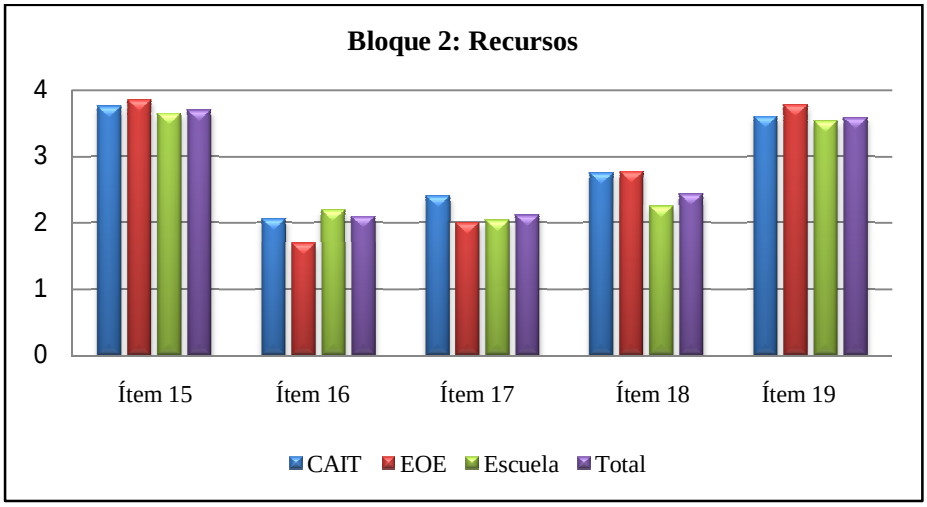


Gráfico 56. Puntuación de los ítems en el Bloque 2

Era necesario que en este bloque se realizase la correspondiente comprobación de la ANOVA, ya que es importante determinar las diferencias existentes entre las puntuaciones medias obtenidas en cada ítem. Para ello, presentamos las medias y las desviaciones típicas de cada ítem que componen este bloque.

		N	Media	Desv. Típ.
Ítem 15	CAIT	20	3,75	0,444
	EOE	13	3,85	0,555
	Escuelas	61	3,64	0,484
	Total	94	3,69	0,487
Ítem 16	CAIT	20	2,05	0,605
	EOE	13	1,69	0,751
	Escuelas	62	2,19	0,827
	Total	95	2,09	0,787
Ítem 17	CAIT	20	2,40	0,754
	EOE	13	2,00	0,707
	Escuelas	62	2,03	0,746
	Total	95	2,11	0,751
Ítem 18	CAIT	20	2,75	0,786
	EOE	13	2,77	1,092
	Escuelas	61	2,25	0,888
	Total	94	2,43	0,922
Ítem 19	CAIT	20	3,6	0,503
	EOE	13	3,77	0,599
	Escuelas	62	3,53	0,564
	Total	95	3,58	0,557

Tabla 87. Puntuación de los ítems en el Bloque 2

	F	Sig.
Ítem 15	1,154	0,320
Ítem 16	2,284	0,108
Ítem 17	2,005	0,140
Ítem 18	3,479	0,035
Ítem 19	0,991	0,375

Tabla 88. Anova de un factor de cada ítem del Bloque 2

Si analizamos la significación de F, obtenida mediante la aplicación del ANOVA de un factor podemos valorar estadísticamente si las diferencias de medias son significativas o no. De este modo, observamos que las diferencias de medias son significativas en el ítem 18, referida al grado de información que los distintos profesionales encuestados disponen sobre los recursos y procedimientos específicos de cada Consejería. En este sentido, la media obtenida para el colectivo de profesionales del primer ciclo dista mucho (2,25) de las medias de CAIT (2,75) y de EOE (2,77) que son prácticamente iguales. Se entiende por tanto que la información de que se dispone en el primer ciclo es muy inferior a la que pueden tener CAIT y EOE.

Se incluyó al final de este bloque una pregunta de respuesta abierta (ítem 20), con objeto de que los profesionales encuestados realizasen propuestas respecto a perfiles profesionales que pudieran tener un papel importante en el desarrollo de la AIT y con el que actualmente no cuentan las Consejerías implicadas.

Al igual que se planteó anteriormente, presentamos de forma literal las aportaciones realizadas por los distintos encuestados, que serán contrastadas y trianguladas, finalmente, cuando analicemos los restantes instrumentos utilizados en nuestra investigación. Se presentan agrupadas en función del equipo profesional que las realiza:

CAIT

"Tras la detección y diagnóstico funcional del menor debería existir algún recurso específico sobre todo a nivel educativo para poder realizar la intervención del niño/a de una forma integral y multidisciplinar. Aportar un apoyo específico dentro/fuera del aula, para niños/as atendidos desde los CAIT, EOE,... "

"Personal de servicios sociales (trabajador social, educador social)"

"No, pero si mejorar lo que ya tenemos"

"Personal del ámbito social"

"Logopeda clínico y fisioterapeuta en el colegio."

"La figura de educador en habilidades de autonomía en la casa y entorno."

"Debería estar presente la figura del logopeda en los EPAT y UAIT, para tener una visión global de todos los trastornos que puedan ser detectados en los niños y niñas."

"Quizás la figura del terapeuta ocupacional sería interesante, ya que en muchas ocasiones es demandado por lo padres un trabajo de autonomía personal."

EOE

"Especialista en terapia ocupacional"

"Existe saturación en el área de Salud Mental Infantil. Por lo demás la coordinación entre CAIT y EOE me parece adecuada."

"Maestros de PT y AL, fisioterapeutas y monitores de E.E. en las CEI y Escuelas Infantiles, para dar respuesta educativa a este alumnado desde su centro escolar y que no tenga que salir de él para recibirla (en el caso de Isla Cristina, en otra localidad) con la pérdida de integración en su grupo de referencia y además, que cuando regresan, después de romperse todas las rutinas, llegan llorando y cansados. Debería estar formado el EOE Especializado provincial por varias personas en cada especialidad."

"El equipo especializado en atención temprana de Educación, debería contar con médico y logopeda."

"Ampliar el equipo del perfil de logopeda, fisioterapeutas y psicólogos/as".

"En nuestra zona carecemos de médico especialista en Pediatría, solo contamos con médicos de familia, lo que en algunos casos supone un retraso en la valoración, y por ende, en la atención. Aunque se está creando una estructura a nivel provincial que intenta paliar en parte esta situación, a mi entender solo supone un pequeño proceso que no va a solucionar totalmente el problema."

"Mayor formación a las familias para que puedan detectar y prevenir."

"Que la Consejería disponga de un responsable provincial para la atención a la discapacidad visual y no de la ONCE."

"Faltan educadores y trabajadores sociales también para la intervención con 0-6 años. Porque la parte preventiva y trabajo con las familias es fundamental en estas etapas."

"Son exiguos los médicos escolares, y la formación clínica en los EOE. En Salud un solo UAIT para toda la provincia creemos que es totalmente insuficiente"

1er CICLO

"Crear algún tipo de comisión donde estuviesen representadas escuelas infantiles, que permitiese mayor coordinación, conocimiento de problemáticas de atención de alumnado con trastornos del desarrollo, provisión de recursos a centros que contasen con alumnado que necesitan una atención específica, formación al personal de escuelas infantiles por parte de Educación ..."

"La figura de un coordinador que haga el seguimiento de los niños/as que han sido detectados, para evaluar la evolución."

"Sí, especialistas en el 1er ciclo de educación infantil (PT)."

"Profesorado especialista en el 1er ciclo de E.I."

"Orientación lo más exhaustiva posible y clara a la familia."

"En el primer ciclo no contamos con profesionales especializados."

"Monitores especialistas en la atención a alumnos con trastornos motores."

"No, sería necesario aumentar los que ya existen."

"Más especialistas que puedan atender nuestras demandas."

"Creo que debería formarse al personal que trabaja en educación infantil, reciclaje."
"Creemos que el personal EOE debería pasar por los centros al menos 1 vez en el curso así estableceríamos otro tipo de relación con el equipo."
"Educadores sociales"
"Personal sanitario en el 1er ciclo de E.I."
"Profesorado especialista en atención temprana en el primer ciclo."
"Fisioterapeutas"

Tabla 89. Propuestas de nuevos perfiles profesionales a la AIT

DIMENSIÓN: COORDINACIÓN (Bloque 3)

Hemos insistido en numerosas ocasiones, a lo largo de esta investigación, en que el modelo de atención infantil temprana actual precisa, necesariamente de acciones coordinadas a través de un modelo integral que agrupe las intervenciones realizadas desde los diferentes sectores: educativo, sanitario y social. En este sentido, un abordaje eficaz de la AIT tiene que ver con la necesidad de un enfoque integral, de una respuesta intersectorial, interdisciplinar y multiprofesional inserta en un modelo de intervención uniforme, centrado en el niño o la niña, familia y entorno, aspectos éstos claramente alejados de las divisiones que establece la atribución de competencias a las distintas administraciones o diversos departamentos de cada Administración.

Planteada esta premisa, nuestro cuestionario no podía dejar de incluir un bloque dirigido de forma específica a recopilar información referente a la coordinación existente entre los equipos que más directamente contribuyen a la adecuada escolarización en el segundo ciclo de Educación Infantil de los niños y niñas con trastornos en el desarrollo o que están en riesgo de padecerlos. Se presenta a continuación el análisis de los distintos ítems que conformaron el bloque de "Coordinación".

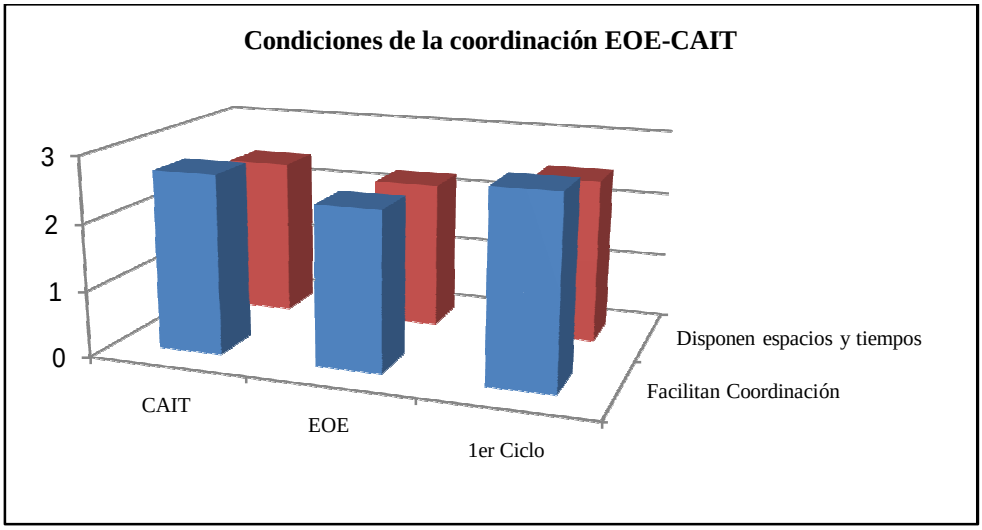


Gráfico 57. Condiciones de la coordinación EOE-CAIT

		N	Media	Desv. Típ.
Ítem 21	CAIT	20	2,70	0,733
	EOE	13	2,38	0,870
	Escuelas	60	2,82	0,748
	Total	93	2,73	0,768
Ítem 26	CAIT	20	2,40	0,883
	EOE	13	2,23	1,092
	Escuelas	55	2,47	0,900
	Total	88	2,42	0,919

Tabla 90. Condiciones de la coordinación EOE-CAIT

El proceso de atención temprana se definió en Andalucía en el año 2006, mediante el Proceso Asistencial Integrado y ello conllevó la contratación de las ocho consultoras de AIT, que aún hoy se mantienen, una en cada Delegación Territorial de Salud. Por otro lado, no fue hasta el año 2009 cuando se empieza a contar con los primeros orientadores y orientadoras especialistas en AIT como miembros de los EOE Especializados. La coordinación de estas dos figuras es la clave del proceso de AIT en cada provincia andaluza, por lo que mientras no se estableció por normativa el proceso de coordinación, se podía contar con ocho modelos de AIT diferentes, uno por provincia. Sin embargo, la publicación del Protocolo de 30 de marzo de 2015 por el que se establecía la coordinación entre las Consejerías de Educación Salud, supuso tras años de demandas la primera definición oficial del modelo de coordinación que debía implementarse en toda la comunidad andaluza. Sin embargo, la coordinación interadministrativa, tal y como expone la European Agency for Development in Special Needs Education (2005) es un factor considerado clave para el correcto desarrollo de la AIT. Tal y como se apuntó anteriormente, será necesario realizar un proceso de evaluación de la coordinación actual, antes de abordar la prescriptiva actualización del citado Protocolo.

En este sentido, tras el análisis de los ítems 21 y 26, donde abordamos las condiciones de carácter general que deben darse para que la coordinación entre estos equipos profesionales sea posible, podemos comprobar que los resultados obtenidos no valoran de forma sobresaliente estos aspectos. De un lado (ítem 21), todos los encuestados reconocen que las Consejerías facilitan que esta coordinación se lleve a cabo (media total: 2,73) lo cual no es una valoración especialmente buena, aunque está muy cerca de alcanzar un nivel satisfactorio. De otro lado (ítem 26), las condiciones en las que esta coordinación transcurre, si preguntamos por los espacios y fundamentalmente, por los tiempos disponibles, los resultados obtenidos son incluso inferiores al anterior ítem (media total: 2,42).

Analizadas las condiciones necesarias para que esta coordinación interadministrativa y multiprofesional pueda darse, introdujimos una serie de ítems (22, 23 y 24) mediante los que se pretendía obtener información sobre el nivel de coordinación entre los distintos equipos encuestados, según su propia experiencia.

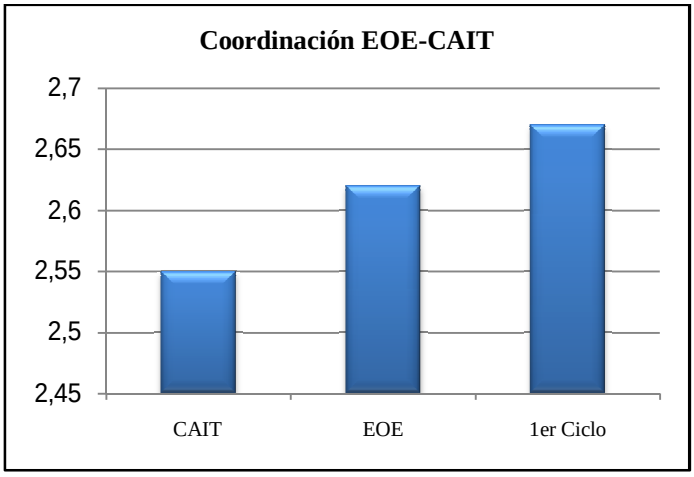


Gráfico 58. Valoración de la coordinación EOE-CAIT

		N	Media	Desv. Típ.
Ítem 22	CAIT	20	2,55	0,686
	EOE	13	2,62	0,768
	Escuelas	58	2,67	0,846
	Total	91	2,64	0,796

Tabla 91. Valoración de la coordinación EOE-CAIT

Observamos que, aún no obteniéndose valores muy satisfactorios en la coordinación entre EOE y CAIT, son los centros de primer ciclo los que mejor valoran la coordinación entre estos equipos (media: 2,67), mientras que los CAIT son los que peores valoraciones otorgan a esta coordinación (media: 2,55). Es necesario resaltar que, en la mayoría de los casos, tanto la intervención de los CAIT como la de los EOE, especialmente durante el proceso de escolarización, tienen como referentes los centros de primer ciclo donde los niños y niñas identificados con trastornos en el desarrollo están escolarizados, por lo que son objeto de visitas, entrevistas, valoraciones *"in situ"*,…, ya que son los espacios donde mejor pueden valorarse las necesidades de estos alumnos y alumnas, así como contar con información muy valiosa de los profesionales que llevan trabajando ellos, en un entorno normalizado, meses e incluso, años.

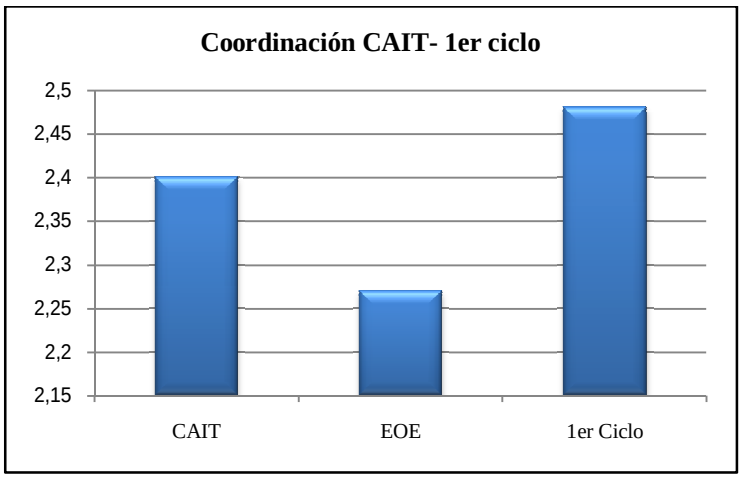


Gráfico 59. Valoración de la coordinación CAIT- 1er ciclo de E.I.

		N	Media	Desv. Típ.
Ítem 23	CAIT	20	2,40	0,503
	EOE	11	2,27	1,009
	Escuelas	62	2,48	0,971
	Total	93	2,44	0,890

Tabla 92. Valoración de la coordinación CAIT- 1er ciclo de E.I.

No podemos negar, que la impresión obtenida, tras el análisis de estos resultados, no es positiva, teniendo en cuenta la trascendental importancia para la atención integral que, los niños y niñas con trastornos en el desarrollo o que están en riesgo de padecerlo con edades comprendidas entre los 0 y los 3 años, tiene la coordinación entre estos equipos, cuyas intervenciones requieren de una programación conjunta si se pretenden obtener resultados positivos en la evolución de los menores y en sus familias.

Se trata por tanto, de entornos, CAIT y centros o escuelas de educación infantil, que dependen necesariamente el uno del otro. En este sentido, la lectura que podemos realizar de los resultados obtenidos no está en la línea de que la coordinación no sea necesaria, más bien todo lo contrario. Es decir, no están definidas y habilitadas las condiciones por parte de las Consejerías competentes, para que estos profesionales puedan desarrollar una coordinación real y efectiva en la atención de los niños y niñas cuya atención comparten.

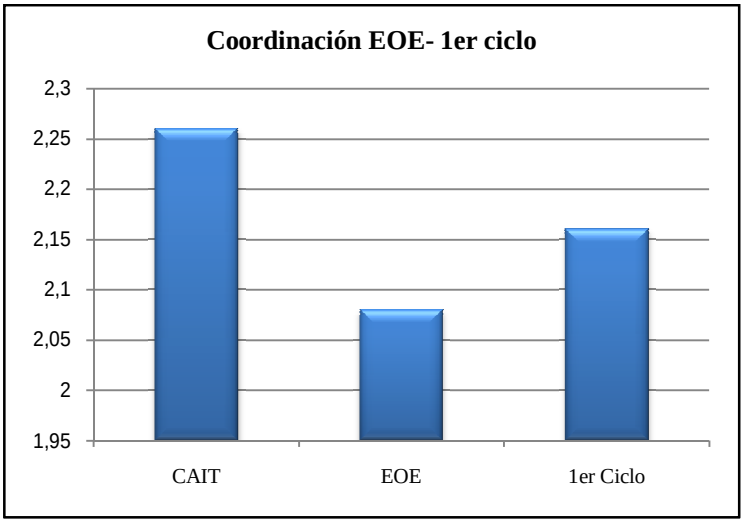


Gráfico 60. Valoración de la coordinación EOE- 1er ciclo de E.I.

		N	Media	Desv. Típ.
Ítem 24	CAIT	19	2,26	0,562
	EOE	12	2,08	0,900
	Escuelas	62	2,16	0,961
	Total	93	2,17	0,880

Tabla 93. Valoración de la coordinación EOE- 1er ciclo de E.I.

