

**Universidad Internacional de La Rioja
Facultad de Educación**

Propuesta de un plan de Integración de un niño con necesidades educativas especiales en una escuela infantil

Trabajo fin de grado presentado por:
Titulación:
Línea de investigación:
Directora:

M^a Mercedes Roso Pascual
Grado en Maestra de Educación Infantil
Iniciación a la investigación educativa
Elisa Alfaro Ferreres

Ciudad: Logroño
17 de julio de 2013
Firmado por: M^a Mercedes Roso Pascual

CATEGORÍA TESAURO:1.1.8 Métodos Pedagógicos

Muchas de las cosas que necesitamos
pueden esperar.

El niño no puede.

El momento es justo ahora.

Sus huesos se están formando.

Su sangre se está creando.

Y sus sentidos se están desarrollando.

A él no podemos contestarle “mañana”.

Su nombre es “hoy”.

Gabriela Mistral.

Premio Nobel de Literatura.

AGRADECIMIENTOS

En primer lugar mi agradecimiento más sincero a la Directora de este trabajo fin de grado, Elisa Alfaro Ferreres por su empuje, desvelos, capacidad de dirección, alegría y ánimo constante ante las dudas de poder realizar este estudio.

Gracias muy especiales a la maestra Alma Rosa de Jaime por facilitarme todos los datos y apoyo que he necesitado para la realización de este trabajo. A la educadora Elisa Apellániz por su labor educativa en el aula, ofreciendo amor y dedicación a Adán.

A los padres de Adán por haberme permitido que realizara este estudio.

A mi compañera y amiga, además de socia de empresa, Josefina Peñafiel, por aguantar todo lo que le he contado del trabajo en cualquier momento del día, dándome apoyo y comprensión.

A mi marido Juan Manuel, por su ayuda inestimable, paciencia infinita, empatía y empuje sabiendo renunciar al tiempo en común para que pudiese elaborar mi trabajo. Gracias compañero.

A mis cuatro hijos: Manuel, Ignacio, Borja y Millán por habermme hecho madre, darme grandes alegrías y ser cuatro maravillosas personas.

RESUMEN

El propósito del presente estudio es conocer la importante evolución a lo largo del tiempo, de las actitudes de la sociedad ante personas con minusvalías. Son Personas diferentes, con unas capacidades que hay que trabajar y desarrollar. Personas que merecen apoyo y amparo de los Estados, que legislan y proporcionan los medios. También de la comunidad dónde viven y se desarrollan.

En este trabajo veremos el avance de un niño de tres años con Necesidades Educativas Especiales, en un aula de primer ciclo de infantil. Nos Apoyamos en un programa individual de atención temprana, haciendo una adaptación curricular, observando su evolución y registrando sus progresos.

La Socialización, interacción con sus compañeros, avances en motricidad y aprendizaje de las rutinas diarias han sido sus puntos de intervención.

Veremos la importancia de una escolarización temprana y el valor de la coordinación entre equipo multidisciplinar, padres y escuela.

Palabras clave: necesidades educativas especiales, integración, socialización, educación temprana, equipo multidisciplinar

ÍNDICE

	AGRADECIMIENTOS	3
	RESUMEN	4
	ÍNDICE	5
CAPÍTULO I.	INTRODUCCIÓN	7
	Justificación	7
	Planteamiento del problema	8
	Objetivos de esta investigación	8
CAPÍTULO II.	MARCO TEÓRICO	10
	Reseña histórica	11
	Legislación	16
	Revisión de los conceptos: educación especial, necesidades educativas especiales	18
	Entorno familiar, entorno social, papel del educador	22
	Programa de desarrollo individual, educación temprana y currículo en infantil	24
CAPÍTULO III.	METODOLOGÍA	30
	Planteamiento de la investigación	30
	Hipótesis de trabajo	31
	Contextualización	31
	Desarrollo metodológico y cronología	31
	Situación inicial	32
	Informes médicos	33

Programa individual de atención temprana	35
Intervención desde la escuela	36
Seguimiento individualizado en la escuela	37
Análisis comparativo con sus compañeros de clase	39
Relación de la escuela con los padres	41
CAPÍTULO IV. RESULTADOS Y DISCUSIÓN	43
Resultados	43
CAPÍTULO V. CONCLUSIONES Y PROSPECTIVA	47
Conclusiones	47
Prospectiva	48
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	49
BIBLIOGRAFÍA	51

CAPÍTULO I. INTRODUCCIÓN

JUSTIFICACIÓN

En el año 2004, ante la falta de trabajo y el interés por la educación infantil, quien esto firma con una compañera, creamos una empresa que llamamos Ábaco-Educa, con la voluntad de gestionar guarderías infantiles. Luego se denominarían escuelas infantiles. En la actualidad gestionamos tres centros de la comunidad autónoma de La Rioja. En los tres casos la situación es la misma, la titularidad es municipal y la gestión corre a cargo de nuestra empresa. La adjudicación también ha sido igual en los tres casos mediante concurso público y abierto. Nuestra empresa gestiona los centros, pero no otorga las plazas a los niños ni cobra las cuotas asignadas. Es una labor que se reservan los Ayuntamientos en los tres casos.

Un día como otro cualquiera llega la noticia desde el Ayuntamiento: ha sido admitido un niño con necesidades educativas especiales. Ante una primera reacción de sorpresa y preocupación, inmediatamente se plantea como un desafío y como una ilusión. Un reto para afrontar esta situación y para ofrecer lo que como madres, además de gestoras, podemos dar: amor, afecto, alegría y apoyo, tanto al nuevo alumno como a sus padres. A estos últimos sobre todo a la hora de traerlo y llevarlo de la escuela que es cuando más se puede apreciar la diferencia de su hijo con los demás y cuando más pueden sufrir por todo ello.

La futura llegada del niño con necesidades educativas especiales trae al recuerdo de quien esto suscribe, su trabajo por unos meses en un centro de educación especial, denominado Marqués de Vallejo, del Gobierno de La Rioja. El trabajo como educadora en aquel centro consistió en una labor asistencial (levantarles de la cama por la mañana, hacer que se asearan, vigilar el comedor en desayuno y comidas, vigilar el recreo etc.) y dejó una profunda huella en su ejercicio profesional. Esta integración del niño en una escuela normalizada abre la idea de elaborar un estudio de su evolución motora, social y comunicativa.

Ante este reto planteado comparto la idea reflejada en estas palabras “No se trata de hacer de ellos personas más inteligentes, sino más capacitadas, más útiles para arrostrar su propia existencia, y por consiguiente más felices” (Polaino Lorente,1991).

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

Se plantea una intervención educativa con la que se pretende mejorar la socialización del niño integrándolo en un plano de igualdad con otros niños y comenzando su aceptación por los mismos. Además se plantea fomentar conductas motoras muy básicas y desarrollarlas.

Igualmente trabajamos con el niño temas de estimulación en los aspectos motores, afectivos, visuales e incluso gestuales.

Desde el punto de vista de la fisioterapia se plantea la intervención para mejorar sus movimientos motores. Finalmente desde el punto de vista de la logopedia se trabaja desde el reflejo de las náuseas hasta la salivación.

Para comenzar habrá que conocer su grado de discapacidad y los informes de los especialistas que le hayan tratado como psicólogos, pediatras, etc. Se deberán hacer reuniones con la educadora para repasar las programaciones, ver si es necesario o no elaborar un programa de desarrollo individual (p.d.i.) específico para el nuevo alumno con el apoyo del equipo de atención temprana, además de un seguimiento o evaluación continua para ver si está siendo efectivo.

No se puede olvidar una entrevista con los padres para conocerlos y conocer su situación, opiniones y actitud con su hijo.

Antes de todo esto se hace necesario plantear unos objetivos primarios y otros secundarios, en función de lo que se puede pretender ante un niño con necesidades educativas especiales.