En el caso de la coordinación EOE y centros de primer ciclo, volvemos a enfrentarnos con resultados significativamente inferiores a los esperados a priori, dada la necesaria vinculación que ha de existir entre los profesionales de estos ámbitos, que además forman parte de las estructuras y servicios ofertados por la Consejería de Educación. Destaca la valoración realizada por los EOE que muestran un nivel de coordinación con los centros de primer ciclo que podríamos calificar, si no de inexistente, al menos de muy escaso.

Es necesario insistir, que estas valoraciones se entienden desde la imposibilidad de poder establecer más y mejores cauces de coordinación, dada la sobrecarga de trabajo de los EOE y el número de centros de infantil y primaria que atienden en cada zona educativa.

Si realizamos una comparativa que incluya los tres ámbitos analizados, podemos valorar de forma aún más clarificadora los resultados según el ámbito analizado:

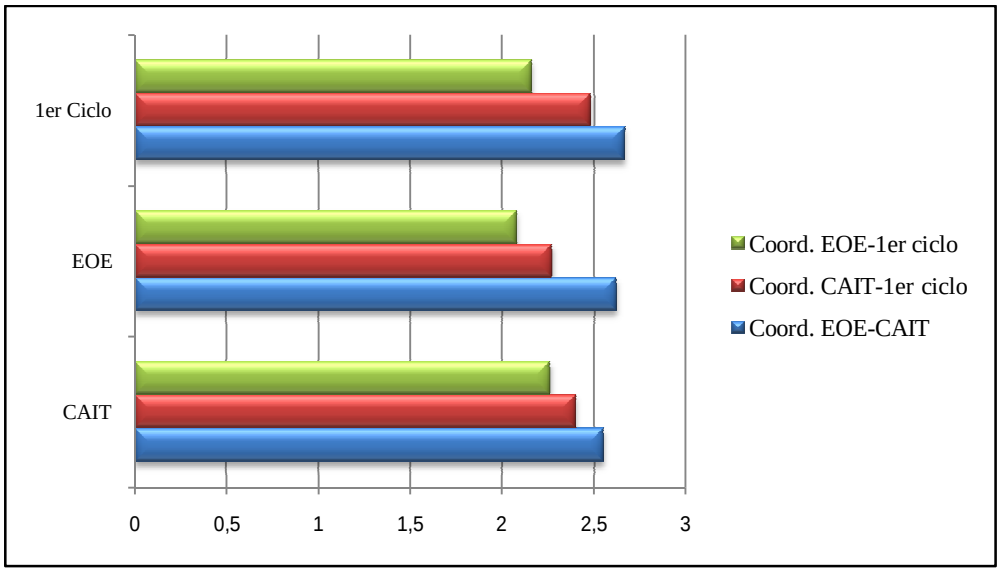


Gráfico 61. Valoración de la coordinación EOE- 1er ciclo de E.I.

A través de este gráfico, se puede evidenciar que el nivel coordinación con los centros de primer ciclo, tanto de los EOE como de los CAIT, es el indicador que manifiesta una menor valoración, siendo algo mejor en el caso de los CAIT que en los EOE.

Sin duda alguna, nos encontramos ante una cuestión que requiere de una mayor profundización, puesto que la atención infantil temprana no puede entenderse desde actuaciones específicas de cada ámbito profesional, sin conexión alguna, porque de este modo poco habríamos avanzado en el actual modelo de atención infantil temprana, que apuesta por un enfoque integral de la intervención. Las Consejerías competentes deben valorar esta realidad y plantear algún tipo de respuesta a esta demanda que realizan los profesionales que cada día atienden a los menores y a sus familias.

A continuación, vamos a realizar un análisis, que en cierta medida, puede estar condicionado por las valoraciones que acabamos de analizar, referido a cuestiones tales como: planificación de respuesta educativa, participación del orientador u orientadora especialista en AIT y coordinación tras la escolarización en segundo ciclo.

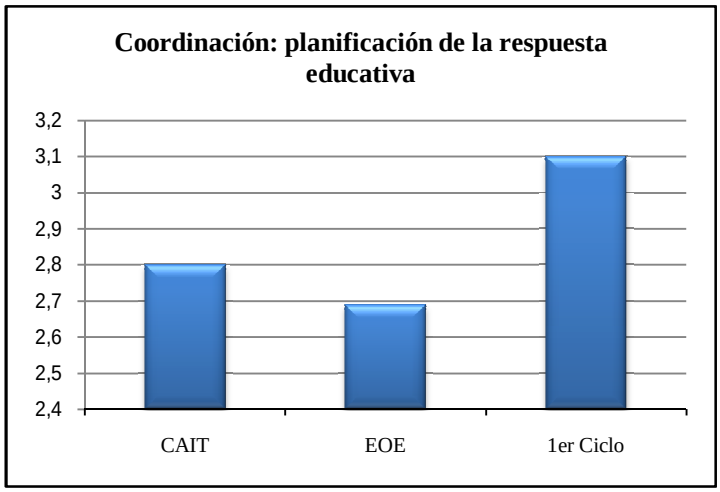


Gráfico 62. Valoración de la coordinación EOE/CAIT/1er ciclo de E.I. para la planificación de la respuesta educativa

		N	Media	Desv. Típ.
Ítem 27	CAIT	20	2,80	0,834
	EOE	13	2,69	0,947
	Escuelas	61	3,10	0,851
	Total	94	2,98	0,867

Tabla 94. Valoración de la coordinación EOE/CAIT/1er ciclo de E.I. para la planificación de la respuesta educativa

Los centros de primer ciclo ofrecen a este planteamiento una respuesta firme, respecto a la importancia que tiene la coordinación de estos tres equipos como requisito previo a poder garantizar una respuesta educativa que se ajuste a las necesidades educativas que presenta el alumno o alumna en su escolarización al segundo ciclo de Educación Infantil. Sin embargo, esta valoración dista significativamente de la ofrecida por los CAIT y especialmente, por los EOE, cuyas valoraciones no permiten establecer esta vinculación directa: coordinación y planificación de la respuesta educativa. Los tres ámbitos objetos de estudio son esenciales en la atención a los niños y niñas con trastornos en el desarrollo que inicia su escolarización en el segundo ciclo de Educación Infantil. Si no existe una valoración positiva y un reconocimiento profesional mutuo, difícilmente podremos hablar de un enfoque integral de la intervención y por tanto, los procesos de coordinación actuales se demostrarían absolutamente ineficaces.

Nos gustaría profundizar en este aspecto en el siguiente capítulo, cuando podamos realizar una triangulación con los resultados obtenidos en otros instrumentos y así, poder obtener una conclusión más clara al respecto o al menos, poder justificar con mayores argumentos este aspecto.

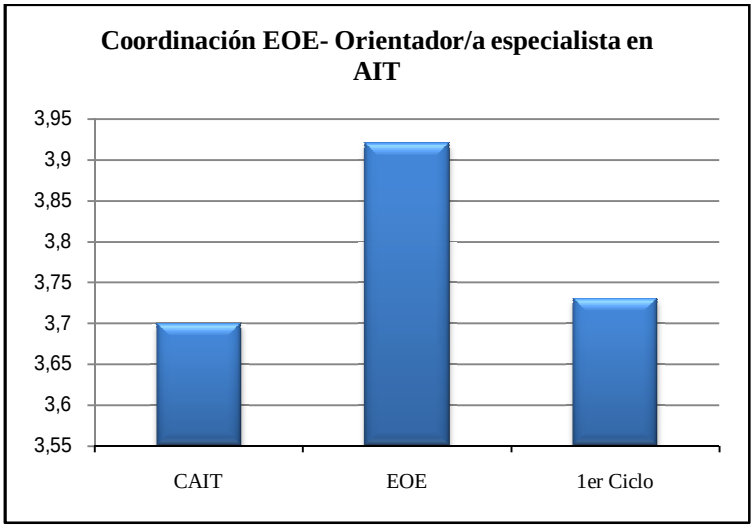


Gráfico 63. Valoración de la coordinación EOE- orientador/a especialista en AIT

		N	Media	Desv. Típ.
Ítem 28	CAIT	20	3,70	0,470
	EOE	13	3,92	0,277
	Escuelas	62	3,73	0,485
	Total	95	3,75	0,461

Tabla 95. Valoración de la coordinación EOE- orientador/a especialista en AIT

La coordinación entre el EOE y el orientador u orientadora especialista en AIT se presenta como una premisa fundamental en la escolarización del alumnado con trastornos en el desarrollo o que están en riesgo de padecerlo en el segundo ciclo de Educación Infantil. Las tareas de coordinación en el EPAT, las funciones de detección en el periodo 0-3 años, el asesoramiento a los centros de primer ciclo,…, hacen que este perfil profesional sea valorado por los distintos equipos como una figura fundamental en el proceso de nueva escolarización de este alumnado, especialmente por los EOE (media: 3,92). Sin embargo, nos resulta complicado pensar cómo un único profesional, que atiende a toda una provincia, puede ofrecer respuesta al número de demandas que puede recibir cada curso escolar, calidad y eficacia de las mismas.

Además, las actuaciones de estos especialistas han sido objeto de revisión, tras la publicación de las Instrucciones de 22 de junio de 2015 y ratificadas en las Instrucciones de 8 de marzo de 2017, por las que se regula el protocolo para la detección, identificación del alumnado NEAE y la organización de la respuesta educativa, estableciéndose de forma prescriptiva su intervención, ante la propuesta en los dictámenes de escolarización de modalidad C o D, en la escolarización del alumnado en el segundo ciclo de Educación Infantil, debiendo manifestar su respaldo o no ante dicha propuesta. Por tanto, dada la novedad de estas intervenciones y sus consecuencias inmediatas en la coordinación intra administrativa, nos interesaba conocer las opiniones de los diferentes profesionales encuestados al objeto de la misma.

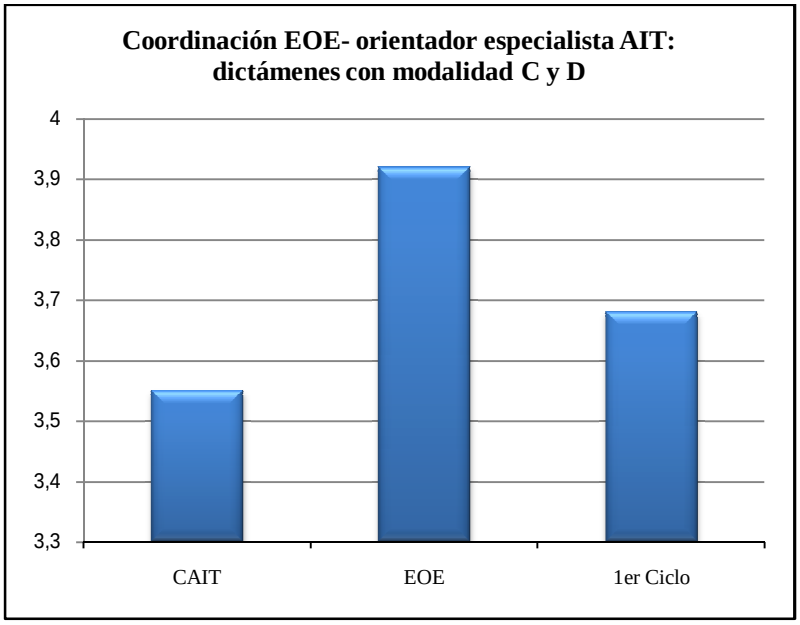


Gráfico 64. Valoración de la coordinación EOE- orientador/a especialista en AIT en dictámenes con modalidad C o D

		N	Media	Desv. Típ.
Ítem 29	CAIT	20	3,55	0,605
	EOE	13	3,92	0,277
	Escuelas	60	3,68	0,504
	Total	93	3,69	0,510

Tabla 96. Valoración de la coordinación EOE- orientador/a especialista en AIT en dictámenes con modalidad C o D

La intención con la que la Consejería de Educación regula esta intervención del orientador u orientadora especialista en AIT, lejos de restar competencias al EOE que realiza el dictamen de escolarización y propone una modalidad C o D, lo que pretende es proporcionar mayor rigor y garantías a la escolarización de los niños y niñas en el periodo 3-6, de modo que siempre se apueste por la modalidad que implique una mayor inclusión social y educativa, proporcionando al mismo tiempo las ayudas y apoyos que requiera cada alumno o alumna.

Según podemos comprobar, la media total que se obtiene tras el análisis de este ítem en todos los cuestionarios es de 3,69, lo cual supone alcanzar casi la puntuación máxima de los valores que se incluían. Este dato es especialmente significativo porque implica un grado de aceptación de la intervención de este especialista muy alto y por tanto, muy bien acogida por los profesionales vinculados de forma directa o indirecta al proceso de escolarización.

Por último, queríamos conocer qué nivel de coordinación se mantiene entre los CAIT y los EOE tras el proceso de nueva de escolarización y por tanto, una vez el alumno o alumna ya está escolarizada en el segundo ciclo de Educación Infantil.

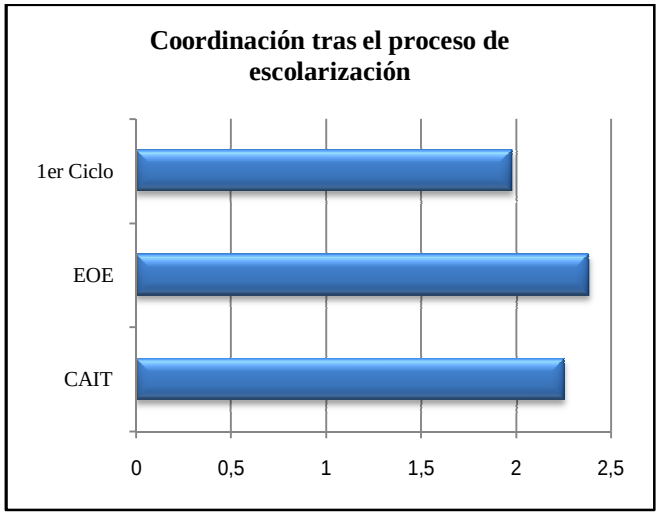


Gráfico 65. Valoración de la coordinación EOE-CAIT tras la escolarización

		N	Media	Desv. Típ.
Ítem 30	CAIT	20	2,25	0,786
	EOE	13	2,38	0,650
	Escuelas	51	1,98	0,990
	Total	84	2,11	0,905

Tabla 97. Valoración de la coordinación EOE-CAIT tras la escolarización

Un niño o niña con trastornos en el desarrollo o que está en riesgo de padecerlo puede ser atendido en un CAIT hasta los 6 años de edad, sin embargo, existe una tendencia cada vez mayor a que, una vez escolarizado en el segundo ciclo de Educación Infantil, los CAIT según lo establecido en el Protocolo de 30 de marzo de 2015, bajo el principio de complementariedad, puedan revisar la atención que reciba y reducirla o incluso, cesar en las intervenciones que tenga asignadas, si se considera que su trastorno puede y debe ser atendido en el centro docente. Esta circunstancia, genera no pocas discrepancias entre el sistema educativo y el sistema sanitario, dado que ambos tipos de intervención se sitúan en un mismo nivel, cuando existen diferencias más que notables.

Se requeriría por tanto, una estrecha coordinación entre los profesionales de CAIT y EOE para valorar cada caso y realizar una toma de decisiones ajustada a las necesidades del menor y en función de la capacidad de respuesta en cada ámbito, de modo que en ningún caso, éste viese comprometidas sus atenciones.

Se produce sin embargo, un descenso importante de la media obtenida (total: 2,11) en este ítem, lo cual indica que el nivel de coordinación entre el EOE y el CAIT es menor cuando el alumno o alumna ya se encuentra escolarizado en el segundo ciclo de Educación Infantil.

Para finalizar con el análisis de este bloque, presentamos un gráfico que recoge de forma global las puntuaciones medias obtenidas para cada ítem y que nos permite, visualizar de forma general los aspectos que hemos ido analizando de forma individualizada.

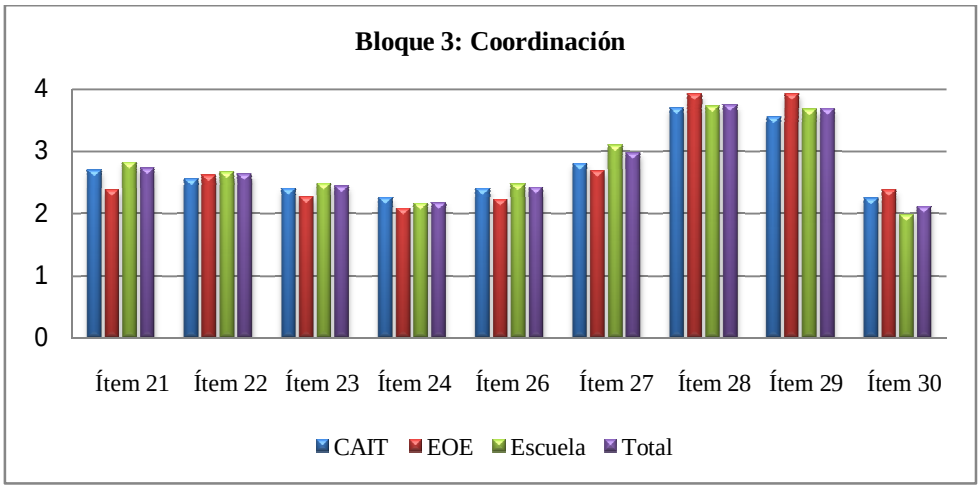


Gráfico 66. Puntuación de los ítems en el Bloque 3

Puede apreciarse en el conjunto de los ítems que componen el bloque 3 referido a la coordinación que, aún superándose la media en la mayoría de los casos, hay determinados valores como la coordinación EOE- CAIT, CAIT- 1er ciclo y EOE-1er ciclo que exigen un análisis más exhaustivo para justificar unos resultados que deberían ofrecer mejores valoraciones, dado el peso que las Consejerías competentes en el proceso de AIT han depositado en la coordinación intra e interadministrativa. Destacan las altas puntuaciones obtenidas en los ítems referidos a la intervención del orientador u orientadora especialista en AIT, que suponen un importante aval en la necesidad de este perfil, así como de las funciones que realiza dentro del proceso de nueva escolarización en el segundo ciclo de Educación Infantil.

Como se ha hecho en los bloques anteriores, hemos comprobado el ANOVA de un factor, aplicado al bloque 3, para comparar las puntuaciones medias de las respuestas a cada uno de los ítems, según cada uno de los equipos profesionales. Para ello, presentamos la media y las desviaciones típicas de cada ítem, necesarios para el cálculo de la varianza.

		N	Media	Desv. Típ.
Ítem 21	CAIT	20	2,70	0,733
	EOE	13	2,38	0,870
	Escuelas	60	2,82	0,748
	Total	93	2,73	0,768
Ítem 22	CAIT	20	2,55	0,686
	EOE	13	2,62	0,768
	Escuelas	58	2,67	0,846
	Total	91	2,64	0,796

Ítem 23	CAIT	20	2,40	0,503
	EOE	11	2,27	1,009
	Escuelas	62	2,48	0,971
	Total	93	2,44	0,890
Ítem 24	CAIT	19	2,26	0,562
	EOE	12	2,08	0,900
	Escuelas	62	2,16	0,961
	Total	93	2,17	0,880
Ítem 26	CAIT	20	2,40	0,883
	EOE	13	2,23	1,092
	Escuelas	55	2,47	0,900
	Total	88	2,42	0,919
Ítem 27	CAIT	20	2,80	0,834
	EOE	13	2,69	0,947
	Escuelas	61	3,10	0,851
	Total	94	2,98	0,867
Ítem 28	CAIT	20	3,70	0,470
	EOE	13	3,92	0,277
	Escuelas	62	3,73	0,485
	Total	95	3,75	0,461
Ítem 29	CAIT	20	3,55	0,605
	EOE	13	3,92	0,277
	Escuelas	60	3,68	0,504
	Total	93	3,69	0,510
Ítem 30	CAIT	20	2,25	0,786
	EOE	13	2,38	0,650
	Escuelas	51	1,98	0,990
	Total	84	2,11	0,905

Tabla 98. Puntuación de los ítems en el Bloque 3

	F	**Sig.**
Ítem 21	1,739	0,182
Ítem 22	0,178	0,837
Ítem 23	0,285	0,753
Ítem 24	0,164	0,849
Ítem 26	0,366	0,695
Ítem 27	1,741	0,181
Ítem 28	1,123	0,330
Ítem 29	2,167	0,120
Ítem 30	1,371	0,260

Tabla 99. Anova de un factor de cada ítem del Bloque 3

Como ya hemos comentado anteriormente, aunque aparentemente podamos pensar que las diferencias no son manifiestas, la decisión de si las diferencias son significativas depende de la significación de F. Si analizamos la significación de F, obtenida mediante la aplicación del ANOVA de un factor podemos valorar estadísticamente si las diferencias de medias son significativas o no. De este modo, observamos que las diferencias de medias no son significativas pues no encontramos valores inferiores a 0,05.

En este bloque se incluyó una pregunta abierta, de modo que los encuestados pudieran pronunciarse respecto a cómo entendían que debía plantearse la coordinación de las UAIT con los CAIT y los EOE. Se trata de una nueva estructura que aunque ha sido definida en la normativa que le es de aplicación, ha de integrarse en el engranaje actual y ello, tras 11 años de aplicación del modelo de AIT andaluz no es tarea fácil. Su aparición suscita ciertas dudas, especialmente en lo que respecta a posibles discrepancias que pueden surgir con los pediatras que les derivan casos con intención de que puedan ser atendidos en CAIT y finalmente, se decida que no es necesaria la intervención en CAIT. Siguiendo la misma tónica que con las preguntas de este tipo planteadas con anterioridad, mostramos a continuación las respuestas ofrecidas de forma fiel y literal, que serán contrastadas y trianguladas, finalmente, cuando analicemos los restantes instrumentos utilizados en nuestra investigación. Se presentan agrupadas en función del equipo profesional que las realiza:

CAIT

"Realizando reuniones trimestrales."

"A través de reuniones periódicas entre UAIT y CAIT para aclaraciones de diagnósticos, intervenciones,...ETC Y reuniones de cait y eoe para seguimiento de casos. De forma más general plantearía encuentros con CAIT, UAIT y EOE."

"Haciendo reuniones protocolizadas temporalmente."

"La coordinación debería estar reglada, y cumplirse. En la mayor parte de las ocasiones, depende en gran medida de la voluntad de los profesionales. En las escuelas infantiles, la coordinación es más adecuada, pero igual, siempre depende de la voluntad del profesional."

"De manera similar a la que se sigue con USMIJ. Una periodicidad concreta ya sea mensual, trimestral o semestral."

"Estableciendo un horario fijo de reuniones."

"Aún no nos hemos coordinado en Huelva."

"No creo que las UAIT aporten nada que no pueda hacer ya un CAIT."

"Reuniones programadas."

"Incluyendo a la UAIT en las reuniones de coordinación previas a escolarización. Aunque si es un niño/a que la UAIT ha visto hace tiempo, es posible que no puedan aportar gran cosa. No sé si habría ahora mismo otra forma de coordinación. Imagino que se irá viendo con el tiempo, conforme la UAIT vaya "rodando"."

"Una coordinación basada en la formación, unos conocimientos que se personalicen en el alumno en concreto y que sean prácticos."

EOE
"Siguiendo un protocolo de obligado cumplimiento para la coordinación de la zona."
"Con los EOE debería estar establecidas reuniones en las sedes o subsedes y los EOE correspondientes para el seguimiento de los alumnos evaluados tanto por UAIT y EOE y ver si la respuesta de CEIP y CAIT es la decuada y si hay alumnado nuevo destacado en cada ámbito, para coordinar la respuesta, tanto de educación (apoyos en centros) como sanidad (derivación, diagnóstico) y servicios sociales (tramitar también la minusvalía del que proceda, necesaria para la beca de ACNEAE)."
"Al menos tres reuniones al curso:
1º Trimestre, para organizar la respuesta educativa de los alumnos.
2º Trimestre, seguimiento y nueva escolarización.
3º Trimestre, información de los nuevos casos para el próximo curso."
"Una coordinación efectiva no puede reducirse a una reunión provincial al curso de la UAIT con los coordinadores y a una reunión anual de los CAIT con cada EOE. Deberíamos tener recursos suficientes para disponer de tiempo para esa coordinación."

1er CICLO
"Deberían trabajar conjuntamente ya sea a través de una plataforma o personalmente"
"Estaría bien, como ya mencioné, reunir periódicamente a los representantes de dichas entidades de forma periódica para tratar la realidad existente, proporcionar información y formación que afecte a todos..."
"Con un calendario de reuniones a lo largo del curso escolar ."
"En cuanto se detectara se debería de llevar un trabajo en común."
"Reuniones conjuntas y periódicas para estudiar los casos planteados por todos los equipos, y poder emitir respuestas conjuntas y eficaces conforme a los problemas planteados."
"Es complicado incorporar más profesionales a un proceso ya de por sí muy complejo."
"Previo consenso de criterios de actuación y de intervención."
"Con un programa informático en el que se vuelque toda la información actualizada de cada caso."
"Lo fundamental es la coordinación entre CAIT y EOE."
"Debería existir un mayor acercamiento a nuestras aulas con nuestros profesionales tanto de los uait como de eoe. Nos vemos solos ante un niño con problemas y una familia que niega en la mayoría de los casos que exista."

Tabla 100. Propuestas para la coordinación de las UAIT con los CAIT y los EOE

DIMENSIÓN: FORMACIÓN (Bloque 4)

La formación continua y permanente de los profesionales que intervienen con niños y niñas menores de 6 años y que presentan un trastorno en el desarrollo o están en riesgo de padecerlos es una cuestión que las Administraciones responsables habrán de abordar más temprano que tarde. Estos y estas profesionales han de adquirir y perfeccionar los fundamentos teóricos básicos de la atención infantil temprana, saber analizar y conocer los marcos claves en las actuaciones en AIT desde una perspectiva interdisciplinar, así como conocer los fundamentos de la prevención, detección, diagnostico y tratamiento en niños de 0 a 6 años con trastornos del desarrollo o riesgo de padecerlos.

Solo a través de planes de formación que permitan y faciliten la constante actualización de los profesionales de este ámbito, se garantizará un modelo de atención infantil temprana que sea capaz de responder a las exigencias de la sociedad. En este sentido, conscientes de la relevancia que tiene la formación en AIT, se incluyó en el cuestionario un bloque dirigido de forma específica a la formación de estos profesionales que nos pudiera aportar información sobre el nivel formativo, las opciones formativas actuales e incluso, sus propia predisposición a recibir esta formación.

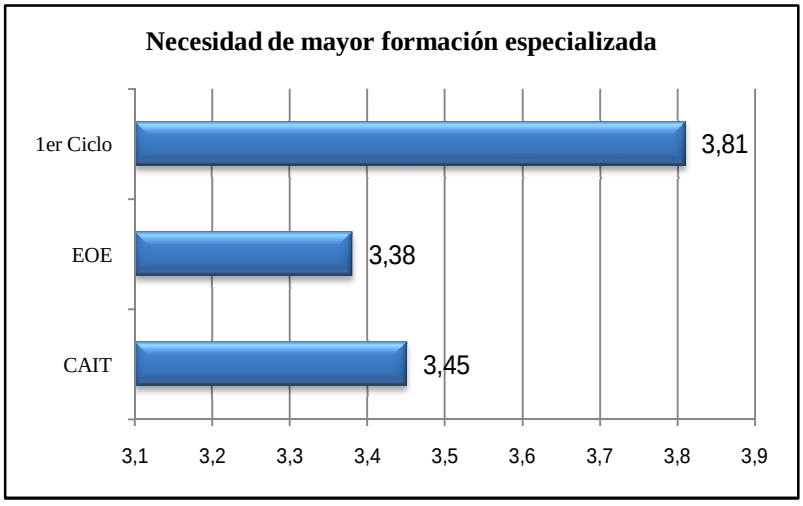


Gráfico 67. Necesidad de formación especializada según cada equipo profesional

Tal y como se evidencia en el gráfico, obtenido a partir de las valoraciones realizadas por los distintos equipos profesionales, podemos determinar que para todos, la formación especializada en AIT es un tema valorado como bastante necesario.

No obstante, se evidencian algunas diferencias que por su significatividad es necesario analizar. Nos estamos refiriendo a que los resultados destacan, por encima de los CAIT y de los EOE, el valor que se otorga a la consideración de necesidades formativas con carácter especializado, manifestadas por los centros de primer ciclo de Educación Infantil. De otro lado,

EOE y CAIT se encuentran en porcentajes muy similares, siendo los EOE los que han valorado esta cuestión con menor puntuación.

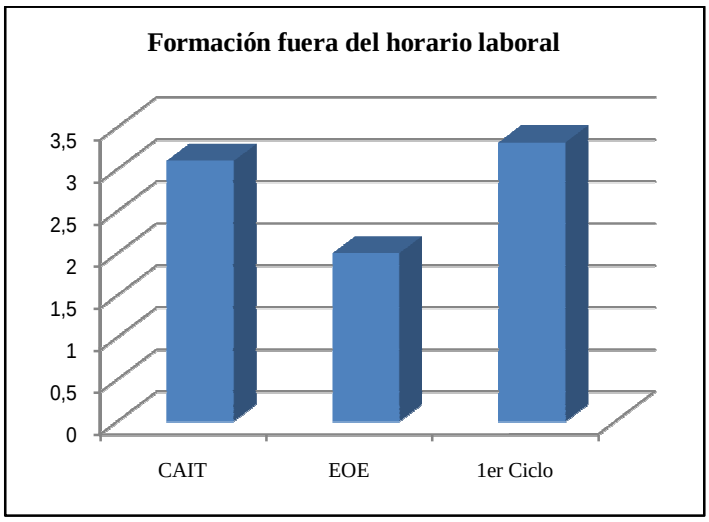


Gráfico 68. Disposición a formarse fuera del horario laboral

		N	Media	Desv. Típ.
Ítem 32	CAIT	20	3,10	0,788
	EOE	13	2,00	0,816
	Escuelas	62	3,32	0,864
	Total	95	3,09	0,946

Tabla 101. Disposición a formarse fuera del horario laboral

Tras realizar el ítem 31, donde hemos podido comprobar que los tres equipos profesionales muestran una gran necesidad de recibir una formación especializada en AIT, de modo que pudieran contar con una mayor especialización en este ámbito, hemos planteado en el ítem 32, si estarían dispuestos a que este formación pudiera ofrecérseles fuera de su horario laboral. Los resultados obtenidos en este caso, demuestran que tanto los CAIT como los centros de primer ciclo puntúan con medias superiores a 3 su disposición a formarse. Sin embargo, en el caso de los EOE la media sólo alcanza un 2, quedando muy condicionada su formación a que se ofrezca dentro del horario laboral.

La experiencia personal acumulada en este ámbito, tras haber sido el orientador especialista en atención infantil temprana del EOE Especializado de la Delegación Territorial de Huelva, justifica la inclusión en el cuestionario de los ítems 34 y 35, dado que en repetidas ocasiones la coordinación entre los diferentes equipos profesionales, se veía condicionada por la consideración respecto al nivel formativo que se presuponían mutuamente. En estos ítems, por tanto, solicitamos su opinión respecto al nivel de formación que consideraban disponían en su propio ámbito profesional, así como en el ámbito de la Consejería de la que no dependían (salud/Educación).

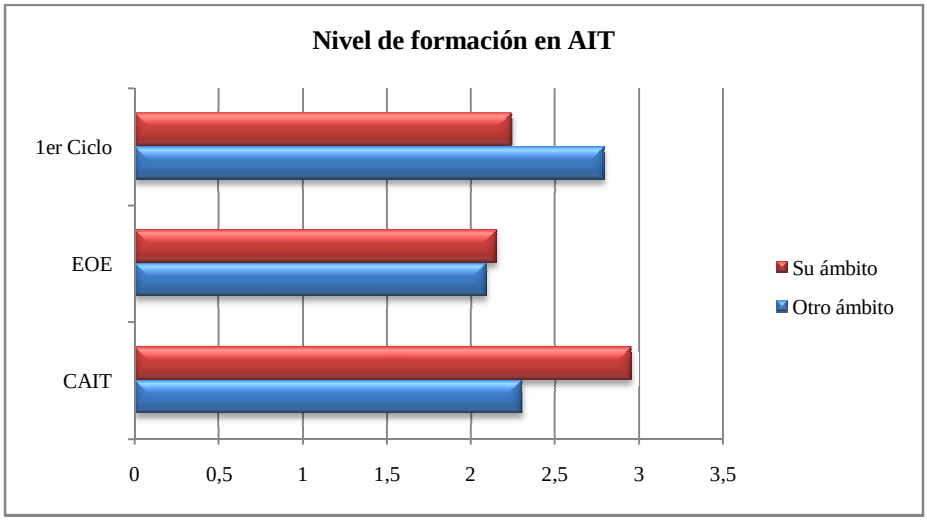


Gráfico 69. Nivel de formación en AIT

		N	Media	Desv. Típ.
Ítem 34	CAIT	19	2,95	0,524
	EOE	13	2,15	0,376
	Escuelas	62	2,24	0,717
	Total	94	2,37	0,703
Ítem 35	CAIT	20	2,30	0,470
	EOE	11	2,09	0,831
	Escuelas	58	2,79	0,767
	Total	89	2,60	0,765

Tabla 102. Nivel de formación en AIT

El estudio comparado de estos dos ítems nos permite realizar un análisis, en función del argumento expresado anteriormente, respecto a su nivel formativo y al que presuponen a los demás equipos profesionales con los que se coordinan.

En este sentido, comprobamos que los EOE consideran que su nivel formativo y el de los demás profesionales del ámbito de la AIT se encuentran en niveles muy similares, otorgándose un nivel mínimamente superior. Por su parte, los CAIT valoran su nivel de formación en AIT muy por encima de los demás equipos profesionales relacionados con la atención infantil temprana. Por último, son los centros de primer ciclo los que muestran una mayor diferenciación respecto a los niveles de formación que consideran tener y los que consideran tienen el resto de profesionales del ámbito, aunque en este caso en un sentido inverso, pues valoran la formación del resto de profesionales muy por encima de la que ellos tienen. Este último análisis, referido a los centros de primer ciclo muestra gran coherencia con los resultados de los ítems anteriores, donde han manifestado una importante necesidad de recibir formación especializada, aún siendo fuera del horario laboral.

A continuación, para finalizar con el análisis de los ítems que se introdujeron en el bloque de formación dentro del cuestionario, se planteó qué grado de oferta de actividades formativas existía desde cada ámbito profesional, así como si la formación constituía un aspecto que las propias Consejerías promovían y facilitaban.

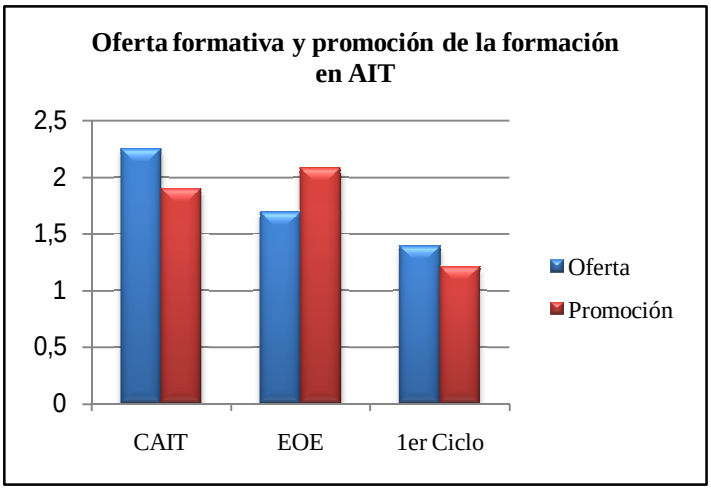


Gráfico 70. Oferta formativa y promoción de la formación en AIT

		N	Media	Desv. Típ.
Ítem 36	CAIT	20	2,25	0,851
	EOE	13	1,69	0,480
	Escuelas	61	1,39	0,556
	Total	94	1,62	0,705
Ítem 37	CAIT	20	1,90	0,718
	EOE	12	2,08	0,900
	Escuelas	62	1,21	0,449
	Total	94	1,47	0,683

Tabla 103. Oferta formativa y promoción de la formación en AIT

Especialmente bajos son los resultados obtenidos en estos ítems, que, en el mejor de los casos, sólo alcanzan la media, mostrando por tanto valoraciones muy cercanas al "nada" o "poco" respecto a la oferta formativa con la que cuentan o a la promoción y facilitación de la misma para los profesionales en AIT, desde sus propias Consejerías. Volvemos a encontrarnos con un hecho que confirma la situación en la que se encuentran los centros de primer ciclo respecto a su formación, siendo el colectivo que menores puntuaciones otorga a estos ítems, mostrando así una muy escasa oferta formativa y una inexistente promoción de esta formación desde la Consejería de la que dependen. Las medias alcanzadas por CAIT y EOE son algo superiores a las de primer ciclo, pero también se enmarcan en un contexto de pobre oferta formativa y mínima promoción de la misma. Resaltamos que en el caso de los EOE, la Consejería de Educación, según manifiestan los encuestados, facilita y promueve la formación pero no realiza una oferta formativa que se ajuste a sus necesidades en el ámbito de la AIT.

Presentamos a continuación, un análisis global ítems que componen el bloque destinado a la valoración de la formación en AIT.

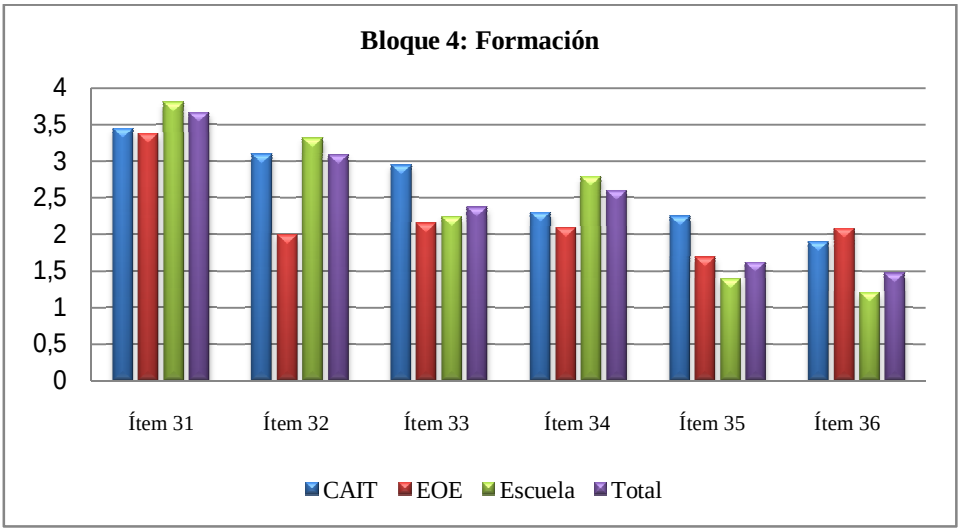


Gráfico 71. Puntuación de los ítems en el Bloque 4

		N	Media	Desv. Típ.
Ítem 31	CAIT	20	3,45	0,686
	EOE	13	3,38	0,650
	Escuelas	62	3,81	0,507
	Total	95	3,67	0,591
Ítem 32	CAIT	20	3,10	0,788
	EOE	13	2,00	0,816
	Escuelas	62	3,32	0,864
	Total	95	3,09	0,946
Ítem 34	CAIT	19	2,95	0,524
	EOE	13	2,15	0,376
	Escuelas	62	2,24	0,717
	Total	94	2,37	0,703
Ítem 35	CAIT	20	2,30	0,470
	EOE	11	2,09	0,831
	Escuelas	58	2,79	0,767
	Total	89	2,60	0,765
Ítem 36	CAIT	20	2,25	0,851
	EOE	13	1,69	0,480
	Escuelas	61	1,39	0,556
	Total	94	1,62	0,705
Ítem 37	CAIT	20	1,90	0,718
	EOE	12	2,08	0,900
	Escuelas	62	1,21	0,449
	Total	94	1,47	0,683

Tabla 104. Puntuación de los ítems en el Bloque 4

Tal y como podemos comprobar, si realizamos un análisis global de este bloque, las medias obtenidas por cada ítem y por cada equipo profesional son las más bajas, en comparación con las obtenidas en los bloques anteriores.