OBJETIVOS DE ESTA INVESTIGACIÓN

Principales:

- 1) Fomentar su desarrollo motor. Que adquiera mayor motricidad y aumente su autonomía.
- 2) Facilitar su proceso de socialización, que se integre con sus compañeros de clase y conseguir su aceptación por parte de los demás niños.
- 3) Conseguir a través de un programa individual de atención temprana una mejor respuesta de estimulación a nivel de fisioterapia y de logopedia

Secundarios:

- 1) Que aprenda las rutinas diarias de la escuela en lo relativo a horarios y actividades escolares.
- 2) Que participe en las programaciones educativas con el resto de sus compañeros.
- 3) Que aprenda a relacionarse con los compañeros de clase en un plano de igualdad.

4) Que se desarrolle lo más posible en comunicación y lenguaje.

Es evidente que los principales objetivos no pueden ser otros. Si se consigue que el niño alcance una mayor motricidad logrará una mayor autonomía y por lo tanto un avance en todo su desarrollo.

En su relación con el resto de sus compañeros hay que enseñarle a que se relacione con sus iguales y en aquellas actividades que lo permitan y su capacidad lo haga posible, participe como uno más que en realidad es en lo que consiste la integración. No puede olvidarse que de la relación entre el nuevo niño y el resto de la clase se afectan ambas partes y por lo tanto sus compañeros también tendrán que aprender a tratar con él y a respetarle y aceptarlo como a uno más de la clase.

La investigación por lo tanto está planteada y solo falta conocer si al final de la etapa educativa se han alcanzado todos los objetivos o alguno de ellos. La metodología consistirá en hacer una valoración de los informes que se puedan obtener del niño a la llegada a la escuela y evaluar y estudiar todos los datos obtenidos al final del curso.

CAPÍTULO II. MARCO TEÓRICO

En este apartado, Marco Teórico, vamos a conocer la evolución a lo largo del tiempo del tratamiento dado a las personas con distintas discapacidades, personas que eran excluidas y marginadas de la vida social e incluso eran ocultadas por sus familiares. Hasta en nuestros días hemos conocido casos por los medios de comunicación dónde los niños eran ocultados por padecer deficiencias sobre todo psíquicas. Veremos la legislación que ha permitido su amparo e integración en la sociedad, la importancia de la familia y del entorno social, el papel del educador tan importante al incorporarse el niño a la sociedad a través de la escuela y los recursos con los que contamos para mejorar su desarrollo.

Con todo ello pretendemos establecer los conceptos e ideas claves en el ámbito de la educación especial, para posteriormente analizar un programa de intervención llevado a cabo con un niño de dos años que presenta minusvalía psíquica y física. Vamos a desarrollar cinco puntos:

-En primer lugar mostramos una reseña histórica para ver la evolución del tratamiento dado a los discapacitados desde los inicios en el siglo XVI, cuando algunas personas muestran interés por ellos, pasando por el Informe Warnock y, por último, la Declaración de Salamanca.

-En segundo lugar hacemos una revisión de la legislación española actual, con la finalidad de mostrar el marco legislativo en que se desarrolla el tipo de asistencia concreta a este grupo de población tan determinado.

-En tercer lugar vamos a revisar los conceptos: Educación Especial, Necesidades Educativas Especiales, Integración. Consultaremos a diferentes autores que han escrito y estudiado sobre niños con necesidades educativas especiales para conseguir que el desarrollo de su vida sea lo más integrada y normalizada en esta sociedad, dentro de sus propias capacidades y potenciando en lo posible su autonomía.

-En cuarto lugar vemos la importancia que tienen el entorno familiar, el entorno social y el papel del educador.

- En quinto lugar exponemos los recursos con los que contamos: los programas de desarrollo individual, la importancia de la educación temprana y una breve referencia al currículo en infantil.

RESEÑA HISTÓRICA

En España en 1509, las primeras experiencias en educación especial se hicieron con personas sordas por parte del fraile benedictino Pedro Ponce de León, en Oña (Burgos). Fundó allí una capellanía patrocinada con sus ahorros y con donaciones de sus alumnos. Tuvo como discípulos a sordos y mudos hijos de grandes señores, como Íñigo Fernández de Velasco, que gracias a estar ilustrado pudo heredar, cosa que le negaba el derecho tradicional, por ser persona con deficiencias y en teoría, no formada. Su método consistía en la escritura de nombres concretos, unida a la lectura según los sonidos simples de las letras (por ejemplo la “f” como fricación labiodental sorda, sin la complicación de llamarla “efe”) (Delgado Criado, 1993).

En el entorno de los deficientes visuales, el interés de Valentín Haüy (París 1745) por los ciegos le llevó a buscar la manera de enseñarles lectura y escritura. Su método consistía en grabar letras en trozos de madera para que las reconocieran y luego las dibujaran en el papel. Era complicado para la enseñanza de la escritura pero sí conseguía el aprendizaje de la lectura.

La culminación se conseguiría en 1825, con el método de Louis Braille, alumno de Haüy, que con solo seis puntos en relieve representaba todos los caracteres gráficos. Al principio este método tuvo detractores porque al ser un sistema codificado sus letras no eran como las usuales. Se autorizó legalmente esta enseñanza en 1829, declarándose en París en 1854 de forma oficial, que debía ser el sistema de enseñanza para ciegos e imprimiendo el primer libro en este sistema. (López Justicia, 2004).

Respecto a las primeras experiencias con deficientes mentales, Gaspar Itard estudia y educa a un niño salvaje llamado de Aveyron, publicando su libro “De l’education d’un homme sauvage” en 1801. Habla de un hombre en estado puro de naturaleza, hombre que ha vivido solo, y dice que la vida solitaria le había convertido en un idiota que podía ser educado. Aunque no logró convertirlo en una persona normal, demostró que el entrenamiento sistemático podía mejorarlo en algunos aspectos. (Bartra, 1997)

Será a finales del siglo XIX y primera mitad del XX cuando el concepto de discapacidad cambie; ahora en los Centros ya no se les atiende de una forma meramente asistencial, sino que se les enseña y educa. Nace la educación especial, la escuela segregadora según la discapacidad del niño. Ejemplo de esta escuela puede ser la fundada por Ovide Decroly en 1901 “École d’Enseignement Spécial pour Enfants Irreguliers” donde atendía a niños con deficiencias mentales. También María

Montessori trabajó con ellos porque entendió que estos niños tenían unas potencialidades que aunque estaban disminuidas, podían ser desarrolladas. (Irimia Fernández M.P., 2006)

En los años sesenta del pasado siglo XX, habrá un rechazo hacia estas escuelas segregadoras debido a los avances en medicina y otras ciencias, al conocimiento de la baja calidad y deshumanización de las grandes instituciones y a la actitud negativa de la comunidad hacia estas personas diferentes. Todo ello hizo que se pusiera en práctica un nuevo modelo al que se llamó Normalización, enunciado por primera vez por Bank Mikekelsen (1969) como: “La posibilidad de que los deficientes mentales lleven una existencia tan próxima a lo normal como sea posible”. (Martín Macías, 2010)

Nirje (1969), lo define de forma más precisa por: “Hacer accesible a los deficientes mentales las pautas y condiciones de la vida cotidiana que sean tan próximos como sea posible a las normas y pautas del cuerpo principal de la sociedad”. Mas tarde y de forma más didáctica Wolfensberger en 1972 lo concreta: “Normalización es la utilización de medios culturalmente normativos (familiares, técnicas valoradas, instrumentos, métodos, etc.) para permitir que las condiciones de vida de una persona (ingresos, vivienda, servicios de salud etc.) sean al menos tan buenas como las de un ciudadano medio, y mejorar o apoyar en la mayor medida posible su conducta (habilidades, competencias, etc.) apariencia (vestido, aseo, etc.), experiencias (adaptación, sentimientos etc.) estatus y reputación (etiqueta, actitudes...)”.(Martín Macia, 2010)

Todos estos conceptos sobre la integración y normalización de las personas con discapacidad tendrán su mayor apoyo y avance con el Informe Warnock (1978), que introdujo el nuevo concepto de Necesidades Educativas Especiales, (Warnock, 1978). El Informe Warnock se realiza por encargo del Departamento de Educación del Reino Unido creándose el Comité de Investigación sobre la Educación de Niños y Jóvenes deficientes para conocer la situación de la educación especial en el país.

En él se dice que ningún niño que presente deficiencias debe considerarse como ineducable, debiendo ser incluido en la educación especial. Que deberá tenerse en cuenta que los fines de la educación son los mismos para todos, aunque las necesidades de cada niño sean diferentes para realizar un progreso. (Warnock, 1978).

El comité rechazó los términos de niños deficientes y no deficientes, o lo que es lo mismo que reciben educación especial los primeros y los segundos educación solamente, ya que al entender que las necesidades educativas son comunes a todos los niños y forman un continuo, la educación

especial debe ser como un continuum de prestaciones que van desde la ayuda temporal a la adaptación permanente del currículo.

El comité recomendó que la clasificación de alumnos deficientes fuera abolida, proponiendo que para dar la prestación educativa necesaria se hiciera una descripción detallada de las necesidades especiales que requería el niño, utilizando el término de dificultad de aprendizaje y clasificándolo como de carácter leve, moderado o severo. Propuso un minucioso proceso de evaluación y dictamen antes de considerar al alumno con necesidades educativas especiales, con lo que quería asegurar que las autoridades prestarían los recursos necesarios de forma satisfactoria.

Este informe abarca también a la intervención educativa temprana y de los jóvenes con discapacidad que ya han acabado su formación obligatoria, (Echeitia Sarrionandía, 2007).

Avanzando en el tiempo llegamos a la declaración de Salamanca. En dicha ciudad, en junio de 1994, se reunieron más de 300 participantes en representación de 92 gobiernos y 25 organizaciones internacionales, para promover los cambios necesarios en la educación de alumnos con Necesidades Educativas Especiales (en adelante n.e.e.) y con el objetivo de garantizar la Educación para Todos.

La declaración de Salamanca genera dos documentos denominados “Declaración de Salamanca de principios, política y práctica para las necesidades educativas especiales” y “Marco de Acción sobre Necesidades Educativas Especiales”.

En el primer documento se trata de la urgencia de impartir enseñanza a todos los niños, jóvenes y adultos con necesidades educativas especiales dentro del sistema común de educación, dándoles la oportunidad de alcanzar y mantener un nivel aceptable de conocimientos. Reconoce que cada niño tiene unas características y necesidades de aprendizaje propios, así como que los programas deben ser diseñados teniendo presentes las necesidades de cada cual, que deben tener acceso a las escuelas ordinarias y aplicándoles una pedagogía centrada en el niño, con una orientación integradora para evitar las actitudes discriminatorias.

Insta a los gobiernos a:

“-Adoptar con carácter de ley o como política activa el principio de educación integrada para que los niños con características especiales puedan estar en las escuelas ordinarias.

- Invertir mayores esfuerzos en la detección y estrategias de intervención.
- La formación continua del profesorado para atender estas necesidades educativas en las escuelas integradoras.”

El segundo documento, el denominado Marco de Acción sobre necesidades Educativas especiales de 1994, tiene el objetivo de inspirar la acción de los gobiernos y otros organismos, en la aplicación de la Declaración de Salamanca para las necesidades educativas especiales. El marco se basa en las experiencias de los países que participaron y en las normas, propuestas, recomendaciones y directrices de los seminarios realizados de preparación para la conferencia.

El principio que rige este documento es que las escuelas deben acoger a todos los niños, sin tener en cuenta su condición intelectual, física, social u otra. En este marco de acción en el caso de las necesidades educativas especiales, se refiere a todos los chicos con dificultad de aprendizaje. Hay muchos niños que en algún momento pueden presentar problemas de aprendizaje y necesitan una educación especial de forma puntual. Con el propósito de que todos los niños con necesidades educativas especiales sean incluidos en los mismos planes educativos, se ha llegado al concepto de escuela integradora. La escuela integradora debe dar al niño con n.e.e. todo el apoyo para que su educación sea eficaz.

En cuanto a la escolarización en escuelas especiales, se dice que deben ser una excepción. En el punto 8 de este documento se indica que “sólo sería recomendable aplicar en aquellos casos, muy poco frecuentes, en los que se demuestre que la educación en las clases ordinarias no puede satisfacer las necesidades educativas o sociales del niño, o cuando sea necesario para el bienestar del niño o de los otros niños”. (UNESCO 1994)

Recomienda aprovechar la formación del personal de estas escuelas especiales para identificar lo antes posible a niños con discapacidad, y también como centro de formación del profesorado para las escuelas ordinarias. Deben quedar estas escuelas especiales para dar una mejor educación a los pocos alumnos que no puedan ser atendidos en las escuelas normalizadas.

Respecto a la flexibilidad de los programas de estudios dice que deben adaptarse a las necesidades de los niños, adaptando los currículos a los que así lo necesiten, y recibiendo un apoyo en el programa regular de estudios, para que todos reciban la misma educación, y si es necesario aplicar programas de apoyo pedagógico suplementario recibiendo ayuda de profesores especializados.

La evaluación formativa se debe integrar en el proceso educativo ordinario para que tanto alumno como profesor conozcan los progresos, y el docente pueda averiguar las dificultades y ayudar al alumno a superarlas.

De la educación preescolar dice en su artículo 52: “ La integración de niños y jóvenes con n.e.e. sería más eficaz y correcta si se tuviesen especialmente en cuenta en los planes educativos las prestaciones siguientes: la educación preescolar para mejorar la educabilidad de todos los niños, la transición de la escuela a la vida laboral activa y la educación de las niñas.” (UNESCO 1994)

La rápida identificación, evaluación y estimulación de niños muy pequeños con n.e.e. es muy importante para las escuelas integradoras, para que se elaboren programas que impidan que se agraven las condiciones invalidantes. Estos programas deben desarrollarse de forma integral combinando las actividades escolares con la atención sanitaria a la primera infancia.

También dedica un apartado a los padres en el artículo 59: “Una actitud positiva de los padres propicia la integración escolar y social. Los padres de un niño con n.e.e. necesitan apoyo para poder asumir sus responsabilidades...” (UNESCO 1994)

Hasta aquí este repaso para conocer la evolución a lo largo del tiempo. Como se puede ver no solo se trata de una cuestión semántica, sino de cómo ha variado el concepto y por lo tanto la atención y disposición de los docentes y de la sociedad en general hacia ellos, pues se ha pasado de considerarlos seres malditos a ser tratados como uno más del entorno al que pertenece. Aspecto, éste, en el que los maestros tenemos mucho que decir, ya que somos los primeros profesionales con los que la sociedad va a recibir e integrar a su nuevo miembro.

Hoy en día afortunadamente, se sabe que la educación debe tener como meta el desarrollo de la persona en todas sus capacidades, dando igual cuáles sean éstas, para conseguir su plena integración.

LEGISLACIÓN

Llegado a este punto consideramos importante conocer el tratamiento que otorga el marco legislativo español en lo referente a la educación e integración de las personas con minusvalías o necesidades educativas especiales así como las bases y límites que determina para la intervención y el tratamiento

Vamos a comenzar con nuestra Constitución de 1978 como marco referencial de todo nuestro Ordenamiento Jurídico. En su artículo 49 dice que “los poderes públicos realizarán una política de previsión, tratamiento, rehabilitación e integración de los disminuidos físicos y psíquicos, a los que prestarán la atención especializada que requieran y los ampararán especialmente para el disfrute de los derechos que este Título otorga a todos los ciudadanos”.