Existe, además, un contraste significativo entre la necesidad de formación especializada en AIT y las opciones formativas de que disponen realmente los profesionales de los distintos ámbitos que han respondido a este cuestionario, siendo una obviedad la necesidad de la misma y la escasez de propuestas formativas específicas en esta temática. Por otro lado, aunque existan también diferencias importantes entre los equipos profesionales y que hemos podido analizar ítem a ítem, nos ha llamado especialmente la atención la situación en la que manifiestan encontrarse los profesionales del primer ciclo de Educación Infantil respecto a su nivel de formación y en cuanto a las posibilidades que la Consejería de Educación les ofrece.

Necesitábamos conocer cuáles eran las temáticas en las que se consideraba necesaria una especial profundización a criterio de los propios encuestados, pudiendo establecer además, una diferenciación entre los equipos profesionales. Con esta finalidad se introdujo el ítem 33, dentro del bloque de formación. Presentamos a continuación propuestas formativas que se propusieron y que serán categorizadas y trianguladas en el siguiente capítulo, junto con las resultados de los demás instrumentos.

CAIT

"Considero necesaria una continua formación de todos los cambios, nuevas técnicas de estimulación temprana y métodos de trabajo en atención temprana que van surgiendo. Del mismo modo, me parece muy importante la formación e integración de nuevas tecnologías. Observo necesidad de formación en la integración y trato con la familia o cuidadores."

"Todos aquellos temas relacionados con el lenguaje en las primeras etapas del niño."

"Nuevas tecnologías en el ámbito de la atención temprana, investigaciones y estudios."

"Aparte de temáticas específicas, en mi opinión sería muy conveniente que determinadas disciplinas con un enfoque eminentemente sanitario, como es la fisioterapia, pudieran conocer aspectos de ámbito educativo, de forma que nuestro trabajo pueda orientarse en gran medida a un entorno en el que el menor pasa un gran número de horas al día, fomentando capacidades que faciliten la adaptación curricular."

"Formación sistémica, neurociencias, TIC aplicadas a la atención temprana, nuevos métodos de intervención en atención temprana."

"Diagnósticos diferenciales, intervenciones en el aula, multidiscapacidades...."

"TEA, TEL, TDAH, Salud Mental, SSAACC

"Grandes prematuros, enfermedades raras y nuevas líneas de investigación"

"Intervención con familias, enfermedades/síndromes raras/os..."

"Los profesionales de este centro tenemos Máster en A.I.T. por lo que la formación

que requerimos es de mayor profundidad sobre temas específicos."

"Escalas de valoración y pinceladas de otras áreas para poder detectar señales de alerta y que otros compañeros valoren posteriormente."

"Detención de objetivos a trabajar y como llevarlos a cabo según distintos déficit."

EOE

"Dentro del campo de la neuropsicología."

"Diagnóstico y atención de necesidades en relación a programas específicos en coordinación con la familia."

"Evaluación, pruebas y protocolos de evaluación para el alumnado de 0 a 6. Respuesta educativa, asesoramiento a la familia."

"Detección de signos de alerta y diagnóstico diferencial, así como intervención educativa directa. Proponemos formación a través del IAAP en el ámbito de atención temprana para el personal laboral de los EOE."

"Formación en patología específicas TEA. TEL,…, para su detección e intervención."

"Trastornos del desarrollo. Programas de estimulación."

"Autismo, comunicación, TEL. Evaluación de 0 a 3-4 años, que no sean las escalas de desarrollo."

"Neurofisiología, emociones y relaciones sociales, desarrollo neuro-emocional,…"

1er CICLO

"Síndrome down, autismo, déficit motor, lenguaje y de atención y problemas de conducta."

"Signos de alerta y posibles trastornos que suelen aparecer en el tramo 0-3: características, pautas de actuación..."

"Habilidad social para comunicar a familias: Es muy complejo hacer ver a una familia la posibilidad de trastorno, por el rechazo a reconocer su existencia, sobre todo si solo somos nosotras quien notamos signos que nos alertan y antes el pediatra de referencia no ha prestado especial atención a ello."

"Programas de dificultades del lenguaje, como trabajar con niños autistas y deficit de atención."

"Psicología evolutiva, detección de signos de alerta, intervención familiar,..."

"Signos de alerta, trastornos en el desarrollo,..."

"El Protocolo a seguir, que no es conocido por la mayoría de los profesionales del centro de la E.I."

"Desarrollo evolutivo, pautas de actuación ante trastornos en el desarrollo, intervención familiar."

"Cuidados de niños con graves patologías, intervención con las familias,..."

"Alteraciones en el desarrollo madurativo, signos de alerta, alteraciones de conducta..."

"Trabajo específico realizado en las unidades de tratamiento."

"Detección de signos de alerta, intervención específica en TEA,..."
"Pautas de intervención con trastornos en el desarrollo especialmente TEA y motores graves."
"Intervención con familias, detección de signos de alerta, pautas de actuación en casos de parálisis cerebral infantil, TEA, lenguaje y comunicación
"Detección, adaptación, estimulación."
"Signos de alerta y comunicación con las familias."
"Desarrollo evolutivo, respuesta educativa a alumnado con trastornos en el desarrollo."
"Terapia familiar y pautas para atender a determinados trastornos: TEA, parálisis cerebral infantil,..."
"Detección, indicadores de riesgo, pautas de intervención,..."
"Familia, detección e intervención."
"Formación destinada a la prevención, detección y estimulación."

Tabla 105. Temáticas sobre las que se demanda formación específica

Finalizada la presentación de cada uno de los instrumentos que hemos utilizado en esta investigación, así como los resultados que hemos obtenido tras su aplicación, es el momento de abordar en el próximo capítulo las conclusiones del estudio realizado.

VI.4. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Agencia Europea para el Desarrollo de la Educación del Alumnado con Necesidades Educativas Especiales (2010). *Atención Temprana: Progresos y Desarrollo*. Bruselas: Agencia Europea.

Anguera, M.T., Arnau, J., Ato, M. Martínez, R., Pascual, J. y Vallejo, G. (1998). *Métodos de Investigación en Psicología.* Madrid: Síntesis.

Aranda, R., Andrés, C. (2004). La organización de la atención temprana en la educación infantil. Tendencias Pedagógicas 9, 230-258.

Arnáiz Sánchez, P. (2003). *Educación Inclusiva: una escuela para todos.* Málaga: Aljibe.

Bacells, J. (1994). *La investigación social. Introducción a los métodos y a las técnicas.* Barcelona: PPU.

Bardín, J. (1986). *Análisis de contenido.* Madrid: Akal.

Candel, Isidoro (2002). Investigación en Atención temprana en niños con síndrome de Down. En: Revista de Atención Temprana, Vol. V (1). Murcia: Asociación de AT de la Región de Murcia, 21-28.

Comisión Europea (2011). Educación y cuidados de la primera infancia (Febrero 2011) COM (2011) 66.

Consejería de Educación de la Junta de Andalucía (2016): *La Educación en Andalucía 2016/2017*. Sevilla: Consejería de Educación.

Consejería de Igualdad y Políticas Sociales de la Junta de Andalucía (2016): *II Plan de Infancia y Adolescencia de Andalucía 2016-2020.* Sevilla: Consejería de Igualdad y Políticas Sociales.

Consejería de Igualdad y Políticas Sociales de la Junta de Andalucía (2017): *I Plan Andaluz de Atención Integral a Personas Menores de seis años en Situación de Dependencia o en Riesgo de Desarrollarla 2017-2020.* Sevilla: Consejería de Igualdad y Políticas Sociales.

Consejería de Salud (2012). Manual de Estándares de los Centros de Atención Infantil Temprana (ME 12 1_02). Sevilla: Agencia de Calidad Sanitaria de Andalucía.

Consejería de Salud de la Junta de Andalucía (2006). *Proceso Asistencial Integrado de Atención Temprana.* Sevilla: Consejería de Salud.

Córdoba, M. (2000). *Formación de los profesionales en Educación Especial.* Tesis Doctoral inédita: Universidad de Huelva.

Cyrulnyk, B. (2006): *Una infancia infeliz no determina la vida: la resiliencia.* Barcelona: Gedisa.

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

Decreto 40/2011, de 22 de febrero por el que se regulan los criterios y el procedimiento de admisión del alumnado en los centros docentes públicos y privados concertados para cursar las enseñanzas de segundo ciclo de educación infantil, educación primaria, educación especial, educación secundaria obligatoria y bachillerato.

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

Decreto 85/2016 de 26 de abril, por el que se regula la intervención integral de la Atención Infantil temprana en Andalucía

Echeita, G. (2006). *Educación para la inclusión o educación sin exclusiones*. Madrid: Nancea.

Federación Estatal de Asociaciones de Profesionales de Atención Temprana (GAT), (2005). *Recomendaciones técnicas para el desarrollo de la Atención Temprana*. Real Patronato sobre Discapacidad. Barcelona: Polibea.

Figueira, E. (2001). *Análisis de datos con SPSS.* Madrid: Alianza.

García, E., Gil, J., y Rodríguez, G. (1994). Análisis de datos cualitativos en la investigación sobre la diferenciación educativa. Revista de Investigación Educativa, (24), 179-216.

GAT (2011). *La realidad actual de la Atención Temprana en España*. Madrid: Real Patronato de la Discapacidad.

Gil, J. (2003). La estadística en la investigación educativa. Revista de Investigación Educativa, Vol. 21, (n.º 1), 231-248.

Gútiez, P. (Ed.) (2005). *Atención Temprana: prevención, detección e intervención en el desarrollo (0- 6 años) y sus alteraciones*. Madrid: Editorial Complutense.

Hargreaves, A. (1996). *Profesorado, cultura y postmodernidad*. Madrid: Morata.

Haywood, M. (2000). Sociology and Aualitative Methodologies in Educational Research. *Harvard Educational Review 70(1)*: 60-74.

Instrucciones de 11 de marzo de 2016, de la Dirección General de Participación y Equidad, por las que se regula el procedimiento y los criterios para solicitar la permanencia extraordinaria del alumnado con necesidades educativas en el primer ciclo de la etapa de educación infantil

Instrucciones de 8 de marzo de 2017, por las que se establece el protocolo para la detección, identificación del alumnado con necesidad específica de apoyo educativo y organización de la respuesta educativa.

Lagares, P. y Puerto, J. (2001). *Población y muestra. Técnicas de muestreos*. Londres: Management Mathematics for European Schools (MaMaEuSch)

Ley 17/2007, de 10 de diciembre, de Educación en Andalucía.

López Melero, M (2004). C*onstruyendo Una escuela sin exclusiones*. Málaga: Aljibe.

Orden de 3 de octubre de 2016, por la que se regulan las condiciones, requisitos y funcionamiento de las Unidades de Atención Infantil Temprana.

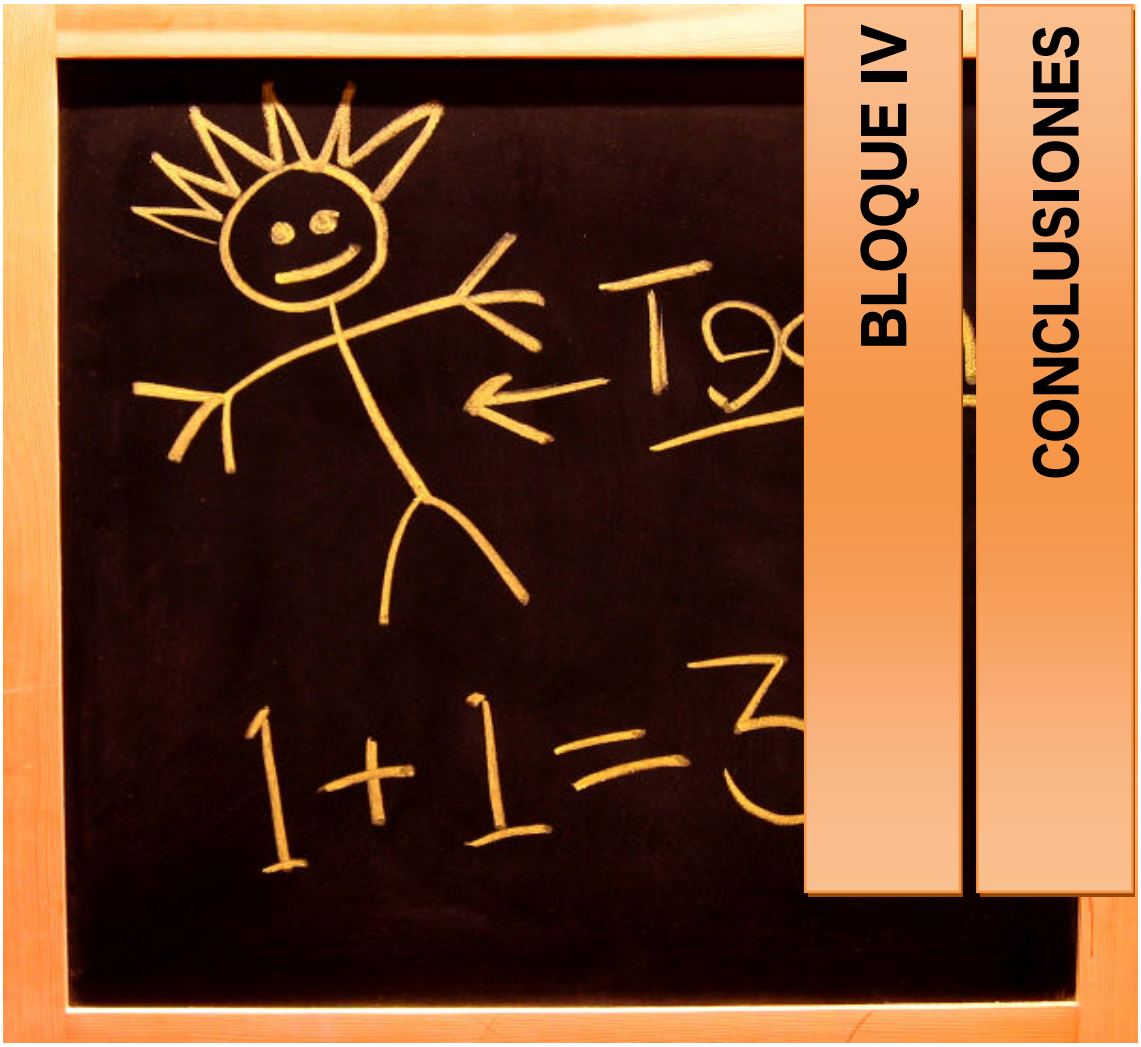
Pons, A. (2008). El pediatra de atención primaria una figura necesaria en la atención temprana. Revista Pediatra Atención Primaria. Supl. 2013;(22):11-19.

Porras Vallejo, R. (1998). *Una escuela para la integración educativa. Una alternativa al modelo tradicional*. Sevilla: Publicaciones M.C.E.P

Sameroff, A.J., Fiese B.H. (2000). *Transactional regulation: the developmental ecology of early intervention*. In Shonkoff, J. P., Meisels, S.J., *Handbook of Early Childhood Intervention.* Cambridge: Cambridge University Press.

Simeonsson, R. J. (2009). ICF-CY: a universal for documentation of disability. Journal of Policy and Practice in Intellectual Disabilities, 6 (2): 70-72.

UNICEF Comité Español (2006): *Convención sobre los Derechos del Niño (CDN)*. Madrid: UNICEF.



BLOQUE IV

CONCLUSIONES

La atención temprana como recurso para la mejora del proceso de nueva escolarización en el segundo ciclo de la etapa de Educación Infantil, del alumnado con trastornos en el desarrollo o en riesgo de padecerlo, en Huelva y su provincia.

Tesis Doctoral
Ezequiel Gómez Gallardo
Universidad de Huelva
2017

CAPÍTULO

VII

LAS CONCLUSIONES DE LA INVESTIGACIÓN

"Cualquier meta sólo se alcanza cuando se recorre un camino para llegar a ella".

J.L.Zorzi

Situarnos en este momento y en este capítulo, supone tener que conjugar diversas emociones que nos invaden y que fluctúan entre la nostalgia de los comienzos y la alegría por culminar un proceso de trabajo de gran complejidad. Poder exponer a continuación las conclusiones de esta investigación, implica estar llegando al final de un camino que empezamos a recorrer con gran incertidumbre y cierta inseguridad, en el que fue necesario superar muchas dificultades y que terminamos con mucha ilusión por todo lo aprendido y la experiencia vivida y adquirida. Así mismo, nos disponemos a abrir nuevas líneas de investigación que completen y mejoren la desarrollada en este estudio.

VII.1. UN BREVE RECORRIDO RETROSPECTIVO

No podemos evitar dejar de echar la mirada atrás para valorar todo el camino seguido hasta llegar a este apartado, cuya elaboración afrontamos con gran ilusión. Iniciamos este camino intentando centrar el tema de nuestra investigación, aportando además, las razones personales y profesionales que motivaron la elección de la atención infantil temprana y el proceso de nueva escolarización como base de nuestra investigación. La especial sensibilidad desarrollada, primero como orientador especialista en atención temprana, después como padre y finalmente, como asesor de la Consejería de Educación directamente vinculado a estos procesos, hacia la atención que los niños y niñas, entre 0 y 6 años, presenten o no trastornos en el desarrollo o el riesgo de padecerlos, sus familias y todos los profesionales que actualmente trabajan en este ámbito, ha generado un compromiso profesional con las Consejerías responsables de ambos procesos y un compromiso personal para contribuir a la mejora de las atenciones que requieren estos niños y niñas y sus familias.

Teniendo en cuenta las características psicoevolutivas de los niños y niñas a los que nos referimos, así como las implicaciones de los procesos objeto de estudio, atención infantil temprana y escolarización en el segundo ciclo de Educación Infantil, no es posible desvincularlos de sus familias y de los entornos de desarrollo donde se integran. Sin embargo, abordar una investigación en la que se pretendiese obtener un grado de profundización adecuado, suficiente para poder ofrecer resultados concretos y contrastados, nos obligó a delimitar el campo de estudio. En este sentido, apostamos por realizar un estudio descriptivo de los procesos mencionados, centrándonos en la población de niños y niñas forman parte de ambos, así como en la labor técnica que de forma específica realizan los profesionales dependientes de la Consejería de Educación y de la Consejería de Salud.

Una vez que fuimos capaces de delimitar con claridad nuestro campo de estudio, así como los objetivos que perseguíamos, era imprescindible dejar a un lado, al menos provisionalmente, la experiencia profesional y el conocimiento práctico de la materia, para realizar el necesario estudio teórico, en el que se fundamentaran los resultados que posteriormente se obtendrían mediante las distintas técnicas e instrumentos de recogida de información que utilizamos. Este marco teórico, desarrollado en tres capítulos, comenzó realizando una descripción completa de la etapa de Educación Infantil, como periodo de referencia para los alumnos y alumnas de 0 a 6 años, ofreciendo el correspondiente análisis de su finalidad y objetivos, y de su organización y funcionamiento, para lo cual fue necesario recurrir al marco legal que a nivel nacional y autonómico regula la citada etapa educativa. Aspectos que necesariamente van vinculados al desarrollo psicoevolutivo del alumnado que se escolariza en estas enseñanzas y que ocuparon una parte importante del segundo capítulo. Del mismo modo, era un requisito básico enmarcar el trascendental papel que juega la familia como institución social que ha de relacionarse con otras instituciones como la escuela y el propio proceso de atención infantil temprana.