En ese mismo año se publica mediante Real Decreto 2178/1978 de 25 de agosto, el Plan Nacional de Prevención de la subnormalidad en la que se establecen acciones para: la prevención inespecífica de la subnormalidad, el estudio genético de parejas, el control del embarazo y atención al parto que evite riesgos de subnormalidad, el establecimiento de una red que permita la detección precoz de alteraciones metabólicas en el recién nacido, la creación de una red técnica de desarrollo mental durante la primera infancia de niños sometidos a riesgos de subnormalidad, el establecimiento de vacunaciones y atención a los niños con parálisis cerebral para que no empeoren.

El imperativo constitucional hubiera quedado en nada si no se hubiera publicado otra ley de gran importancia como es la Ley Orgánica de la Educación (LOE 2/2006 de 3 de mayo), que como su mismo enunciado indica es una ley de los Órganos del Estado y por lo tanto de importancia clave para el buen desarrollo de la vida en común. Con la intención de garantizar la ecuanimidad y conseguir la integración plena, esta Ley acoge el tratamiento educativo de los alumnos que requieran apoyos concretos y atenciones específicas motivados por sus circunstancias sociales, o su discapacidad física, psíquica, sensorial o de trastornos graves de conducta. A partir del concepto de inclusión y de normalización garantiza el desarrollo de todos y favorece la consecución de una mayor cohesión social.

Siendo la LOE necesaria, no hubiera sido suficiente si no se hubiera publicado una Ley específica dedicada a los minusválidos. Se trata de la Ley de Integración Social de los Minusválidos (en adelante LISMI 13/1982, de 7 de abril), que evidentemente parte del mandato Constitucional del artículo 49. En el apartado dedicado a la educación (Lismi. Sección tercera. Educación), que es el

que más importa en este trabajo, deja claramente establecido que el minusválido se integrará en el sistema ordinario de educación general, aunque deja abierta la posibilidad de que reciba en caso necesario los apoyos que necesite.

En los artículos 26 y 27 de la LISMI ,se recoge que la educación especial tenderá a la consecución de los siguientes objetivos:

- “a) La superación de las deficiencias y de las consecuencias o secuelas derivadas de aquéllas.
- “b) La adquisición de conocimientos y hábitos que doten al disminuido de la mayor autonomía posible.
- “c) La promoción de todas las capacidades del minusválido para el desarrollo armónico de su personalidad.
- “d) La incorporación a la vida social y a un sistema de trabajo que permita a los minusválidos servirse y realizarse a sí mismos.

Solamente cuando la profundidad de su minusvalía lo haga imprescindible su educación se realizará en centros específicos. A estos efectos funcionarán en conexión con los Centros ordinarios, dotados de unidades de transición para facilitar la integración de sus alumnos en Centros Ordinarios” (LISMI 13/1982, de 7 de abril).

No puedo dejar de nombrar el Decreto 49/2009 de 3 de julio que regula la organización del 1º ciclo de Educación Infantil en La Rioja, ya que la que suscribe el presente escrito, trabaja con niños desde los cuatro meses a los tres años. Este Decreto contempla en su Capítulo III art.14, al alumnado con necesidades específicas de apoyo educativo, diciendo que “los centros atenderán a los niños con n.e.e. buscando la respuesta educativa que mejor se adapte a sus características y necesidades personales” (Decreto 49/2009, de 3 de julio, B.O.R. 10/07/09).

REVISIÓN DE LOS CONCEPTOS: EDUCACIÓN ESPECIAL, NECESIDADES EDUCATIVAS ESPECIALES.

Vista ya la evolución histórica del reconocimiento y tratamiento de los sujetos con necesidades educativas especiales así como el tratamiento legal que nuestra legislación educativa les confiere, continuaremos ahora definiendo de manera concreta que entendemos por educación especial y necesidades educativas especiales para enmarcar bien el campo de trabajo en el que nos movemos.

Comenzaremos este apartado yendo de lo general a lo particular, por ello es necesario empezar hablando de la salud. La Organización Mundial de la Salud la define como un estado de bienestar biológico, psíquico y social. En este sentido la enfermedad o la falta de salud puede venir de la alteración de alguna de las tres variables, pero estos factores no se dan por separado, sino que la persona es la resultante de la interacción de las tres.

La presencia de un trastorno se objetivará tras un proceso que evoluciona de la siguiente manera, aunque no tiene que ser necesariamente de un modo lineal:

- a) Cuando a una persona le sucede algo anormal podríamos decir que estamos ante una enfermedad, denominada también situación intrínseca. Se puede producir en el momento del nacimiento o después. Una secuencia de circunstancias causales (la etiología) da lugar a cambios en el cuerpo (la patología). Estos cambios si se hacen patentes se denominan síndrome.
- b) Alguien del entorno de esta persona se da cuenta de lo que ocurre. O lo que es lo mismo se exterioriza el estado patológico, es cuando se hace patente la deficiencia.
- c) El comportamiento del individuo se altera consciente o inconscientemente. Puede darse el caso de que haya que modificar el ritmo o las actividades habituales. Es el punto de la objetivación de la discapacidad.
- d) Estos cambios en relación con los demás colocan al individuo en desventaja, de modo que adquieren una dimensión social, lo que comúnmente se denomina minusvalía.

De forma esquemática se podría representar según la siguiente secuencia:

Enfermedad >> deficiencia >> discapacidad >> minusvalía. (García García, 1988).

Hablar de minusvalía en pequeños nos lleva a encontrarnos ante niños con necesidades educativas especiales y por tanto a adentrarnos en la Educación Especial.

Definir o explicar el concepto de Educación Especial no es nada fácil ya que se suele emplear para referirse a un tipo de educación diferente de la común para la mayoría de la población. También se suele plantear si la Educación Especial es un campo amplio de conocimiento o si es una auténtica disciplina. No es fácil ya que se caracteriza por el cruce de diferentes materias, lo que la convierte en una disciplina en constante proceso de consolidación y desarrollo. (Mayor Sánchez, 1988)

El citado cruce de materias hace que la interdisciplinariedad que la alimenta sea el resultado de la interacción de todas ellas, como la pedagogía terapéutica, psicología de la educación, psicología clínica, medicina (pediatría, psiquiatría, neurología, etc.), aportando cada una de ellas su propia dimensión. En general se podría decir que son disciplinas médicas, pedagógicas y psicológicas, de modo que cada una aporta su parte de luz al problema y ofrece métodos y técnicas para resolverlo. Todo ello hace que se pueda definir como una disciplina con un objetivo único que está en estrecha relación con las disciplinas madres citadas anteriormente. (Mayor Sánchez, 1988)

El objetivo de la educación especial es toda intervención orientada a perfeccionar las posibilidades, en todos los sentidos y ámbitos de estas personas. Para alcanzar tal objetivo es necesario intervenir. La intervención entonces consta de dos partes: el agente y el paciente, es decir el educador y el educando. Entre los sujetos agentes se piensa en primer lugar en el educador, pero hoy existe una intervención compleja que hace que participen diversos especialistas, como el médico, el psicólogo, y por supuesto el educador, que es el que trata y ve al niño a diario y de ahí su importancia clave.

Hay otros agentes que aportan sus conocimientos y profesionalidad, como equipos multiprofesionales dedicados a la prevención, detección e identificación temprana; los miembros de los centros de Educación Especial que interactúan con las familias y otros profesionales.

Hay un último grupo de sujetos agentes. Está formado por los denominados paraprofesionales como son familiares, cuidadores, asociaciones, etc., que se caracterizan por su no especialización y su participación voluntaria.

En cuanto a los sujetos pacientes: Son los marcadamente diferentes de la generalidad de sus iguales en algún aspecto de su conducta. Tienen “rasgos biológicos, psicológicos y sociales que les

dificultan o impiden su normal desarrollo y el logro de sus objetivos y necesidades, por lo que se les denomina sujetos deficientes, discapacitados, minusválidos, etc.”. (Mayor Sánchez,1988).

Como se puede comprobar se trata de una terminología muy ambigua ya que es casi imposible encontrar una palabra que pueda abarcar a toda la diversidad de sujetos pacientes de la Educación Especial y además porque hoy en día se pretende obviar los términos con connotación negativa.

Todo ello hace que se pueda concluir diciendo que la Educación Especial se dirige a personas con algún tipo de las siguientes deficiencias: sensoriales, motoras y físicas, cognitivas, comunicativas; así como a aquellas con dificultades de aprendizaje y con trastornos de comportamiento.

Vamos viendo que los niños con alguna n.e.e. deben ser normalizados e integrados en las escuelas ordinarias. Debe ser una aceptación de la diversidad, los niños pueden aprender mucho unos de otros “ ¿es mejor agrupar juntos a cuatro niños que tengan dificultad de lenguaje y esperar que aprendan a hablar? ¿aprende mejor una niña a mantener la cabeza elevada con ejercicios de levantamiento de la cabeza en una sala especial o estando en un entorno lleno de amigos, y en el que haya personas y cosas interesantes a las que mirar cuando levanta la cabeza?” (Saleh, 1991).

En las escuelas que dirigimos pretendemos tanto la integración como la normalización, términos ambos muy relacionados, aunque entendido de diferente manera por los autores. “La normalización conlleva la integración de las personas con deficiencias en el medio social” (Mayor Sánchez, 1988). Si las personas con carencias viven, trabajan y se relacionan sólo entre ellos será imposible que aprendan a convivir en la sociedad de la que forman parte. Además sus convecinos tampoco sabrán cómo tratarles y aceptarles como uno más con sus derechos y obligaciones.

“Integración escolar como afirma Monereo (1985) se trata de un proceso que reúne a los alumnos con y sin handicaps en el mismo contexto, bajo distintas situaciones o modalidades escolares, en función de las necesidades del propio alumno” (Polaino, Avila y Rodríguez p.64-65)

Es necesario ofrecer unas condiciones de vida que hagan posible los diferentes aspectos de la integración. En los primeros años de la vida del niño ha de sucederse la integración familiar y la integración escolar.

Para el desarrollo de este trabajo la integración más importante es la infantil. Trabajamos y pretendemos normalizar la vida del niño integrándolo en su entorno social y en su grupo de edad a lo largo de su paso por la escuela de infantil.

La educación de alumnos con deficiencias (física, sensorial o psíquica) debe ser dentro del sistema, lo contrario sería seguir como en épocas pasadas. Se debe procurar ofrecer a estos alumnos la adaptación curricular necesaria, según sus características, evitando en la medida de lo posible los centros especializados.

El sistema educativo debe poner los medios necesarios para cubrir las necesidades de todos los alumnos. Esta integración escolar, denominada “mainstreaming”, se basa en el principio de que todos los alumnos con deficiencias deben empezar su educación en la escuela infantil común, aunque con un currículum adaptado. “Es una educación que se encamina a proporcionar Educación Especial de alta calidad a niños excepcionales, mientras permanecen el mayor tiempo posible en clases ordinarias” (Polaino 1991.pg63)

La escolarización de este grupo de población es un reto para la escuela ordinaria, para su estructura y para su funcionamiento. Obliga a disponer de recursos variados, tanto personales, como materiales y organizativos. Esto debe conducir a prevenir y evitar la marginación que genera la propia institución escolar, mejorando la calidad de la educación y de vida para todos los alumnos, deficientes y no deficientes.

La educación infantil constituye un importante medio preventivo, proporciona el medio para el desarrollo social y emocional de todos los niños, porque se les da la oportunidad de relacionarse con otros y dentro de un entorno estimulante. Una de las tareas más importantes es la pronta detección de los niños en situación de riesgo (Rispen, 1991).

Que el niño comience su integración lo antes posible y de forma permanente, que pueda contar con servicios de apoyo, tanto para el alumno como para el profesor que atiende en la escuela todos los días al niño y que se hagan programas específicos para el desarrollo individual. (Polaino et al.,1991), es importantísimo para que la integración dé sus mejores frutos.

En niños con limitaciones sensoriales, motrices o de otro tipo o expuestos a dificultades de desarrollo, es frecuente que se dé un proceso de incapacitación por interacciones desafortunadas

con el medio educativo y familiar. La educación especial debe servir para que ese proceso de incapacitación no se dé, haciendo que se desarrollen todas las potencialidades del niño.

ENTORNO FAMILIAR, ENTORNO SOCIAL, PAPEL DEL EDUCADOR

Tras haber visto lo que es y supone la educación especial, vamos conocer el papel de la familia, del entorno social y la importancia del propio educando, donde todos tienen un importante papel.

Además de la familia que es un pilar imprescindible, la escuela tiene por finalidad facilitar experiencias y desarrollar aprendizajes ordenados que es difícil que se produzcan en el seno de la familia.

El entorno y el ambiente familiar son tan determinantes en la vida del niño con minusvalía que es imposible intervenir sin tenerlos en cuenta. Cualquier tipo de acción puede verse truncada o ser contraproducente si se desconoce lo que está pasando en el entorno familiar, por lo tanto resulta imposible acercarse al conocimiento del niño sin conocer su entorno.

Ante esto el educador, sobre todo el dedicado a niños con minusvalías tiene ante sí una tarea que no va a entenderse sin una intervención directa en el entorno familiar, ya que debe ser un colaborador de la familia en la educación de los hijos. Las relaciones entre ambos (padres y educador) deben ser tan intensas, sistemáticas y audaces como sean posibles.

Hay que destacar que la familia de un niño deficiente necesita especialmente orientación y comprensión, máxime en estos casos y es por eso necesario conocer el ambiente familiar, ya que a veces los padres desconocen la verdadera personalidad del niño diferente que les ha nacido, tampoco entienden la perspectiva del profesor y del centro escolar a que acude su hijo.

El educador deberá ver las reacciones y actitudes que se dan con más frecuencia, aunque no siempre se dan las mismas ni en las mismas familias, sí que suele haber unos patrones de comportamiento bastante frecuentes que es conveniente conocer. Las reacciones de los padres son complejas, ya que en la familia no sólo conviven padres e hijos, sino hermanos, abuelos y a veces otras personas que interaccionan no solo con el niño sino entre ellos y estas relaciones no suelen ser adecuadas al problema casi nunca.

Con el paso del tiempo estas reacciones se van transformando con la evolución y desarrollo del niño. Al principio es normal comprender la sorpresa de la familia al enterarse del nacimiento de un niño con deficiencia o al producirse como consecuencia de una enfermedad, accidente o cualquier otra causa. Este impacto inicial es seguido por una atención especial hacia el cuidado y posible curación del déficit o enfermedades concomitantes. Por último la situación se normaliza cuando se acepta la realidad, ya que se debe empezar por aceptar la situación tal y como es (Tena Martínez, 1991).

La educación especial infantil ha de empezar lo antes posible desde que se detecta un problema o un riesgo. Habrá que esperar a que el niño se vaya desarrollando en el tiempo y se pueda captar su atención, porque sin atención no puede haber estimulación. Captada la atención se pasará al interés espaciando los ejercicios estimuladores; pero hay un aspecto especial, se trata del afectivo que es la base de toda la evolución del niño y para que surta efecto debe conllevar:

- Que los padres han aceptado la nueva realidad de su hijo y estas relaciones positivas sean los cimientos de la futura personalidad del niño.
- El conocimiento básico de la conducta infantil y su modificación con intención de que aparezcan conductas positivas o desaparezcan las negativas.
- La ausencia de contradicciones entre lo que se enseña y se desea enseñar, y para ello las actitudes y comportamientos de los padres deben ir al unísono.