El tercer capítulo de esta investigación, segundo de los incluidos en el desarrollo del marco teórico, proporcionó las claves del actual enfoque de escuela inclusiva. Este enfoque es, hoy en día, un reto que el sistema educativo ha de asumir y hacia el que debe orientar todos sus esfuerzos si realmente quiere ser garante de los principios que propugna. Una escuela inclusiva permite que la atención de los niños y niñas con necesidades específicas de apoyo educativo, que han sido identificados con algún tipo de trastorno en el desarrollo en el periodo 0-3 años, puedan beneficiarse de una respuesta educativa no discriminatoria, respetuosa con las diferencias y capaz de potenciar las capacidades individuales de cada alumno o alumna. Esto supone, sin duda alguna, una apuesta de futuro que requerirá de una lógica transición a la que todos los agentes educativos deberán sumarse, sin que ello suponga un menoscabo en los servicios y estructuras que actualmente el sistema educativo andaluz provee para intentar ofrecer la mejor respuesta educativa al alumnado. Quizás, el papel que actualmente desempeñan estos servicios y estructuras, requieran de un reajuste, de modo que puedan adaptarse y responder realmente al modelo de escuela inclusiva que se pretende, para lo cual deberán definirse nuevos roles y competencias. En este sentido, el propio proceso de escolarización, en el que están implicados todos los agentes del sistema educativo, deberá transformarse para minimizar los efectos negativos (incertidumbre, miedo, frustración,…) que genera en cualquier familia y en especial, en las familias que escolarizan hijos e hijas con trastornos en el desarrollo o en riesgo de padecerlos, donde estos momentos se viven con altas dosis de sensibilidad.

El actual modelo educativo ha sido capaz de plasmar en sus textos normativos la importante contribución de la Educación Infantil para el desarrollo de las posteriores adquisiciones de cada niño o niña, es el andamiaje sobre el que habrán de sustentarse todos los aprendizajes y experiencias que tendrán lugar en etapas posteriores. No obstante, el reflejo de la realidad de la etapa de Educación Infantil muestra un gran camino por recorre aún, para alcanzar en la práctica los principios recogidos en la norma. Las políticas educativas desarrolladas a nivel nacional y autonómico aún no han demostrado que se esté apostando por dar la entidad que, los diversos argumentos de carácter psicoevolutivo, familiares, sociales, preventivos,…, hacen de estas enseñanzas un momento básico para estimular, prevenir y afianzar capacidades de base para el desarrollo posterior. Es aquí donde realmente se haría una inversión rentable para conseguir un modelo de sociedad más democrático, más plural y menos egoísta.

El último capítulo, integrado en el marco teórico, se dedica de forma específica a describir el actual proceso de atención infantil temprana, centrando gran parte del análisis en la reciente publicación del Decreto 85/2016, por las importantes avances que supone e implicaciones para los niños y niñas y sus familias.es objeto de análisis el actual modelo de AIT y los pasos que ha de ir dando hacia nuevos enfoques de intervención, diagnóstico, tratamiento,…, considerando el entorno familiar y escolar como ámbitos de máxima relevancia. Es cierto, que el actual modelo ha superado el modelo clínico centrado en la intervención del especialista sobre el niño o la niña, para orientarse hacia un modelo dirigido al menor de 6 años, a su familia y al entorno. Es cierto, que los esfuerzos por proporcionar a las familias un

papel protagonista en la atención que requiere su hijo o hija, son la base de cualquier CAIT y también es cierto, que no son pocas las iniciativas que pretenden una coordinación sistemática con los demás profesionales que trabajan directamente con el niño o niña en otros entornos, donde cobra una especial importancia, la escuela, como ámbito que ocupa gran parte del día a día junto a su familia, siendo la atención en el CAIT puramente anecdótica. Es en la escuela donde tiene lugar el desarrollo del lenguaje y de la comunicación fuera del entorno familiar, donde se establecen las primeras relaciones sociales entre iguales, donde se trabaja de forma planificada la estimulación y el desarrollo de habilidades y capacidades básicas, en definitiva, donde se produce realmente la estimulación y el desarrollo efectivo de cada niño o niña. Esta realidad, deben asumirla en primera instancia los propios docentes, adquiriendo para ello, conciencia de la responsabilidad compartida que, los padres y madres, depositan en ellos y en segunda instancia, los profesionales de atención infantil temprana, quienes deben proporcionar el asesoramiento y apoyo necesario a quienes más horas de atención directa tiene cada día con estos niños y niñas. Para ello, es necesario que se establezcan los cauces necesarios para garantizar el adecuado trasvase de información, permitiendo que los profesionales dispongan de las herramientas necesarias, los espacios y tiempos que lo hagan posible, definiendo con máxima honestidad, por parte de las Administraciones implicadas, los procedimientos que garanticen un enfoque integral de la intervención, superando los intereses propios de cada Consejería, las rivalidades y conflictos infértiles, que en ningún caso tienen en cuenta el interés superior del menor.

Este marco teórico, nos permitió caminar con un sólido fundamento en el proceso de investigación que iniciamos a continuación. Como ya hemos comentado anteriormente, nuestra investigación versó sobre la realización de un estudio descriptivo de los procesos de atención infantil temprana y de escolarización en el segundo ciclo de Educación Infantil, centrándonos en la población de niños y niñas forman parte de ambos, así como en la labor técnica que de forma específica realizan los profesionales dependientes de la Consejería de Educación y de la Consejería de Salud. Pretendíamos con ello, llegar a poder *"determinar"* mediante esta investigación si la atención infantil temprana es realmente un recurso que supone una mejora en la escolarización del alumnado con trastornos en el desarrollo o en riesgo de padecerlo, en el 2º ciclo de Educación Infantil. Este planteamiento inicial, como punto de partida implica la necesidad de conocer y valorar las diferentes variables que intervienen en un proceso tan complejo como el de nueva escolarización.

Hemos de reconocer que una de las grandes ventajas con la que hemos contado a la hora de afrontar este proceso de investigación ha sido poder tener un acceso al campo muy directo, dado el puesto profesional que actualmente ocupo como asesor técnico docente del Servicio de Orientación Educativa y Atención a la Diversidad de la Dirección General de Participación y Equidad de la Consejería de Educación, donde tengo asignadas funciones específicas para el desarrollo del proceso de AIT, en coordinación con D. Antonio Pons Tubío, Coordinador del Proceso de Atención Infantil Temprana de la Consejería de Salud. A su vez, mi anterior puesto

como orientador especialista en atención temprana en el EOE Especializado de la Delegación Territorial de Huelva y por tanto, miembro del equipo provincial de atención infantil temprana (EPAT) de la misma provincia, supone un plus añadido a la experiencia profesional adquirida en este ámbito y la posibilidad de concretar el estudio en la citada provincia.

Siendo conscientes de la situación privilegiada de la que partíamos, y una vez, los objetivos del estudio estaban perfectamente definidos, se procedió a la planificación del diseño de la investigación, la cual se desarrolló a distintos niveles, primero regional y posteriormente provincial. A nivel regional, consideramos que lo oportuno era poder enmarcar nuestro estudio, basándonos en el análisis de documentos, tanto de la Consejería de Educación como de la Consejería de Salud, con objeto de conocer cuantitativamente las características de los niños y niñas que eran objeto de nuestra investigación. Por un lado, los niños y niñas de 2 años de edad con trastornos en el desarrollo, que habían sido atendidos en CAIT en los últimos años, donde se analizaron desagregando por sexo y por provincia, los diagnósticos ODAT que se emitieron en sus informes previos a la escolarización. Por otro lado, loa alumnos y alumnas de nueva escolarización en el segundo ciclo de Educación Infantil que habían sido objeto de un dictamen de escolarización por presentar necesidades educativas especiales, desagregando por sexo y por provincia, el tipo de NEE y la modalidad de escolarización propuesta en cada caso. El análisis paralelo de estos documentos y la correlación establecida posteriormente nos ofreció un marco de referencia muy importante para poder extraer las primeras conclusiones de la investigación y que nos sirvieron para la elaboración de los instrumentos de recogida de información que aplicamos a continuación.

Situados aún a nivel regional, las claves del actual proceso de atención infantil temprana y del proceso de nueva escolarización del alumnado con NEE, solo podían ofrecérnoslas los referentes regionales y provinciales de ambos procesos. En este sentido, recurrimos a la entrevista como técnica de recogida de información, a través de informantes clave tales como: el Jefe de Servicio de Orientación Educativa y Atención a la Diversidad de la Dirección General de Participación y Equidad de la Consejería de Educación, el ya citado Coordinador del Proceso de Atención Infantil Temprana de la Consejería de Salud, los ocho orientadores y orientadoras especialista en atención infantil temprana de los EOE Especializados de cada una de las Delegaciones Territoriales de Educación y las ocho consultoras de atención infantil temprana de la distintas Delegaciones Territoriales de Salud. Máximos exponentes a nivel andaluz de los procesos objeto de estudio en esta investigación y que a su vez, conforman los EPAT de cada una de las provincias. Se les plantearon diversos interrogantes que tenían que ver con los actuales procedimientos de detección de signos de alerta en el desarrollo y la vinculación de la intervención con el momento en el que se producía esta detección; los recursos existentes; los procesos de coordinación establecidos, su nivel de satisfacción y el nivel de eficacia de los mismos; así como las principales necesidades de formación que pudieran plantear.

La valiosa información aportada por los informantes clave seleccionados para realizar la entrevista, sirvió además, como referencia en la construcción del cuestionario. Este instrumento

de recogida de información, se enfocó hacia el análisis de la realidad de los procesos mencionados (atención infantil temprana y escolarización en el segundo ciclo) en la provincia de Huelva. En este caso, nuestro objetivo era llegar a la primera línea de cada uno de los procesos, por lo que los destinatarios de este cuestionario fueron los equipos profesionales que intervienen directamente con los menores desde el ámbito educativo y desde el ámbito de salud. A nivel educativo, era fundamental contar la información que pudieran aportar los centros de primer ciclo de Educación Infantil y los equipos de orientación educativa, mientras que a nivel de salud, fue fundamental la visión de los centros de atención infantil temprana donde los niños y niñas reciben sus tratamientos de estimulación. Sin ninguna duda, estos equipos multidisciplinares, entre los que se establece la necesaria y prescriptiva coordinación interadministrativa, son el mejor referente para avalar o no, la atención infantil temprana tal y como es concebida en la actualidad. Los interrogantes introducidos en el cuestionario vuelven a incidir en los procesos de detección y derivación, en la dotación de recursos, en la coordinación intra e inter administrativa y en las necesidades y propuestas de formación de los profesionales encuestados.

Estos interrogantes y otros que no se han mencionado para no ser reiterativos, se plasmaron en los objetivos de carácter específico de esta investigación, que a continuación recordamos, y que nos sirven como punto de partida para enunciar las conclusiones obtenidas, utilizándolos como guía para su exposición:

1.1. Quisimos conocer y comparar como punto de partida, según datos oficiales, el número de niños y niñas de 2 años de edad, atendidos en CAIT, desagregados por sexo y por provincia y el diagnóstico ODAT; así como, el número de alumnos y alumnas de nueva escolarización en el segundo ciclo de la etapa de Educación Infantil que habían sido identificados como alumnado con necesidades educativas especiales por los equipos de orientación educativa en Andalucía, así como el tipo de necesidad educativa especial, y la modalidad de escolarización propuesta en los correspondientes dictámenes de escolarización, en los últimos cursos académicos.

1.2. Posteriormente, nos interesamos por identificar y valorar, según los profesionales implicados, los procesos de detección temprana de alumnado que presenta trastornos en el desarrollo o el riesgo de padecerlos y que en el proceso de escolarización, pueden ser identificados como alumnado con necesidades educativas especiales, así como por las posibles mejoras que podrían implementarse.

1.3. Valoramos el nivel de información que las y los profesionales directamente implicados en los procesos de atención infantil temprana y de escolarización en el segundo ciclo de Educación Infantil, tienen de los distintos recursos dependientes de la Consejería de Educación y de la Consejería de Salud para la atención al alumnado que presente trastornos en el desarrollo o estén en riesgo de padecerlos, así como de los procedimientos específicos de cada Consejería respecto a la atención de estos niños y niñas.

1.4. A continuación, pretendimos analizar y valorar las opiniones, concepciones y percepciones sobre los actuales mecanismos de colaboración y los procedimientos de coordinación establecidos entre la Consejería de Educación y la Consejería de Salud.

1.5. Finalmente, exploramos el nivel de formación con el que manifiestan contar las y los profesionales directamente implicados en los procesos de atención infantil temprana y de escolarización en el segundo ciclo, así como determinar las principales áreas de formación sobre las que sería necesario incidir para proporcionarles las habilidades específicas que les permitan realizar tareas de detección, identificación, intervención y asesoramiento.

Recordemos finalmente, antes de llegar a la exposición de las conclusiones, que nuestra investigación pasó por cuatro fases, de cada una de ellas hemos ido ofreciendo resultados parciales. Ahora es el momento de reflexionar e interrelacionar con la teoría que nos sirvió para la fundamentación teórica del trabajo, los resultados obtenidos tras el proceso de investigación llevado a cabo.

VII.2. CONCLUSIONES

En este apartado realizamos una síntesis de los resultados obtenidos tras el proceso de investigación seguido, como respuesta a los objetivos que nos marcamos al inicio de este estudio. Es cierto, que durante el desarrollo de la investigación hemos ido aportando resultados parciales por fases, por lo que corresponde ahora realizar un trabajo de síntesis, horizontal y vertical, que nos permita presentar resultados de carácter global.

1.1. Los datos oficiales analizados, relativos a la población de niños y niñas de dos años de edad atendidos en CAIT por presentan un trastorno en el desarrollo, confirman una relación de correspondencia directa con los datos relativos a la población de alumnos y alumnas de nueva escolarización en el segundo ciclo de Educación Infantil, que son identificados con necesidades educativas especiales. Solo la identificación temprana de los niños y niñas con trastornos en el desarrollo y la atención que se les ofrece en los CAIT, supone un factor de mejora en el proceso de identificación de alumnado con NEE y como consecuencia, en el proceso de escolarización.

Las conclusiones obtenidas tras el análisis cuantitativo de los documentos aportados tanto por la Consejería de Salud como por la Consejería de Educación, a través de los cuales hemos podido realizar un estudio diferencial del número de niños y niñas de dos años de edad, atendidos en CAIT, desagregados por sexo y por provincia y el diagnóstico ODAT; así como, el número de alumnos y alumnas de nueva escolarización en el segundo ciclo de la etapa de Educación Infantil que han sido identificados como alumnado con necesidades educativas especiales por los equipos de orientación educativa, el tipo de necesidad educativa especial y la modalidad de escolarización propuesta en los correspondientes dictámenes de escolarización, en

los últimos cursos académicos 2014/2015, 2015/2016 y 2016/2017, en Andalucía, ha permitido que podamos inferir una serie de conclusiones de carácter global.

Respecto a la población atendida en CAIT por presentar un trastorno en el desarrollo que cada año se incorpora al proceso de escolarización para el segundo ciclo de Educación Infantil y que por tanto, es objeto del correspondiente informe previo a la escolarización, según lo establecido en el Decreto 85/2016 por el que se regula la atención infantil temprana en Andalucía y el Decreto 40/2011 por el que se establece el procedimiento de admisión en los centros docentes de Andalucía, se ha comprobado que es muy superior a la población de niños y niñas que en su acceso al segundo ciclo de Educación Infantil son objeto de un dictamen de escolarización por presentar necesidades educativas especiales. De esta realidad podemos extraer dos conclusiones que consideramos relevantes:

- De un lado, aunque la normativa establezca que todos los niños y niñas que sean atendidos en un CAIT por presentar un trastorno en el desarrollo, van a contar con una puntuación extraordinaria para concurrir al proceso de admisión en el segundo ciclo de Educación Infantil, no todos van a ser identificados como alumnado con NEE, solo lo serán los que reúnan los criterios establecidos en la Circular de 10 de septiembre de 2012, con las modificaciones introducidas por las Instrucciones de 8 de marzo de 2017, estableciéndose para estos alumnos y alumnas una propuesta de atención específica que incluirá medidas específicas de carácter educativo y recursos materiales o personales específicos, configurándose así la respuesta educativa que habrá de ofrecerles en el centro docente donde finalmente se escolaricen.
- Por otro lado, para el alumnado atendido en CAIT que no sea identificado como alumno o alumna con NEE, no se establece por parte de la Consejería de Educación ninguna propuesta de actuación a nivel educativo, más allá de la respuesta educativa ordinaria que con carácter general se ofrece a todo el alumnado. Existe sin duda alguna, un vacío en el seguimiento y atención que estos niños y niñas pueden requerir en su acceso al segundo ciclo de la etapa, así como en su proceso de enseñanza y aprendizaje. Que no se hayan identificado NEE en estos niños y niñas no implica que, tras la valoración del EOE y teniendo la constancia de que están siendo atendidos en un CAIT por presentar un trastorno en el desarrollo, tengan la misma consideración del alumnado que sigue un proceso ordinario de escolarización. Los propios niños y niñas y sus familias en primera instancia y los profesionales de los CAIT requieren que se establezca algún tipo de procedimiento para ofrecerles una respuesta educativa que sin dejar de ordinaria, al menos responda a una propuesta concreta de actuación a nivel de centro, de aula e individual, en coordinación con los profesionales que ya le atienden en el CAIT.

Sin ánimo de realizar un planteamiento exhaustivo, hemos de destacar que el análisis de los datos mostró en cada una de las provincias de la región, así como en cada uno de los cursos académicos analizados, tanto en la población atendida en CAIT, como en la población objeto de

dictamen de escolarización por presentar NEE, un número muy superior de niños que de niñas. Esta circunstancia, dada la complejidad de su estudio, vamos a incorporarla como una línea futura de investigación.

Los procesos de identificación temprana establecidos por la Consejería de Salud, a través de los CAIT o incluso, la Consejería de Igualdad y Políticas Sociales, a través de sus equipos de valoración y orientación (EVO), constituyen un pilar fundamental para la mejora de la escolarización de los niños y niñas que se escolarizan en el segundo ciclo de Educación Infantil. En este sentido la identificación facilitada por parte de los CAIT, mediante los informes previos a la escolarización que son remitidos a los EOE, permite que la prescriptiva realización de la evaluación psicopedagógica a este alumnado, cuente con un enfoque mucho más concreto de las necesidades que presenta el niño o niña y por tanto, puedan determinarse con mayor facilidad si existen necesidades educativas especiales y qué tipo de atención educativa se precisa. No obstante, los documentos que han sido objeto de análisis, muestran significativas diferencias entre los diagnósticos ODAT establecidos por los CAIT y la posterior determinación de NEE realizada por los EOE. El principal motivo que justifica esta diferencia radica en que ODAT, organización diagnóstica de la atención temprana ofrece una mayor diversificación de diagnósticos que pueden ser considerados en la población de 0 a 6 años que los tipos de NEAE establecidos por la Circular de 10 de septiembre de 2012 con las modificaciones introducidas por las Instrucciones de 8 de marzo de 2017.

En este sentido, es mucho mayor la prevalencia de los retrasos evolutivos graves o profundos en la identificación que realiza el EOE, que la que realizan los profesionales de los CAIT, pudiendo éstos haber determinado otro diagnóstico ODAT no compatible con los tipos de NEE establecidos para el alumnado de segundo ciclo de Educación Infantil. Circunstancias similares pueden inferirse del análisis de los trastornos específicos del lenguaje y los trastornos del espectro del autismo. Esta desconexión entre la ODAT, herramienta de referencia en Salud para el diagnóstico en atención infantil temprana y los tipos de NEAE, establecidos por la Consejería de Educación, según los criterios establecidos por la citada Circular de 10 de septiembre de 2012, genera dos lenguajes incompatibles en muchos casos, para describir la realidad de un mismo niño o niña. Las consecuencias directas de esta desconexión, se evidencian en el esfuerzo que los profesionales han de hacer por entender una misma realidad, las numerosas discrepancias entre profesionales de diferentes ámbitos, e incluso, la doble información, a veces, contradictoria que se puede trasladar a una misma familia sobre su hijo o hija, con las consecuencias que puede conllevar.