Es importante saber que la influencia de los padres sobre sus hijos es mucho mayor que la de cualquier educador, por eso la importancia de trabajar de forma coordinada en aplicar los mismos refuerzos que ayuden al niño en su educación, establecer realismo en las metas a conseguir, evaluar los programas educativos de forma conjunta. (Polaino et al., 1991)

Debido a que hasta el segundo año de vida no se desarrolla completamente el cerebro hay que avisar a los padres de que deben poner especial atención a los aspectos nutritivos siguiendo las etapas adecuadas en la alimentación y que no desoigan los consejos y recomendaciones de los sanitarios que hay a su alrededor.

En un amplio abanico de opciones a potenciar en la colaboración con los padres se pueden destacar (Tena Martínez, 1991) adaptándolo a esta etapa de educación infantil de la siguiente forma:

- Necesidad de evitar la sobre protección.

- Estimular al niño lo necesario, ni mucho ni poco.
- Profundizar en la ternura, para estimular su sentimiento de seguridad.
- Enseñar a gestionar los problemas del sueño.
- Enseñarle a comer bien, de todo y variado, en cantidades adecuadas.

Un factor a no despreciar es el entorno social al que pertenece el niño. Se admite como más frecuente que en niveles sociales elevados la aceptación es mejor que en clases bajas, ya que los medios de aquellas son superiores a los de éstas.

En el entorno del bebé de 0-3 años la reacción de los padres ante el conocimiento de su diferencia origina una sensación de disgusto y desazón profunda, que suele ser mayor y más brutal si es el primer hijo, ya que frustra sus ilusiones y expectativas sobre el recién nacido. Si no se trata del primer hijo la reacción suele ser más aminorada. Con el paso del tiempo se genera en los padres un sentimiento de vergüenza y de culpabilidad sobre la situación, aunque por todos los medios se les haga ver que para nada son la causa intencionada de ella.

Es evidente, por otra parte, que no solo son los padres los que se ven afectados por el nacimiento de un niño deficiente en la familia. Como es natural afecta a todos los demás miembros. Es muy importante por esto que los criterios respecto a la educación y aceptación del nuevo y diferente miembro de la familia, sean comunes entre los padres, ya que lo contrario se trasladará negativamente al resto de la familia, sobre todo a los hermanos. El educador debe conocer esta situación para poder orientar a los padres en el sentido de hacer que puedan gestionar esta nueva realidad sin alterar los sentimientos de los demás integrantes de la familia y tratar a cada hijo en función de sus necesidades sin añadir comportamientos que deterioren la relación familiar.

El educador en la escuela infantil es el nexo de unión entre la familia y la sociedad. El aspecto clave es la colaboración, que debe basarse en el apoyo mutuo y en una relación de igualdad para que pueda dar todo el fruto que potencialmente posee.

PROGRAMA DE DESARROLLO INDIVIDUAL, EDUCACIÓN TEMPRANA Y CURRÍCULO EN INFANTIL

El trabajo diario con los niños se hace por medio de las programaciones que se desarrollan en todas las áreas y observando de forma constante cómo evolucionan conforme a unos objetivos. Cuando se detecta alguna anomalía, carencia, o en nuestro caso un niño con n.e e. se pone en marcha un plan

específico para ese niño concreto y se llama Programa de Desarrollo Individual (en adelante P.D.I.).

Un P.D.I. es un programa personalizado escrito para cada niño, desarrollado interdisciplinariamente para poder valorar sus capacidades, establecer metas y objetivos, orientar la forma de escolarización que mejor se adapta y procurar los procedimientos de evaluación, seguimiento y control del mismo (Sánchez Manzano 1994).

Los PDIs se pueden clasificar en tres categorías: de apoyo a niños que lo necesitan dentro del aula ordinaria y el currículo normal. El combinado para niños que no pueden seguir el currículo normal diciendo en que área es deficitario y lo que el alumno puede alcanzar. El específico para los que no pueden seguir ninguno de los aspectos del currículo ordinario. Las dos primeras se pueden hacer en aulas ordinarias y el específico en centros especiales o aulas de educación especial. (Sánchez Manzano, 1994).

Dependiendo del niño a atender se establecerá un programa u otro. Ello obedecerá a su nivel madurativo, sus actitudes y su entorno familiar. Por lo tanto un P.D.I. debe ser flexible y adaptarse a cada caso concreto.

Se puede establecer como norma general que el programa deberá ser enunciado en una perspectiva circular y no lineal, es decir, si se contempla un objetivo sólo desde un área concreta, estaríamos trabajando en forma lineal y si se contempla su incidencia en diferentes áreas se estaría trabajando en forma circular.

No podemos olvidar la dignidad de los educandos, es decir no hacer diferencias entre el niño minusválido y el que no lo es, por lo que hay que ser respetuosos con su libertad, “tanto más cuanto mayor sea la incapacidad para discernir, deliberar y elegir responsablemente una u otra opción. Precisamente por esto... el profesor debiera cuidarse de dirigirles hacia la verdad... por el único camino que aquí es posible: el del amor ” (Polaino,1991, pg. 168)

Según criterios básicos de aprendizaje se proponen desarrollar las siguientes áreas (González Pedraza, 1991): Ámbito psicomotor, ámbito perceptivo, ámbito lingüístico, ámbito socioafectivo, ámbito del pensamiento lógico.

Cuando se detecta alguna alteración o carencia en el desarrollo de un niño, se cuenta con unos profesionales que verifican la necesidad de la ayuda, estudian el problema y aplican los métodos y recursos necesarios. Son los equipos de atención temprana.

La atención temprana se define como :“Conjunto de técnicas y recursos que se aplican a niños con alteraciones físicas, psíquicas o sensoriales, o a los que están en riesgo de padecerlas, iniciándose en el momento de su detección y con el objetivo de conseguir el máximo desarrollo de sus potenciales físicos, psíquicos y sensoriales” (González Villalón, 1991.pg202).

Sus bases teóricas son médicas, psicológicas y sociales, pero la más importante, sin duda es la absoluta prioridad moral de prevenir las minusvalías evitables, tal como se indica en el Plan Nacional de Prevención de la Subnormalidad de 1978.

Las bases médicas son sobre todo del entorno de la neuropediatría y de las diferentes lesiones en la maduración del Sistema Nervioso Central que se pueden producir.

Las bases psicológicas contemplan el desarrollo del niño como la interacción de factores ambientales y hereditarios. Por lo tanto la falta de estimulación se considera desfavorable para el desarrollo del niño y la estimulación proporciona un adecuado desarrollo de la corteza cerebral.

Las bases socioeconómicas se fundamentan en el principio de que es mejor invertir en prevención que en el tratamiento posterior de la patología producida. Además en la edad temprana es bastante más fácil y, por lo dicho, hasta más rentable, tratar al niño en esta edad que en etapas posteriores.

La composición del Equipo de Educación Temprana de un modo general debería estar formado por los siguientes profesionales:

- Psicólogo. Con la función de elaborar el programa de educación temprana.
- Neuropediatra. Para evaluar el estado neurológico del niño y de las posibilidades de su desarrollo.
- Pediatra. Controla y trata las enfermedades que puede tener el niño y atiende a su desarrollo físico.
- Asistente Social. Visita al niño en su domicilio y valora su situación y la de su entorno.
- Logopeda. Valora y establece los tratamientos adecuados en el ámbito de la comunicación.

- Fisioterapeuta. En el caso necesario se encargará de la rehabilitación física de los niños que lo precisen.
- Educador. Se encarga de los aspectos pedagógicos y sociales del programa.

Como se puede ver es un esquema general en el que no faltaría nadie, pero su composición en cada caso concreto dependerá del niño a atender y de las demás variables expuestas.

En educación infantil, es importante la valoración neurológica con la finalidad de buscar signos de alerta según la edad. Los más relevantes son:

A los tres meses:

- Incapacidad para mantener la cabeza derecha.
- Seguimiento ocular.
- Persistencia de signos de irritabilidad.