Por tanto, está justificada la demanda realizada por los profesionales que intervienen con la población menor de 6 años vienen haciendo, para que se establezca un lenguaje común entre ambas Consejerías, mediante la necesaria equivalencia entre los diagnósticos ODAT y los tipos de NEAE. En cualquier caso, mientras este trabajo no se acometa, los profesionales de la orientación en el momento de la identificación de necesidades educativas, deberán tener en cuenta esta organización diagnóstica para, a partir de la misma, determinar las NEAE del

alumno o alumna. Del mismo modo, deberán considerar que los trastornos en el desarrollo establecidos en los informes previos a la escolarización, emitidos por los CAIT, no tienen un carácter definitivo y están sujetos a la evolución del niño o la niña.

Respecto a la población atendida, la Agencia Europea para el Desarrollo de la Educación del Alumnado con Necesidades Educativas Especiales (2010), estableció entre las conclusiones de su estudio que una de las prioridades a nivel europeo era la necesidad de alcanzar a toda la población que precisa de atención infantil temprana. Esta prioridad está en relación con el objetivo común de la AIT y la prioridad de todos los países participantes en atender a todos los niños y niñas y sus familias que precisan apoyo lo antes posible. En este sentido, Andalucía junto a la aprobación del Decreto 85/2016, incluye un aumento significativo en su presupuesto para la atención infantil temprana, duplicando la inversión actual del Gobierno autonómico, con 33 millones de euros hasta 2019, con objeto de garantizar este derecho a todos los menores de 6 años residentes en la comunidad autónoma de Andalucía. Se prevé incrementar hasta 20.000 el número de menores de 0 a 6 años que reciben cada año este servicio, lo que supone 3.200 más que en el año 2015**.**

Se trata, de sin lugar a dudas, de un importante avance en este ámbito, el de la Consejería de Salud, ahora bien ¿se aumentará el número de centros y de profesionales para poder dar cobertura a estas expectativas de población susceptible de necesitar atención infantil temprana? Una mayor población atendida en CAIT, implica necesariamente una mayor necesidad de valoraciones que habrá que realizar de todos aquellos niños que se incorporen al sistema educativo, presenten o no algún tipo de NEE y un mayor número de niños y niñas que requieren atención específica en los centros docentes. ¿Se aumentará por tanto, el número de recursos en Educación para cubrir estas necesidades?

Entendemos que el avance producido en el ámbito de la Consejería de Salud no se ve acompañado de un avance proporcional en la Consejería de Educación y la Consejería de Igualdad y Políticas Sociales. Nadie discute en la actualidad que Salud es quien lidera el proceso de atención infantil temprana en Andalucía, así como nadie puede negar que la atención infantil temprana no sea competencia exclusiva de esta Consejería. Si hacemos nuestro el principio de la AIT que insta a que se establezca un enfoque integral de las intervenciones, será necesario hacer un esfuerzo por superar las visiones compartimentadas de este proceso, para abandonar de una vez por todas la delimitación de parcelas de intervención en las que unos y otros se empeñan en mantener. Ello implicaría, que el modelo de AIT no se circunscriba a los servicios y recursos que plantean desde Salud y por tanto, que tanto Educación como Igualdad y Políticas Sociales definan, mediante procesos recursos específicos, sus propios modelos de AIT, con el objetivo de que puedan constituir un único modelo en Andalucía donde realmente las Consejerías implicadas dispongan de un enfoque claro sobre el papel que juegan, los servicios que ofrecen y los recursos de que disponen para la atención infantil temprana.

1.2. Los profesionales implicados en los procesos de detección temprana de alumnado que presenta trastornos en el desarrollo o el riesgo de padecerlos y que en el proceso de escolarización, pueden ser identificados como alumnado con necesidades educativas especiales, consideran que son fundamentales para los procesos de AIT y de escolarización, al estar bien definidos y recogidos en normativa

Consultoras de AIT, orientadores y orientadoras especialistas en AIT, a través de la información recabada mediante las entrevistas realizadas, así como los profesionales de CAIT, de EOE y de centros de primer ciclo, destinatarios del cuestionario, coinciden mayoritariamente en señalar que los procesos de detección temprana, establecidos por la Consejería de Salud y por la Consejería de Educación, están bien definidos y concretados, entre otras razones, porque se ha elaborado a partir de las experiencias prácticas y contando con la opinión de los profesionales que de forma directa atienden a los niños y niñas de 0 a 6 años identificados por presentar un trastorno en el desarrollo o que están en riesgo de padecerlo.

En este sentido, es necesario señalar que el Decreto 85/2016 por el que se regula la intervención integral de la atención infantil temprana en Andalucía y las Instrucciones de 8 de marzo de 2017 por las que se establece el protocolo de detección, identificación del alumnado con necesidades específicas de apoyo educativo y organización de la respuesta educativa, constituyen los marcos reguladores de los procesos de detección temprana vigentes a día de hoy en la comunidad andaluza y confieren un marco de referencia y de seguridad a los profesionales vinculados a los proceso de AIT y de escolarización en el segundo ciclo de Educación Infantil, aunque no podemos olvidar que el Protocolo de 30 de marzo de 2015 que se integra como anexo en el citado Decreto 85/2016, ha de ser revisado y actualizado, por lo que las Consejerías competentes deberán elaborar un nuevo protocolo que se ajuste a los nuevos recursos y procedimientos definidos en el Decreto. Así queda ratificado en la información recogida a través de la entrevista.

> *"Los procedimientos de coordinación están establecidos en el Decreto 85/2016, de 26 de abril, por el que se regula la intervención integral de la Atención Infantil Temprana en Andalucía en el que asume el Protocolo suscrito con la Consejería de Salud el 30 de marzo de 2015. Por otro lado, la Consejería de Educación cuenta con las Instrucciones de 22 de junio de 2015, de la Dirección General de Participación y Equidad, por las que se establece el protocolo de detección, identificación del alumnado con necesidades específicas de apoyo educativo y organización de la respuesta educativa en las que se regulan todos los pasos a dar desde la detección de indicios o señales de alerta hasta la realización de los procedimientos de evaluación psicopedagógica, dictamen de escolarización y respuesta educativa"* (Ent. 9).

A su vez, las funciones específicas de detección temprana de niños y niñas con trastornos en el desarrollo o el riesgo de padecerlos, no están asignadas a unos perfiles profesionales en concreto. Estas funciones se atribuyen a cualquier profesional cuyo ámbito de actuación sea la atención a menores de 6 años *"cualquier profesional en cualquier ámbito puede detectar el*

trastorno o el riesgo". Sin embargo, hemos podido comprobar que según el momento de la detección, la inmediatez en la intervención de los especialistas varía. Los resultados obtenidos a través de las entrevistas y el cuestionario, demuestran que la detección que se produce en el periodo 0-3 años es más eficaz, que si la detección se produce en el periodo 3-6 años, obteniéndose una puntuación media de 2,94 sobre 4 en las valoraciones realizadas en el ítem 3. Sin embargo, cuando se preguntaba por la eficacia de los procedimientos de detección en el periodo 3-6 años, la puntuación media descendía a 2,05 sobre 4. Valores muy similares y estrechamente vinculados a los anteriores, se obtuvieron cuando se valoró la inmediatez de la intervención por parte de los especialistas en cada uno de los periodos. En este sentido, el propio Protocolo de 30 de marzo de 2015 estableció diferentes procedimientos de derivación y de intervención según el momento de la detección, lo cual está suponiendo, a nuestro juicio, un perjuicio para los niños y niñas escolarizados en el segundo ciclo de Educación Infantil. Se ha considerado que las atenciones que puede recibir en este entorno y a través de los recursos personales que dispone la Consejería de Educación son equiparables a las ofrecidas por los CAIT y sus profesionales. Desde nuestro punto de vista, este planteamiento es erróneo o al menos, no se sostiene desde el enfoque actual, pues los profesionales y el tipo de intervenciones que se proporcionan en cada ámbito tienen diferencias notables. En ningún caso, estamos negando que el medio escolar por sí mismo y las atenciones ofrecidas en él, aporten beneficios reales, a la vez que proporcionen una adecuada estimulación del desarrollo, pero estas actuaciones se enmarcan desde una intervención estrictamente educativa, que no puede cubrir las atenciones de tipo clínico-terapéutico que sí ofrece el ámbito sanitario.

Por otro lado, tanto en el ámbito educativo como en el ámbito sanitario, los propios circuitos establecidos en la atención a esta población, conlleva que los agentes responsables de cada una de las actuaciones que conforman esos circuitos, tengan especial incidencia en la detección en momentos concretos. Nos referimos a los profesionales de pediatría de atención primaria en el ámbito sanitario y de manera muy especial, a los tutores y tutoras tanto de primer como de segundo ciclo de la etapa de Educación Infantil.

En este sentido, una realidad, a la vez que un importante avance en los últimos años, a la que se hace referencia en los resultados de nuestra investigación, y que desde las administraciones implicadas es necesario que tengan en consideración por su relevancia, con objeto de aprovechar y consolidar su actuación en el proceso de detección temprana en el periodo 0- 3 años, es el papel cada vez más decisivo que juegan los centros que imparten el primer ciclo de Educación Infantil. Estos y estas profesionales posibilitan la prevención de numerosos factores de riesgo y de señales de alerta en el desarrollo de los niños y niñas, así como proporcionan al proceso de AIT y al proceso de escolarización una mayor capacidad de detección y de posterior intervención basada en la estimulación, en coordinación con los todos los agentes implicados, desde el ámbito sanitario y el educativo. Sin olvidar la función asesora que desempeñan con la familia, pues junto a los padres y madres son los que más tiempo van a pasar con sus hijos e hijas, lo que les otorga un grado de conocimiento del menor que ningún otro profesional va a tener.

No obstante, con independencia del ámbito de detección o del momento en el que se realice, sean docentes o sanitarios, lo cierto es que ningún profesional que tenga contacto directo con una población tan sensible como la que componen los niños y niñas de 0 a 6 años, puede dejar de asumir una función inherente a cualquier labor que pueda desarrollar, como es la de detección de trastornos en el desarrollo o el riesgo de padecerlo.

Además, debemos destacar el hecho que los niños y niñas atendidos en CAIT no representan la totalidad de la población con trastornos en el desarrollo o el riesgo de padecerlos que se escolariza en el segundo ciclo, aunque sí suponen un porcentaje alto. La Consejería por tanto, no puede dejar de arbitrar otras formas de detección temprana que permitan identificar a todos aquellos niños y niñas con trastornos en el desarrollo o en riesgo de padecerlos que no estén siendo atendidos en CAIT. De este modo, el proceso de atención infantil temprana no puede constituir la única modalidad detección temprana previa a la escolarización en el segundo ciclo de Educación Infantil. Existen por tanto, otras vías de identificación de alumnado con NEE que no es atendido en un CAIT, como pueden ser:

- Detección en los centros de primer ciclo de Educación Infantil.
- Procesos de coordinación con entidades o asociaciones de carácter privado que no forman parte del proceso de atención infantil temprana y puedan aportar, previa autorización de las familias, información previa a la escolarización en el segundo ciclo.
- El propio padre o madre indica en la solicitud de admisión que su hijo o hija presenta NEE o tiene discapacidad.

De las tres opciones planteadas, la última es la que menor margen de reacción nos ofrece, porque la detección se produce en el mismo proceso de escolarización, aunque posibilita iniciar todas las actuaciones que se requieran con intención de que su incorporación al centro docente en el mes de septiembre se realice habiendo puesto en marcha los procedimientos de derivación necesarios, así como de intervención.

Existe, aunque cada vez en menor grado, un porcentaje de niños y niñas que, si no han estado escolarizados en el primer ciclo, o habiéndolo estado no han sido detectados, y/o que si no ha sido detectado por los servicios de pediatría de atención primaria, no ha sido derivado a CAIT y por tanto, no está siendo atendido en ningún CAIT, cuya detección no es posible realizar con antelación a la escolarización. Aún reconociendo que esta circunstancia pude darse en un número significativo de casos, requeriría un estudio específico para conocer su incidencia en los últimos cursos escolares y poder determinar las principales causas que justifican estas circunstancias. Una situación similar, aunque con mayor posibilidad de intervención se daría en aquellos casos que estando escolarizados en el primer ciclo de E.I. no han sido detectados y por tanto, tampoco son atendidos en un CAIT. La propia experiencia de este investigador sobre la materia, así como las aportaciones realizadas en las entrevistas a este respecto, permiten confirmar esta casuística *"no siempre llegamos a todos los niños y niñas"* y sería posible

plantear diferentes motivos que justificar estas situaciones (formativos, miedo a la primera noticia, escasez de recursos, sociofamiliares,..).

> *"Desde hace más de una década, se está trabajando para que se detecten cuanto antes los menores susceptibles de recibir una atención especializada, por presentar trastornos en su desarrollo y/o riesgo de padecerlo; y aunque se están detectando a edades más tempranas, siempre nos encontramos con algún caso que podía haberse detectado antes"* (Ent. 12).

En cualquier caso, dado que no es posible la identificación definitiva de un gran número de trastornos en el desarrollo en niños y niñas de 0 a 6 años, por las importantes variaciones evolutivas y la propia inmadurez inherente a estas edades, resulta fundamental que los profesionales de la AIT de los ámbitos directamente implicados dispongan de la formación, de los tiempos y de las herramientas necesarias para poder realizar un adecuado diagnóstico funcional de cada caso.

Por otro lado, los resultados obtenidos del análisis horizontal de las entrevistas avalan la relevancia que se otorga por parte de todos los profesionales, al proceso de tránsito del alumnado con trastornos en el desarrollo o el riesgo de padecerlo, entre el primer y el segundo ciclo de Educación Infantil. Se trata de un proceso realmente complejo que requiere de gran precisión y definición de las funciones de cada uno de los agentes participantes, así como de una gran sensibilidad por proporcionar tanto al niño o la niña como a su familia un tránsito lo menos angustioso posible. Existe, no obstante, un consenso bastante generalizado en destacar que el EPAT juega un papel fundamental en este proceso de tránsito, dadas las funciones de coordinación a nivel provincial que tienen asignadas.

A pesar de reconocer mayoritariamente que los procesos de detección actuales son adecuados y se encuentran bien definidos en la normativa, se han podido constatar una serie de limitaciones o dificultades en su aplicación, de las cuales destacamos algunas:

- Los tiempos establecidos, especialmente en lo referente al proceso de trasvase de información entre equipos CAIT-EOE.
- Acceso a la información (Séneca/Alborada), por parte de los profesionales de ambas Consejerías.
- La formación es, sin lugar a dudas, un tema central, poniendo el foco de atención en los profesionales de primer ciclo que a diario trabajan directamente con niños y niñas con trastornos en el desarrollo o en riesgo de padecerlo.
- La escasa coordinación en ocasiones, a pesar de ser la piedra angular de todo el proceso de atención infantil temprana y en concreto de los procesos de detección.
- Las limitaciones que hacen referencia a la escasez de recursos personales, lo cual imposibilita una atención más directa al menor y a su familia.

En relación con las limitaciones o dificultades planteadas, algunas de las propuestas de mejora respecto a los procesos de detección, que los profesionales de referencia en esta investigación han realizado, podemos concretarlas en las siguientes:

- → Mediante una formación específica y especializada.
- → Mayor coordinación entre los centros que imparten el 1er ciclo y 2º ciclo de Educación infantil.
- → Intensificar la coordinación especializada entre Salud y Educación en la recogida de información y actualización de la misma, previamente al período de escolarización.
- → Llevar a cabo un programa prescriptivo de tránsito de 1er a 2º ciclo de E. Infantil.
- → Mayor dotación de recursos personales especializados en el ámbito educativo de primer ciclo de Educación Infantil.
- → Integración de aquellos sectores de población que actualmente no pueden beneficiarse del proceso de atención infantil temprana.
- → Definir un marco legal que permita que las familias, en su normal proceso de aceptación, no interfieran ni retrasen la intervención que su hijo o hija pudiera necesitar

Los resultados obtenidos a través de las distintas técnicas e instrumentos de recogida de información aplicados en esta investigación, nos permiten afirmar que los mecanismos de detección actuales son considerados suficientes, puesto que se han diversificado en distintos contextos: sanitario, educativo y social, lo que favorece que la detección temprana de niños y niñas con trastornos en el desarrollo o que estén en riesgo de padecerlo se produzca con mucha mayor probabilidad que en épocas anteriores. Del mismo modo, se puede constatar que el actual proceso de AIT supone un recurso (media: 3,65 sobre 4) y una mejora (media: 3,81 sobre 4) de los procesos de detección temprana y como consecuencia, posibilita un mejor abordaje del proceso de escolarización de este alumnado en el segundo ciclo de Educación Infantil.

Al mismo tiempo, debemos destacar el hecho de que la detección temprana y la correspondiente intervención (diferente según los periodos analizados), suponen una mejor planificación de la respuesta educativa que el alumno o alumna puede requerir en su acceso al segundo ciclo, obteniéndose una media total de 3,22 sobre 4 en el ítem 6 de nuestro cuestionario. Este dato viene a avalar el planteamiento anterior y el que subyace a todo el desarrollo de esta investigación. Es decir, la detección e intervención temprana, ya sea en el ámbito educativo o en el sanitario facilita que la escolarización del niño o niña con trastornos en el desarrollo se realice con mayores garantías de éxito en cuanto a la propuesta de modalidad de escolarización, así como de las medidas específicas y los recursos específicos que requiera. Esta adecuación de la planificación no ha de confundirse con un aumento discrecional de los recursos específicos en los centros docentes. Aunque en muchos casos el recurso sea necesario, la planificación debe permitir a la Administración educativa rentabilizar los ya existentes y apostar por medidas que favorezcan la inclusión social y educativa de estos niños y niñas.

1.3. El adecuado desarrollo e implementación de los procesos de atención infantil temprana y de escolarización en el segundo ciclo de Educación Infantil, requiere una mayor dotación de recursos personales, así como una mejor comunicación interadministrativa, que posibilite el conocimiento de los procedimientos específicos de cada Consejería respecto a la atención de los niños y niñas con trastornos en el desarrollo o en riesgo de padecerlos.

La Consejería de Salud y la Consejería de Educación son dos de las Consejerías de la Junta de Andalucía que cuentan con una mayor dotación presupuestaria y por tanto, con importante número de recursos humanos, dada la población a la que atienden y la relevancia de los campos de actuación que tienen asignados. Ello implica que la estructura de cada Consejería sea realmente compleja debido a la multitud de servicios que ofrecen, los distintos equipos profesionales con los que cuentan,…, lo cual ha conllevado en ambos casos la definición de procedimientos específicos a nivel interno, que hagan posible la convivencia de esos servicios y de los profesionales que los proporcionan, con objeto de obtener la máxima eficiencia y eficacia de los mismos.

Pueden llegar a constituir Administraciones tan complejas en sus organigramas que no es inusual encontrar, dentro de cada Consejería, verdaderas dificultades para conocer todos los procedimientos establecidos o los recursos disponibles, e incluso, dificultades para su propia coordinación. La descripción de esta realidad, nos permite justificar, en cierta forma, la complejidad que supone para profesionales de otras Consejerías llegar a conocer los procedimientos específicos de aquella con la que han de coordinarse. Además, estamos convencidos de que este desconocimiento mutuo es el motivo de múltiples discrepancias y conflictos entre profesionales de distintas Consejerías, de ahí la importancia de que los procesos de atención infantil temprana y de escolarización en el segundo ciclo de Educación Infantil, así como los profesionales de referencia en cada caso, sean conocidos y compartidos por Salud y Educación.

A esta realidad, es necesario añadir que los resultados obtenidos en esta investigación avalan que los recursos personales con los que cuentan tanto la Consejería de Educación como la Consejería de Salud son insuficientes para el adecuado desarrollo e implementación de la atención infantil temprana y del proceso de nueva escolarización en el segundo ciclo de Educación Infantil, valorándose con puntuaciones medias totales de 2,09 y 2,11 los ítems 16 y 17 respectivamente, que reflejan el consenso generalizado que reclama mayor dotación de recursos personales. Así, son mayoritarias las opiniones de los orientadores y orientadoras especialistas cuando afirman que:

> *"Educación debía desarrollar el Decreto 149/2009 en los aspectos relacionados con atención a la diversidad en el Primer ciclo y para ello, entre otros aspectos, debería plantear el requerimiento de personal educativo especializado, dotando con estos*

profesionales en los de su titularidad y exigiéndolo en los centros conveniados, como hace con los del 2º ciclo" (Ent.6).

Nos encontramos con un planteamiento que es recurrente a lo largo de toda la investigación y que en estas conclusiones también hemos mencionado, se trata de la situación del primer ciclo de Educación Infantil. En este caso, existe un posicionamiento mayoritario, tanto desde los profesionales de Salud como desde los profesionales de Educación, que respalda la necesidad de abogar por una mayor dotación de recursos personales de carácter especializado en ámbito de 0 a 3 años, momento trascendental en la estimulación del desarrollo. Si partimos de la base de considerar las escuelas infantiles como espacios de una estimulación espontánea, intensiva y continuada de las capacidades del alumnado, podríamos afirmar que, los niños y niñas están expuestos a altas dosis de estimulación. Por lo tanto, desde esa óptica podría ser suficiente. Pero no es suficiente si lo entendemos desde un punto de vista más específico, cuando tras la detección de trastornos en el desarrollo o el riesgo de padecerlos se requiere la puesta en marcha de actuaciones de carácter más especializado, donde la mera estimulación del entorno no es suficiente.

No obstante, coincidimos con el planteamiento que los referentes de AIT trasladan en no pocas ocasiones durante esta investigación y que tendremos de analizar con mayor profundidad en el análisis del objetivo relativo a la formación de los profesionales. Nos referimos a que, aun reconociendo la necesidad de disponer de más recursos especializados en el primer ciclo nunca llegarían a ser suficientes y por lo tanto, no podemos limitar la propuesta de mejora de la atención al alumnado con trastornos en el desarrollo o en riesgo de padecerlos al número de recursos que son necesarios. Ya lo adelantábamos antes cuando hacíamos referencia a los tutores y tutoras de los centros de primer ciclo, aludiendo a que con carácter general son recursos que siempre van a favorecer la estimulación y el desarrollo de todos los alumnos y alumnas de 3 años a los que atienden y a sus familias, por lo que nuestro propósito también debería orientarse hacia la capacitación de estos profesionales, de modo que pudieran ofrecer una atención más específica, previo asesoramiento de los especialistas de referencia. De este modo, sí podríamos llegar a abarcar a toda la población que de forma transitoria o permanente presentara algún factor de riesgo o signo de alerta en su desarrollo.

Aunque las principales carencias en cuanto a recursos se han focalizado en el primer ciclo de Educación Infantil, los resultados también muestran carencias en los EOE, principalmente porque al trabajo que habitualmente desempeñan en los centros que tienen en sus zonas, hay que añadirles las evaluaciones correspondientes a los niños y niñas que se escolarizan en el segundo ciclo de Educación Infantil detectados por presentar algún trastorno en el desarrollo, incorporarse a la planificación de las prescriptivas reuniones de coordinación y realizar el correspondiente dictamen de escolarización del alumnado que finalmente sea identificado como alumno o alumna con NEE. De tal manera que la respuesta educativa, así como la previsión y planificación de todos los recursos (personales y materiales) que se

consideran necesarios para adecuada escolarización se determina en el citado dictamen de escolarización.

Éste, es sin lugar a dudas, uno de los temas que más controversia genera cada curso escolar, especialmente en la Administración educativa, dado el aumento imparable de recursos personales que en cada proceso de escolarización se proponen en los dictámenes de escolarización. En este sentido, existe entre los profesionales que han participado en esta investigación un consenso generalizado cuando se afirma que las Administraciones no pueden convertirse en una fuente inagotable de recursos, puesto que las inversiones son finitas y no permiten un aumento permanente de personal. Sin embargo, se aboga por la racionalización de los recursos existentes y por conseguir la máxima rentabilidad de los mismos. Para ello, se plantean algunas claves que considero fundamentales para el sostenimiento de procesos como los que son objeto de esta investigación, la atención infantil temprana y la escolarización en el segundo ciclo de Educación Infantil, tales como:

- Creación de un cuerpo de maestros y maestras de primer ciclo de Educación Infantil, incorporando a la red centros de primer ciclo como centros públicos o concertados de la Consejería de Educación.
- Mayor dotación de recursos personales especializados en el periodo 0-3, que posibilite llevar a cabo tareas de prevención (primaria, secundaria y terciaria), de modo que se minimicen los efectos de posibles trastornos en el desarrollo a edades tempranas y no se traduzcan en discapacidades posteriores que requieran aún más recursos para su tratamiento. Esta medida no tiene por qué suponer un incremento de plantillas, sino una redistribución equilibrada de la existente.
- Apuesta firme por la formación específica de los profesionales de los centros de primer ciclo, para realizar un abordaje de los trastornos en el desarrollo desde un concepto de escuela inclusiva, donde a cada niño o niña se le atienda según sus potencialidades y no solo según sus necesidades.

En lo que respecta a los recursos del ámbito sanitario, se produce una valoración algo más positiva que en el ámbito educativo (EOE y centros de primer ciclo), aunque no son pocas las manifestaciones respecto a carencias en los CAIT y a la zonificación que atienden, así como a la escasa continuidad de los profesionales de pediatría de atención primaria en sus puestos de trabajo, lo cual imposibilita el adecuado seguimiento de sus pacientes y de sus familias, el desconocimiento incluso, de los propios procedimientos de la Consejería de Salud y en el peor de los casos, la ausencia de estos profesionales que, en determinadas zonas, son cubiertos por profesionales de atención primaria sin la debida especialización en pediatría.

Además, nos hacemos eco de algunos perfiles profesionales con los que actualmente no cuentan las Consejerías implicadas y que se han propuesto por considerar que pudieran tener un

papel importante en el desarrollo de la AIT y del proceso de escolarización en el segundo ciclo de Educación Infantil:

- Personal de servicios sociales (trabajador social, educador social)
- Logopeda clínico y fisioterapeuta en el sistema educativo.
- Médico y logopeda dentro de la consideración de un EOE Especializado en AIT.
- Profesorado especialista en atención temprana en el primer ciclo de Educación Infantil.
- Especialista en terapia ocupacional.

Como hemos tenido ocasión de comprobar, el mapa de recursos de la atención infantil temprana en la comunidad autónoma de Andalucía es muy diversificado, si entendemos que hemos de considerar tanto a los profesionales de la Consejería de Salud como a los de la Consejería de Educación, puesto que pueden tener una implicación más o menos directa en la atención a los menores de 6 años con trastornos en el desarrollo o que tienen el riesgo de padecerlos. Por lo tanto, el conocimiento mutuo de estos profesionales y de sus procedimientos específicos, es un requisito básico para que los posteriores procesos de coordinación sean eficientes.

En este sentido, los profesionales de los tres ámbitos que han sido objeto de este estudio manifiestan de forma unánime la necesidad de conocer los recursos y los procedimientos de la Consejería con la que se coordinan en el proceso de AIT y en el proceso de escolarización en el segundo ciclo de Educación Infantil (media total: 3,69 sobre 4), como condición para poder realizar un mejor abordaje del trabajo conjunto y coordinado que han de desarrollar. La valoración obtenida en el cuestionario sobre la necesidad de conocer los demás ámbitos es muy alta por parte de los tres tipos de equipos profesionales consultados, pero especialmente por parte de los profesionales del primer ciclo, pues son los que menos oportunidades de coordinación tienen, debido a imposibilidad de tiempos, espacios y desplazamientos. La investigación llevada a cabo muestra un grado de información sobre los recursos y procedimientos específicos de cada Consejería que podríamos calificar como aceptables (media total: 2,43) cuando nos referimos a CAIT (2,75) y a EOE (2,77), sin embargo, este grado de información es mucho menor en el caso de los profesionales de los centros de primer ciclo (2,25). Por tanto, es necesario que, una vez constatadas las carencias de información y formación en relación con los campos de acción de aquellos otros profesionales con los que necesariamente se tienen que coordinar, estos profesionales podrían tener un conocimiento limitado o sesgado del sistema educativo y/o sanitario según el caso, que implica necesariamente el establecimiento de medidas y actuaciones que acerquen ambas realidades con el objetivo de que la coordinación entre las Consejerías implicadas alcance cotas de máxima eficacia, porque estamos seguros de que ello revertirá positivamente en los niños y niñas menores de 6 años.

1.4. Los procesos de colaboración y de coordinación establecidos entre la Consejería de Educación y la Consejería de Salud son fundamentales en el proceso de atención infantil temprana y proporcionan mayor rigor y fundamentación a la toma de decisiones que implica el proceso de nueva escolarización en el segundo ciclo de Educación Infantil para el alumnado con trastornos en el desarrollo o en riesgo de padecerlos.

Entre las líneas de actuación de la atención infantil temprana, definidas por la Consejería de Educación y las líneas de actuación en la atención al alumnado de nueva escolarización que presenta NEE, definidas por la Consejería de Educación, figuran articular una coherente coordinación inter-institucional que permita el trabajo cooperativo entre las instituciones y entidades implicadas en la atención infantil temprana.

De un lado, la Consejería de Salud define la coordinación intra administrativa mediante el establecimiento de los circuitos asistenciales y la unificación los documentos de derivación entre Sistema Sanitario Público de Andalucía (SSPA) y Centros de Atención Infantil Temprana (CAITs). De otro lado, la Consejería de Educación, define su coordinación intra administrativa, mediante el establecimiento de programas de tránsito entre el primer y el segundo ciclo de Educación Infantil, así como la coordinación y la unificación de informes entre el EOE Especializado y los distintos EOE de la provincia. Finalmente, el objetivo prioritario es establecer un protocolo para favorecer la escolarización de los niños y niñas con trastornos del desarrollo o en riesgo de padecerlos, en primer y segundo ciclo de infantil de forma conjunta entre las Consejerías de Salud y Educación.

La coordinación es una de las piedras angulares de este estudio, y como hemos podido comprobar ya se ha hecho referencia a ella anteriormente. Resulta imposible abordar algún tema específico de la atención infantil temprana y del proceso de escolarización, tal y como están concebidos en la actualidad, sin profundizar en el sistema de coordinación a nivel intra e inter administrativo inherente a los propios procesos.

Aún reconociendo la complejidad que implica definir y establecer procedimientos de coordinación interadministrativa que sean eficaces, la realidad que se desprende de las valoraciones realizadas por los profesionales que han participado en esta investigación, es que estos procedimientos están permitiendo articular las formas de proceder de diferentes profesionales, muy alejados entre sí, no sólo por su práctica diaria, su formación,…, sino también por el enfoque de sus intervenciones (coordinación EOE-CAIT: 2,64). Reconocen, por tanto, los importantes avances que se han producido en los últimos años respecto a los procesos de coordinación establecidos entre la Consejería de Educación y la Consejería de Salud, aunque sin duda, se trata de una valoración que deja entrever que existe aún mucho trabajo por hacer para llegar a conseguir una coordinación real y efectiva.

"Me parece que se han logrado grandes avances en la coordinación entre los profesionales de salud y educación. Nos falta un poco el apoyo de la parte responsable de igualdad y bienestar social, esencial en algunos casos concretos" (Ent.2).

"En nuestra provincia tenemos semanalmente coordinación con las otras componentes del EPAT (Salud e Igualdad). Así mismo se ha incorporado recientemente la UAIT para desarrollar las funciones que le asigna el decreto de AT" (Ent.3).

"En mi caso es excelente y eficaz teniendo en cuenta el volumen de población a la que atendemos y el aumento año por año que se experimenta en la provincia de granada" (Ent.4).

No obstante, mayoritariamente manifiestan que existen muchos aspectos susceptibles de mejora, con especial incidencia en el ámbito educativo. Mientras que las dificultades detectadas en el ámbito de Salud, se refieren a que existe coordinación informativa pero no coordinación estructurada que evalúe resultados por áreas y servicios en las intervenciones realizadas y el grado de cumplimiento de los Procesos asistenciales o que debería haber más actuaciones para coordinar casos entre CAIT y profesionales de pediatría de atención primaria y especialistas; desde el ámbito educativo, se concluye que la coordinación interprovincial es prácticamente inexistente, no se promueven desde la Consejería de Educación espacios para el intercambio de experiencias entre los especialistas en AIT. No obstante, se valora positivamente la coordinación intra administrativa con los EOE o los propios centros de primer ciclo.

"Desde sus inicios hasta la fecha se ha ido produciendo un cambio positivo en cuanto a la coordinación en la medida en que se conocen mejor y se relacionan cada uno en su zona cuando lo precisa. No obstante, se podrían mejorar en algunas zonas en la que la dispersión geográfica o el cambio de profesionales que dificultan esta coordinación" (Ent.11).

Respecto a la coordinación interadministrativa, la impresión obtenida, tras el análisis de estos resultados, no es positiva, pues la media tota de las puntuaciones sobre la coordinación entre CAIT y EOE apenas alcanza un 2,64 y de éstos con los centros de primer ciclo, 2,44 en el caso de los CAIT y una media total de 2,17, en el caso de los EOE. Teniendo en cuenta la trascendental importancia para la atención integral que, los niños y niñas con trastornos en el desarrollo o que están en riesgo de padecerlo con edades comprendidas entre los 0 y los 3 años, tiene la coordinación entre estos equipos, cuyas intervenciones requieren de una programación conjunta si se pretenden obtener resultados positivos en la evolución de los menores y en sus familias. Recogemos además, algunas de las observaciones realizadas en las entrevistas:

"Escasa. Tenemos formaciones separadas, no nos incluyen en reuniones de AT que nos competen a nosotros también" (Ent.5).

"La devolución de información de los EOE es escasa. Además, hay ocasiones que es muy difícil que los profesionales de los CAIT puedan ir a los colegios (no les dejan entrar) para

coordinar actuaciones en el aula con la tutora, PT o AL. Es o bien desde la dirección del colegio o desde inspección que no les permiten la entrada" (Ent.13).

Se trata por tanto, de entornos, CAIT, EOE y centros o escuelas de Educación Infantil, que dependen necesariamente el uno del otro. En este sentido, la lectura que podemos realizar de los resultados obtenidos no está en la línea de que la coordinación no sea necesaria, más bien todo lo contrario. Es decir, no están definidas y habilitadas las condiciones por parte de las Consejerías competentes, para que estos profesionales puedan desarrollar una coordinación real y efectiva en la atención de los niños y niñas cuya atención comparten.

Sin duda alguna, nos encontramos ante una cuestión que requiere de una mayor profundización, puesto que la atención infantil temprana no puede entenderse desde actuaciones específicas de cada ámbito profesional, sin conexión alguna, porque de este modo poco habríamos avanzado en el actual modelo de atención infantil temprana, que apuesta por un enfoque integral de la intervención. Las Consejerías competentes deben valorar esta realidad y plantear algún tipo de respuesta a esta demanda que realizan los profesionales que cada día atienden a los menores y a sus familias. Sin olvidar la premisa fundamental de que el niño o la niña y su familia, como usuarios del proceso son los mismos en todos los casos, por lo que evitar solapamiento en las funciones, no duplicar actuaciones y por encima de todo, ofrecer un mensaje lo más unificado posible entre todos los profesionales implicados, se convierte en un objetivo irrenunciable, aunque reconocemos que realmente complejo de conseguir.

Por otra parte, la coordinación del EPAT y de sus componentes con los CAIT y los EOE e incluso con los centros de primer ciclo se valora como una cuestión fundamental en la escolarización del alumnado con trastornos en el desarrollo o que están en riesgo de padecerlo en el segundo ciclo de Educación Infantil. Las tareas de coordinación en el EPAT, las funciones de detección en el periodo 0-3 años, el asesoramiento a los centros de primer ciclo,…, hacen que el EPAT y en concreto, la figura del orientador u orientadora especialista en AIT sea valorado por los distintos equipos como una figura fundamental en el proceso de nueva escolarización de este alumnado, especialmente por los EOE.

Una cuestión novedosa, como es la intervención del orientador u orientadora especialista en AIT ante la propuesta en los dictámenes de escolarización de modalidad C o D, en la escolarización del alumnado en el segundo ciclo de Educación Infantil, debiendo manifestar su respaldo o no a esta propuesta, a priori muy cuestionable, ha obtenido un respaldo mayoritario por parte de los profesionales que han participado en esta investigación. Esta constatación, respalda la apuesta realizada por la Consejería de Educación, a favor de que la toma de decisiones en un momento tan crítico como lo es la escolarización en el segundo ciclo de Educación Infantil de alumnado con NEE, requiere de procedimientos que aporten rigor y garantías de que el emplazamiento y la respuesta educativa propuesta, para cada uno de los niños y niñas con NEE que se escolarizan, es la más adecuada.

Para finalizar, aunque nuestra investigación se ha centrado en un momento muy concreto de la coordinación entre la Consejería de Salud y la Consejería de Educación, que es el proceso de escolarización en el segundo ciclo de Educación Infantil y una vez, hemos podido valorar y analizar todos procedimientos de coordinación establecidos para este momento, quisimos indagar sobre la continuidad de este tipo de coordinación cuando los niños y niñas con NEE ya habían sido escolarizados. En este caso, hemos podido comprobar que la coordinación entre los equipos dependientes de ambas Consejerías es menos sistemática y más dada al voluntarismo de los profesionales que en cada momento puedan intervenir. Desde nuestro punto de vista, se requeriría mantener una estrecha coordinación entre los profesionales de CAIT y EOE para, una vez valorado cada caso, realizar una programación conjunta de las actuaciones que sería necesario acometer en cada ámbito y unificar los criterios de intervención.

1.5. El actual modelo de atención infantil temprana y el proceso de escolarización en el segundo ciclo de Educación Infantil mejorarían con un mayor nivel de formación específica de los equipos profesionales directamente implicados en ambos procesos.

A juicio de los expertos y expertas de los procesos de atención infantil temprana y de escolarización del alumnado con NEE en el segundo ciclo de Educación Infantil, la formación específica de todos los profesionales que intervienen con la población menor de 6 años, con independencia del ámbito (Salud o Educación), es un aspecto que se considera clave para el desempeño de las funciones que tienen asignadas y por tanto, un requisito para aportar rigor técnico y eficacia a los procedimientos que desarrollan, mejorando en última instancia la atención a los niños y niñas y a sus familias.

No tenemos ninguna duda de que todos los profesionales que han formado parte de esta investigación (EPAT, CAIT, EOE, centros de primer ciclo de Educación Infantil), son profesionales cualificados en sus respectivos campos de actuación y por ello, han sido seleccionados para ocupar estos puestos. Sin embargo, el estudio que hemos realizado constata que tanto la formación inicial como la formación permanente de estos profesionales adolecen de una falta de formación específica en atención infantil temprana. A esta realidad, se añaden otras problemáticas, relacionadas con las significativas diferencias detectadas en las posibilidades para acceder a formación específica, identificados en cada uno de los equipos profesionales. Mientras desde el ámbito de Salud se han constatado niveles de satisfacción aceptables respecto a la oferta formativa disponible y las facilidades para el acceso, desde el ámbito educativo, todos los profesionales muestran un gran descontento con este tema, dado que la oferta formativa es casi inexistente y las posibilidades de acceso a esa formación son mínimas.

En este sentido, debemos destacar que el estudio demuestra que las principales carencias formativas en AIT se encuentran en los profesionales del primer ciclo de Educación Infantil, pues el ítem referido a la necesidad de formación refleja una media de 3,81 sobre 4 para estos profesionales, lo cual requiere una intervención inmediata. Así mismo, los niveles de

formación en AIT apenas alcanzan una valoración media total de 2,37 sobre 4, . Resulta curioso, que tanto la Consejería de Educación como la Consejería de Salud hayan asumido el papel cada vez más decisivo que juegan los centros que imparten el primer ciclo de Educación Infantil y que, sin embargo, éstos no cuenten con la adecuada formación, ni con posibilidades para hacerlo. Estos y estas profesionales posibilitan, la prevención de numerosos factores de riesgo y de signos de alerta en los menores, así como una mayor capacidad de detección y de posterior intervención, en coordinación con los CAIT, por lo tanto, su formación no puede ser algo opcional, sino un requisito que las Administraciones deberían promover.