A los seis meses:

- Falta de inversión fisiológica del tono muscular.
- Persistencia de reflejos primarios como succión, entre otros.
- Ausencia de prensión voluntaria.

A modo de ejemplo se ofrecen algunas pautas de desarrollo correspondientes a la edad de 18 meses, teniendo en cuenta que se trata de una edad clave y que entra de lleno en nuestro grupo de población (González Villalón, 1991):

- Área motora gruesa: camina solo con buen equilibrio, se agacha y vuelve a incorporarse, arroja la pelota, sube escaleras con ayuda.
- Área motora fina: ensarta anillas pequeñas en un eje, garabatea, pasa páginas de un libro, construye torres de tres cubos.
- Área perceptivo-cognitiva: comprende órdenes sencillas, identifica la figuras de un libro, señala parte del cuerpo sobre sí mismo y otro, nombra y señala un dibujo.
- Área de sociabilidad: utiliza la cuchara, arrastra un juguete, lleva y abraza un muñeco, controla esfínteres de día. (Gonzalez Villalón, 1991)

Determinar desde el punto de vista médico o psicológico a qué tipo de niño se debe incluir en un programa de atención temprana es algo que no está claramente definido a día de hoy. Hay que

tener en cuenta que la etiología de las minusvalías es desconocida en el 50% de los casos según se dice en el Plan Nacional de Prevención de las subnormalidades y por otro lado puede que la educación temprana no esté indicada ya que la patología a tratar se acaba resolviendo con un tratamiento farmacológico.

Es importante diferenciar entre los factores de riesgo y los niños de riesgo, ya que no tienen porqué ser equivalentes. Las diferencias son claras ya que factores de riesgo son lo que pueden causar minusvalías como la edad de la madre, enfermedades durante el embarazo, etc. Por otra parte niños de riesgo son los que en los exámenes neonatales muestran algún tipo de alteración que puede desencadenar una minusvalía. Un último grupo sería el de los niños con minusvalía evidente, diagnosticada y confirmada con las pruebas concretas y adecuadas.

En este ámbito los niños que deben recibir educación temprana son los que padecen una minusvalía evidente y algunos del grupo de riesgo. A los demás les bastará con un seguimiento de su desarrollo y evaluación temporal para ver su evolución.

En una palabra, la población diana a la que va dirigida la educación temprana son los niños con minusvalía evidente o con riesgo de padecerla.

La integración en las escuelas de infantil en los primeros años de vida, es determinante ya que es donde se detectan muchos de los déficits.

Los niños con n.e.e. tienen mayor necesidad de escolarización temprana. Muchas de las experiencias y aprendizajes, que en otros niños son espontáneas, no llegan a producirse en éstos, sea por déficit sensorial, motórico o por retraso en el desarrollo (Fierro Bardají, 1991).

Como último punto vamos a ver el currículo en la educación infantil, mostramos el conjunto de oportunidades mínimas, de experiencias, potencialmente educativas que puede ofrecer la escuela, a través de las cuales logren aprender y desarrollarse. Estas áreas en las que la escuela debe crear experiencias que sirvan para el aprendizaje son:

- Identidad y autonomía personal: esto se refiere al conocimiento, valoración y control que los niños van adquiriendo de sí mismos y a la capacidad para utilizar los recursos personales de los que se disponga en cada momento.

- Medio físico y social: Es la ampliación progresiva de la experiencia infantil sobre el entorno físico y social cada vez más completo.
- Comunicación y representación: Trata de contribuir a mejorar las relaciones entre el niño y su medio a través de las distintas formas de comunicación y representación que faciliten las interacciones, la representación y la expresión de pensamientos, sentimientos, vivencias... (Fierro Bardají, 1991).

Los objetivos y contenidos curriculares, son más necesarios para los niños con n.e.e. que para otros niños. Esto justifica su escolarización temprana en condiciones de integración.

Teorías, deseos y voluntades que alcanzan su pleno valor y validez cuando se ponen en práctica, como en este caso al recibir a un niño minusválido en la escuela infantil. Recibirlo e incorporarlo a su clase con sus compañeros no minusválidos y hacer que tanto uno como los otros disfruten de la interacción. Y éste es el reto: conseguir que todos en el día a día lleguen a normalizar la relación y mejoren como personas.

CAPÍTULO III. METODOLOGÍA

En este capítulo se presenta el procedimiento metodológico. Tras presentar el tema de investigación, se establecen los objetivos y la hipótesis del estudio. Seguidamente se presenta la situación inicial y la intervención realizada por la escuela.

PLANTEAMIENTO DE LA INVESTIGACIÓN

El empirismo es la corriente filosófica que sostiene que el individuo adquiere el conocimiento a través de su propia experiencia y no de otro modo. En este terreno de la experiencia es en el que se va a desarrollar este apartado. Es un trabajo descriptivo y no experimental. Para ello se hace una valoración del niño, objeto del estudio, en el momento de su llegada a la escuela, se analiza su evolución a lo largo del curso y se evalúa si su estancia en la misma ha sido positiva.

A partir de la llegada del niño a la escuela se va a proceder al análisis y estudio de su evolución en el centro. Todo ello se puede concretar en dos grandes grupos de objetivos: objetivos principales y objetivos secundarios.

Objetivos principales:

- 1) Fomentar su desarrollo motor. Que adquiera mayor motricidad y aumente su autonomía.
- 2) Facilitar su proceso de socialización, que se integre con sus compañeros de clase y conseguir su aceptación por parte de los demás niños.
- 3) Conseguir a través de un programa individual de atención temprana una mejor respuesta de estimulación a nivel de fisioterapia y de logopedia.

Objetivos secundarios:

- 1) Que aprenda las rutinas diarias de la escuela en lo relativo a horarios y actividades escolares.
- 2) Que participe en las programaciones educativas con el resto de sus compañeros.
- 3) Que aprenda a relacionarse con los compañeros de clase en un plano de igualdad.
- 4) Que se desarrolle lo más posible en comunicación y lenguaje.

HIPÓTESIS DE TRABAJO

La asistencia de un niño con necesidades educativas especiales a una escuela normalizada puede mejorar su desarrollo motor y su sociabilidad a lo largo de su estancia en la misma. Esta asistencia también ha de conseguir que adquiera mayor autonomía e integración con sus compañeros de clase para ser uno más entre ellos.

CONTEXTUALIZACIÓN:

El niño objeto de estudio asiste a una escuela para niños de cero a tres años de titularidad municipal. El centro está en las proximidades de la ciudad de Logroño, de alrededor de 5.000 habitantes en su mayoría matrimonios jóvenes en los que ambos padres trabajan fuera de casa.

El centro tiene 95 plazas distribuidas de la siguiente manera: dos aulas para niños de cero años, tres aulas para niños de 1 año y dos aulas para niños de 2 años. La relación de niños por aula según el Decreto 49/2009, de 3 de julio, del Gobierno de La Rioja, por el que se regula la organización del primer ciclo de educación infantil, se fijan sus contenidos educativos y se establecen los requisitos de los centros que imparten dicho ciclo es la siguiente: para aulas de cero años 8 niños, para aulas de 1 año 13 niños, y para aulas de 2 años 20 niños. A partir del tercer año pasan a la escuela de segundo ciclo de educación infantil.

DESARROLLO METODOLÓGICO Y CRONOLOGÍA:

Se estudia la estancia del niño en la escuela a lo largo de un año, desde junio del 2012 al mismo mes del 2013. Para ello se lleva a cabo el siguiente proceso de recogida de datos:

- Observar sistemáticamente el desenvolvimiento del niño desde su llegada al centro, se comienza en junio del 2012.
- Estudiar los informes médicos (mayo 2010, enero, marzo y noviembre 2011, febrero 2012), los del equipo de atención temprana (mayo del 2012), los de Aspace (mayo 2012 y marzo 2013).
- Estudiar los informes y registros del seguimiento que se hace de la estancia del niño en el centro escolar por parte de la educadora, la maestra y la dirección del mismo (informes de la maestra y de la educadora del centro a lo largo de todo el curso 2012-2013).
- Análisis comparativo con el resto de alumnos de su clase.
- Relación de la escuela con los padres.