En cualquier caso, podemos afirmar que la formación específica en atención infantil temprana constituye una importante tarea pendiente, especialmente en el ámbito educativo. Todos los profesionales, tanto del ámbito de Salud como de Educación, han demandado una mejor formación permanente en atención infantil temprana, debido al alto nivel de especialización que esta área está alcanzando. Para ello, se requiere facilitar su acceso a una formación permanente que les permita conocer los últimos avances realizados, así como estar al tanto de las investigaciones que se estén desarrollando en esta área. Además, es un sentir generalizado establecer que esta formación se dirija prioritariamente a los profesionales que trabajan directamente en el primer ciclo de Educación Infantil, pues consideran que se trata de los profesionales en los que mayores necesidades de formación se han detectado, los que menos posibilidades de acceso tienen a ella y fundamentalmente, porque son los que atienden diariamente a niños y niñas de 0 a 3 años con trastornos en el desarrollo o en riesgo de padecerlo y por tanto, es requisito básico que cuenten con la adecuada formación.

En cuanto a las propuestas que realizan sobre cómo enfocar futuras actividades formativas, plantean diversas modalidades entre las que se integran grupos de trabajo a nivel provincial, que puedan desarrollarse durante todo el curso escolar y jornadas de buenas prácticas a nivel regional, donde se expongan, en un espacio común, las experiencias que puedan considerarse más interesantes. Además, a partir de aquí, la elaboración de proyectos de innovación conjuntos recogiendo esas buenas prácticas.

Por otro lado, se propone una estructura de las actividades de formación a desarrollar, definidas bajo la concepción de un enfoque mixto, donde se establecería el siguiente formato:

1) Ponencia expertos (de partida)
2) Diseño de proyectos (desarrollo)
3) Aplicación práctica
4) Evaluación-Retro-alimentación
5) Difusión del Proyecto y aplicación y generalización de buenas prácticas (Encuentros y paneles de expertos).

Respecto a los contenidos propuestos para incorporar tanto a la formación inicial como a la formación permanente de los profesionales vinculados a la atención infantil temprana, los más valorados son:

- Detección de signos de alerta y diagnóstico diferencial, especialmente en el tramo 0-3 años.
- Intervención educativa directa.
- Nuevas tecnologías en el ámbito de la atención temprana, investigaciones y estudios.
- TEA, TEL, TDAH, SSAACC.
- Terapia e intervención con familias.
- Pautas de actuación en casos de parálisis cerebral infantil, TEA, lenguaje y comunicación

Estas propuestas formativas que, salvadas las principales limitaciones presupuestarias y de planificación/oferta de actividades, la Consejería de Educación ha de realizar una apuesta decidida por invertir en la formación de sus profesionales, incluyendo de una vez por todas a los profesionales del primer ciclo de Educación Infantil (habría que plantear la situación laboral de estos profesionales) o incluso, una oferta específica para cualquier docente que se interese por temas específicos de atención infantil temprana. Para ello, esta Consejería cuenta con una amplia red de centros del profesorado, distribuidos en 32 zonas por toda la comunidad autónoma, es decir, recursos específicos para la formación, responsables de la amplia gama de modalidades formativas que cada curso escolar se ofertan.

Por lo tanto, todos los profesionales que intervienen en atención infantil temprana deberían estar permanentemente atentos a su actualización. En este sentido, entendemos que la formación va más allá de una opción voluntaria de cualquier profesional de la atención infantil temprana, constituyéndose como un requisito, tanto en el acceso como en el desarrollo y la continuidad de los profesionales.

Teniendo en cuenta que una formación inicial siempre será escasa, los profesionales no podemos conformarnos con saber lo que sabíamos cuando accedimos al puesto o con aprender lo que hayamos ido aprendiendo por el ensayo y error de nuestra práctica profesional. Es absolutamente necesario entrar en un proceso de formación permanente y sistemática, simplemente, por responsabilidad profesional.

VII. 3. LIMITACIONES DE LA INVESTIGACIÓN

En reiteradas ocasiones, a lo largo de esta investigación, hemos hecho hincapié en la dificultad que suponía abordar un proceso tan complejo como la atención infantil temprana y su vinculación con el proceso de escolarización en el segundo ciclo de Educación Infantil del alumnado con NEE. A pesar de que en los inicios del diseño de la investigación, mantuve

diferentes reuniones con mis directores de Tesis con el objetivo de delimitar, con la mayor concreción posible, el ámbito de estudio sobre el que íbamos a centrar el estudio, hemos de reconocer que nos ha sido imposible abarcar todas las premisas que están implícitas en ambos procesos. En este sentido, en un intento por conseguir la máxima objetividad posible en nuestra investigación, de acuerdo con la exigencia del rigor científico, debemos enunciar aquellas limitaciones que podemos encontrar y que, en muchos casos, suponen interrogantes que pueden plantearse, si se analizan el proceso y las circunstancias de nuestro estudio, y que no han podido ser respondidos.

Para la presentación de las limitaciones que percibimos en nuestro estudio, vamos a hacer un recorrido por las distintas fases que se fueron superando. En este sentido, además de la delimitación y concreción del ámbito de estudio que ya hemos mencionado, una de las principales limitaciones la supuso, la necesidad permanente de hacer un esfuerzo por mantener la objetividad en todos y cada uno de los planteamientos que se han recogido, así como en el análisis de los resultados y su posterior discusión e interpretación. Haber sido partícipe de ambos procesos, gracias a los puestos que he ido ocupando en los últimos años de mi carrera profesional, antes como orientador especialista en AIT en el EOE Especializado de la Delegación Territorial de Huelva y ahora como asesor técnico docente en el Servicio de Orientación y Atención a la Diversidad de la Dirección General de Participación y Equidad de la Consejería de Educación, donde mantengo asignadas funciones para la planificación y del modelo de AIT en coordinación con la Consejería de Salud, me ha aportado importantes ventajas como la facilidad para el acceso al campo, pero como comentaba, ha supuesto una limitación importante al tener que evitar emitir ciertas opiniones o juicios personales que cuestionarían la objetividad del estudio.

Una segunda limitación, que es aplicable a la elaboración de toda la investigación, marco teórico, diseño de la investigación y conclusiones, ha sido tener que revisar y actualizar en diversas ocasiones toda la normativa citada y recogida. En esta investigación, la normativa tiene un peso específico ya que muchos de los aspectos objeto de estudio están contemplados en textos legales, que a lo largo de los cursos 2014/2015, 2015/2016 y 2016/2017, años en los que transcurre nuestra investigación, ha experimentado significativos cambios, así como la publicación en el ámbito de la AIT de normativa de gran relevancia. Lo positivo de esta constante revisión y actualización es que nos ha permitido ir viendo la evolución de determinados enfoques en el ámbito de la AIT fundamentalmente, ya que la normativa que regula el procedimiento de admisión en el segundo ciclo de Educación Infantil del alumnado con NEE no ha sufrido modificaciones desde la publicación del Decreto 40/2011. Estamos seguros además, de que gran parte de la normativa citada en esta investigación puede volver a ser modificada en periodo de tiempo no muy largo, por lo que es importante establecer que los enfoques y planteamientos recogidos en este estudio responden al momento actual respecto al marco normativo que actualmente está vigente en la comunidad autónoma de Andalucía.

En cuanto al diseño de la investigación, y aunque el acceso al campo era una variable que considerábamos controlada, la recogida de información de los cuestionarios, nos planteó más dificultades de las que a priori esperábamos. A pesar de que la disposición inicial de todos los compañeros y compañeras que han participado en la investigación fue muy positiva, recopilar los cuestionarios cumplimentados, después de facilitar al máximo su cumplimentación así como el proceso de recogida de los mismos, ésta no se produjo con la agilidad que teníamos prevista ni en los plazos que habíamos planificado, lo cual requirió que tuviésemos que insistir en varias ocasiones para que se cumplimentaran y enviaran. Aún así, según hemos descrito, se produjo un porcentaje de cuestionarios no respondidos dirigidos a la muestra de centros de primer ciclo de Educación Infantil, aunque no fue un número significativo. Las obligaciones profesionales y personales de todos los encuestados, a pesar de su disposición favorable, fue uno de los principales motivos del retraso, por lo que disculpamos y agradecemos la colaboración de todos los destinatarios de nuestro cuestionario.

Cuando antes hemos hecho alusión a la necesidad de delimitar con la mayor concreción el ámbito de estudio y los agentes participantes en el mismo, esta tarea se realizó, a pesar de ser conscientes de que dejábamos fuera a una parte fundamental de los procesos que hemos analizado y estudiado. Nos referimos a las familias de los alumnos y alumnas con NEE que se escolarizan en el segundo ciclo de Educación Infantil y que en un porcentaje muy alto, son atendidos en los CAIT. No podemos dejar de reconocer que su visión de estos procesos y sus aportaciones a los mismos hubieran sido muy valiosos para la investigación realizada, sin embargo, se optó por enfocar la misma desde un plano puramente técnico. No han sido pocas las ocasiones en las que se ha hecho referencia a la familia como agente determinante de los proceso de AIT y de nueva escolarización en el segundo ciclo, de hecho, la concepción con la que se les contempla en ambos procesos implica su participación activa en la intervención que requieren sus hijos e hijas, su colaboración y coordinación con los profesionales del ámbito sanitario y del ámbito educativo que les atienden, así como en la propia toma de decisiones ante la programación de actuaciones. Sin lugar a dudas, son un eje fundamental sobre el que se asientan las actuales políticas de las Consejerías de Salud y de Educación, gracias en gran medida a la labor que viene realizando el movimiento asociativo. En definitiva, esta investigación adolece de la necesaria visión que la familia puede aportar para la valoración y la correspondiente propuesta de mejora de la que son susceptibles los procesos objeto de estudio. Deberá establecerse, por tanto, una línea de investigación complementaria a la diseñada en este estudio que se dirija específicamente a las familias del alumnado que presente NEE de nueva escolarización en el segundo ciclo de Educación Infantil.

VII.4. IMPLICACIONES PRÁCTICAS Y LÍNEAS FUTURAS DE INVESTIGACIÓN

Los resultados que se han obtenido en nuestra investigación, los cuales han sido expuestos tanto en este capítulo como en el anterior, pretenden constituir una aportación para la mejora de los procesos de atención infantil temprana y de nueva escolarización del alumnado

con necesidades educativas especiales en el segundo ciclo de la etapa de Educación Infantil. El objetivo final que subyace y que motiva la realización de este trabajo, siempre fue realizar una contribución lo más significativa posible a los procesos mencionados, desde un planteamiento humilde, honesto y respetuoso por parte del investigador que lo suscribe, siendo plenamente consciente de la complejidad de los mismos y de los esfuerzos que tanto las Administraciones implicadas como todos los profesionales de uno y otro ámbito, realizan cada curso escolar por ofrecer a los niños y niñas y a sus familias las mejores condiciones y garantías para una escolarización adecuada.

A continuación, presentamos por tanto, algunas implicaciones prácticas que se derivan de las conclusiones de nuestro estudio y que a la vez, suponen líneas futuras de investigación que pueden contribuir a enriquecer el conocimiento sobre los procesos de AIT y de nueva escolarización del alumnado con NEE en el segundo ciclo de Educación Infantil, a mejorar los procedimientos de detección temprana, de derivación e intervención, así como la coordinación intra e inter administrativa, como aspectos básicos e irrenunciables para que ambos procesos puedan alcanzar cotas mayores de eficacia y de calidad.

En primer lugar, consideramos que una línea de trabajo necesaria en este ámbito sería avanzar en el análisis que desde la Consejería de Igualdad y Políticas Sociales se hace respecto a los procesos de AIT y de nueva escolarización del alumnado con NEE en el segundo ciclo de Educación Infantil, especialmente enfocado hacia aspectos tales como: centros de valoración y orientación y procedimiento para el reconocimiento de discapacidad en niños menores de 6 años; atención a familias desfavorecidas, sistema de ayudas; participación de los servicios de orientación y apoyo así como de los equipos de tratamiento familiar y la correspondiente coordinación con los CAIT y los EOE;…Estos serían algunos ejemplos de las posibles vinculaciones que esta Consejería podría tener con ambos procesos y que justifican plenamente su participación activa en ellos. Así mismo, sería necesario profundizar en el conocimiento de los procedimientos específicos que esta Consejería tiene habilitados para la atención al menor de 6 años y a su familia, con objeto de que desde las Consejerías de Salud y de Educación pudieran establecerse los mecanismos adecuados de coordinación y derivación.

Por otra parte, además de interesante, creemos que es necesario realizar una propuesta concreta y rigurosa, que unifique las distintas categorías diagnósticas utilizadas por la Consejería de Salud, la Consejería de Educación y la Consejería de Igualdad y Políticas Sociales, de forma que se definiera en una única clasificación las distintas categorías diagnósticas, estableciendo para ello las equivalencias necesarias entre ODAT y tipos de alumnado NEAE, por ejemplo. Ello posibilitaría que CAIT, EOE y los centros de valoración y orientación (CVO) *"hablaran el mismo lenguaje"* cuando se refieran al trastorno en el desarrollo que un niño o niña pueda presentar en estas edades, eliminándose así un factor importante de discrepancia y de alejamiento entre los profesionales de distintos ámbitos. Para ello, además, sería necesario adaptar los sistemas de información de cada Consejería,

incorporando la clasificación consensuada, que a su vez, debería trasladarse a los distintos modelos de informes que puedan emitirse por parte de los profesionales de cualquier ámbito. De este modo, se estaría consiguiendo en gran medida, trasladar una información única que cualquier profesional va a reconocer e identificar, con independencia del ámbito donde la familia esté siendo atendida.

Otra línea de trabajo sería continuar profundizando en los procedimientos de detección temprana, con el objetivo de analizar todos aquellos casos que se identifiquen en el segundo ciclo de Educación Infantil y no hayan sido detectados en el periodo de 0 a 3 años de edad. Conocer de qué número de niños y niñas estamos hablando, las causas que pueden justificar que no hayan sido detectados antes, las consecuencias de una detección tardía, las dificultades generadas para una posible intervención por el mero hecho de haber sido detectado tardíamente, nivel de coordinación interadministrativa en el tramo 3-6 años,… disponer de esta información puede permitir que se actualicen y mejoren los procesos de detección temprana actuales, logrando llegar a un mayor número de niños y niñas que presenten un trastorno en el desarrollo o que estén en riesgo de padecerlo.

En esta misma línea, una mejora inmediata que la Consejería Educación ha de afrontar es la referida al establecimiento de un programa de tránsito entre el primer y el segundo ciclo de Educación Infantil que, sin lugar a dudas, aportaría una mayor capacidad de detección temprana, mayor acercamiento de los centros de primer ciclo a los centros de infantil y primaria de su zona, definir procesos de adaptación y acogida que faciliten la incorporación del alumnado de 3 años a su nuevo centro,… Sin embargo, la consecución de estos objetivos, previa definición y establecimiento de un adecuado programa de tránsito entre el primer y el segundo ciclo implicaría, entre otras cuestiones, lo siguiente:

- → Proporcionar un plan de formación específico a los profesionales de primer ciclo de Educación Infantil.
- → Dotar al primer ciclo de perfiles profesionales de carácter especializado para la atención al alumnado con trastornos en el desarrollo o en riesgo de padecerlo.
- → Establecer criterios de adscripción entre los centros de primer ciclo y los centros de infantil y primaria de una misma zona educativa.
- → Definir un procedimiento de actuación para el alumnado que es atendido en CAIT, pero que no es identificado como alumno con NEE por el EOE que realiza la valoración.

Con todo lo anterior y teniendo en cuenta que nuestra investigación se centraba únicamente en valorar el proceso de nueva escolarización, sería necesario analizar cómo la propuesta de atención específica que se realiza a un alumno o alumna con NEE en su dictamen de escolarización, es facilitada cuando se escolariza finalmente en un centro de infantil y primaria. La organización de la respuesta educativa, según establecen las Instrucciones de 8 de marzo de 2015, ha de planificarse a nivel de centro, a nivel de aula y a nivel individual, por lo tanto todo el centro docente ha de ser partícipe de la respuesta educativa que se ofrece al

alumnado. No obstante, el equipo directivo junto al equipo de orientación de centro tienen una importante función en la organización de los recursos personales y materiales, en los tiempos y espacios,… del centro, que condicionarán de forma determinante el tipo de respuesta educativa que se ofrezca a cada alumno o alumna. No existe homogeneidad en los criterios para organizar la respuesta educativa, puesto que no hay dos centros docentes iguales ni dos alumnos o alumnas iguales. Del mismo modo, se requeriría valorar qué nivel de coordinación existe con el CAIT o entidades de la zona.

Creemos que otra línea de investigación de gran interés para los procesos que han sido objeto de investigación en esta tesis, sería analizar y valorar las formas y cauces de participación de las familias, conocer sus inquietudes y miedos cuando se enfrentan a estos procesos y aprovechar sus aportaciones para mejorar los procedimientos actuales. La familia tiene una implicación especial en los primeros años de vida de sus hijos e hijas y por ello, es necesario que las instituciones y los profesionales que están a su alrededor sepan aprovechar esta inercia por participar activamente en las actividades y atenciones que reciben éstos, integrándolos como agentes válidos y capaces, tras el correspondiente asesoramiento especializado, desde la planificación de la intervención hasta la propia puesta en marcha de las actuaciones definidas.

Por último, no queremos dejar de reseñar la importante diferencia que hemos comprobado existe, entre el elevado número de niños respecto al número de niñas que a los dos años de edad presentan un trastorno en el desarrollo y que, proporcionalmente, son identificados como alumnado con necesidades educativas especiales en su acceso al segundo ciclo de la etapa de Educación Infantil. Sin duda, un aspecto que requiere un exhaustivo estudio, en el que además de la pedagogía y la psicología, sería necesario incorporar otras disciplinas como la obstetricia, o la pediatría, con objeto de poder concluir en los verdaderos motivos que pueden estar ocasionando esta significativa desproporción entre sexos.

Desde el inicio de esta investigación, nuestra obsesión fue conseguir delimitar nuestro objeto de estudio siendo conscientes a priori de la amplitud del campo, pudiendo confirmar ahora que no nos equivocábamos, pues no hay límite para abarcar cualquier ámbito de investigación posible dentro de la atención infantil temprana.

"Tan ciega es la curiosidad por la que los mortales están poseídos, que a menudo conducen sus mentes a lo largo de rutas inexploradas, sin tener ninguna razón para esperar el éxito, sino simplemente estar dispuesto a arriesgarse en el experimento de encontrar si la verdad que buscan está allí."

Descartes, R.

VII.5. REFENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Agencia Europea para el Desarrollo de la Educación del Alumnado con Necesidades Educativas Especiales (2010). *Atención Temprana: Progresos y Desarrollo*. Bruselas: Agencia Europea.

Arnáiz Sánchez, P. (2003). *Educación Inclusiva: una escuela para todos.* Málaga: Aljibe.

Consejería de Educación de la Junta de Andalucía (2016). *La Educación en Andalucía 2016/2017*. Sevilla: Consejería de Educación.

Decreto 149/2009, de 12 de mayo, por el que se regulan los centros que imparten el primer ciclo de la educación infantil (BOJA 15-05-2009).

Decreto 40/2011, de 22 de febrero por el que se regulan los criterios y el procedimiento de admisión del alumnado en los centros docentes públicos y privados concertados para cursar las enseñanzas de segundo ciclo de educación infantil, educación primaria, educación especial, educación secundaria obligatoria y bachillerato.

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

Decreto 85/2016 de 26 de abril, por el que se regula la intervención integral de la Atención Infantil temprana en Andalucía

Echeita, G. (2006). *Educación para la inclusión o educación sin exclusiones*. Madrid: Nancea.

GAT (2011). *La realidad actual de la Atención Temprana en España*. Madrid: Real Patronato de la Discapacidad.

Gútiez, P. (Ed.) (2005). *Atención Temprana: prevención, detección e intervención en el desarrollo (0- 6 años) y sus alteraciones*. Madrid: Editorial Complutense.

Ley 17/2007, de 10 de diciembre, de Educación en Andalucía.