Este estudio se da por finalizado en junio de 2013.

SITUACIÓN INICIAL

Al niño sujeto de este estudio se va a llamar Adán, por ser el nombre del primer hombre de la creación. Adán nace el 18 de abril de 2010, y llega al centro con un informe-dictamen de escolarización en escuela de primer ciclo de educación infantil realizado por el Equipo de Atención Temprana de la Dirección General de Educación, del Gobierno de La Rioja, fechado en abril de 2012, con el fin de dar indicaciones sobre sus características y necesidades educativas.

En el citado informe se recogen diferentes aspectos de su situación. El primero es el reconocimiento del grado de dependencia GIII nivel 2, lo que en términos legales se recoge en el artículo 26 de la Ley 39/2006 de 14 de diciembre de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las personas en situación de dependencia, que lo clasifica como gran dependiente y lo define así: “Personas que necesitan ayuda para realizar varias actividades básicas de la vida diaria varias veces al día y por su pérdida total de autonomía, física, mental, intelectual o sensorial, necesitan el apoyo indispensable y continuo de otra persona”. Esto es confirmado en mayo de 2012 por el Centro de valoración de la Discapacidad y Dependencia, de la Consejería de Salud y Servicios Sociales, con un grado de discapacidad del 66%.

El segundo aspecto es que recibe tratamiento de estimulación global y logopedia en la Asociación de atención a las personas con parálisis cerebral (en adelante Aspace) con una frecuencia de 2 sesiones semanales. Aspace es una entidad sin ánimo de lucro, con sede en 17 comunidades autónomas, que trabaja con personas con parálisis cerebral y deficiencias afines. Entre las prestaciones de que dispone está el Servicio de Desarrollo Infantil y Atención Temprana que es una atención directa al menor. Tiene por finalidad ofrecer un conjunto de intervenciones dirigidas a la población infantil de 0 a 6 años con parálisis cerebral o trastorno asociado a una alteración motórica. Su objetivo es dar respuesta a las necesidades transitorias o permanentes, para fomentar la autonomía personal y potenciar la capacidad de desarrollo de estas personas. De esta manera posibilita una integración más completa en el medio familiar, escolar y social.

Adán también recibe rehabilitación una vez a la semana en el Complejo Hospitalario San Millán-San Pedro de Logroño que es hospital del Servicio Riojano de Salud.

El informe del Equipo de Atención Temprana continua diciendo que Adán presenta retraso en el desarrollo general con afectación de los miembros inferiores y nistagmus (afección en la vista con un movimiento incontrolado e involuntario de los ojos). Su edad de desarrollo se sitúa alrededor de los 9-12 meses (recuérdese que llega a la escuela con una edad de 2 años), no anda, se mantiene sentado, intenta desplazarse culeando, también intenta el gateo, pero no lo consigue, aunque pasa de supino a sedestación con autonomía.

En cuanto al desarrollo perceptivo-cognitivo, refiere el repetido informe, que en lo visual tiene dificultad debido al nistagmus, es decir, no puede fijar la mirada ni tener un seguimiento visual amplio. Tiene permanencia del objeto (descubre el juguete escondido en su presencia) parece que reconoce a su madre y responde a su nombre cuando se le llama.

Se le considera retrasado en el desarrollo de la comunicación y el lenguaje, concretamente en su adquisición, especialmente en el área expresiva, ya que no emite sonidos ni vocablos inteligibles.

El informe lo refiere como conectado al entorno, pues acepta el contacto con personas desconocidas. Así como que disfruta de los juegos y provoca la atención del adulto para que juegue con él.

Por último en cuanto a su autonomía, necesita ayuda para todas las actividades de la vida diaria y también tiene dificultad en la alimentación, puesto que además vomita con frecuencia.

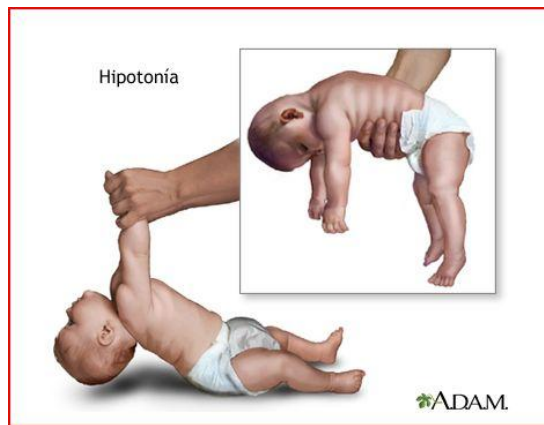
Los aspectos favorables y que estimulan a trabajar con él se encuentran en el desarrollo personal-social. Una vez llegado al Centro todo el personal se vuelca en ayudar y colaborar para conseguir que su estancia sea lo más agradable posible. Al conocer a sus padres, cuando se incorpora Adán, en junio de 2012, aportan los informes médicos para estar al tanto del caso en profundidad.

Informes médicos

De los citados informes médicos se toma lo que se considera más significativo para este trabajo y algunas explicaciones sobre las dolencias que sufre:

Al nacer Adán, con tan solo 22 horas de vida es ingresado en la Unidad Neonatal por tener hipotonía y débil succión.

La hipotonía es una disminución del tono muscular. Al descansar las rodillas y los codos los ponen extendidos, cosa que un bebé normal no hace porque tienden a tener los codos y rodillas flexionados. La hipotonía puede ser una indicación de que puede haber un problema en el cerebro, en la médula espinal, en los músculos o en los nervios que son los encargados del movimiento y el tono muscular.



Es ingresado de nuevo a los 8 días de edad, presentando hipotermia, aunque se constata una mejoría en su hipotonía inicial. Durante su estancia se objetivan episodios aislados de cianosis autolimitada coincidiendo con irritabilidad y llanto intenso, que se interpretan como espasmos del sollozo cianóticos. También se observa fractura de clavícula derecha y, previo al alta, se le secciona el frenillo sublingual.

Con 12 días tiene un nuevo ingreso remitido por su pediatra por episodios de cianosis facial coincidiendo con llanto intenso que se recupera tras recibir estimulación.

De nuevo a los 7 meses es ingresado con fiebre y dificultad respiratoria. Permanece internado casi un mes. El motivo esta vez, parece que es una probable enfermedad por reflujo gastroesofágico y además le detectan un retardo psicomotor.

A los 14 meses le diagnostican así: “Retraso de desarrollo. Hipotonía. Fallo de medro. Episodios paroxísticos no epilépticos: apneas prolongadas. Falta de descenso testicular. Reflujo gastroesofágico. Nistagmus. Todo ello puede estar relacionado con la microtrisomía segmentaria 5q”. (Informe médico fechado el 24 de febrero de 2012).

A los 19 meses en un reconocimiento médico y por medio de una prueba llamada Array CGH, que es una técnica para el estudio del genoma completo, dice el informe: “posible trisomía segmentaria de pequeño tamaño 5q13.2 que altera la estructura genética del gen NIPBL que se ha descrito en la literatura asociado al síndrome de Cornelia de Lange” (informe médico de Adán con 19 meses de edad).

El síndrome de Cornelia de Lange es un trastorno del desarrollo hereditario con transmisión dominante que se caracteriza sobre todo por un fenotipo facial distintivo, anomalías en extremidades superiores y retraso del crecimiento y psicomotor. En la actualidad se conocen tres genes causales: NIPBL, SMC1A y SMC3.

Llegados a este punto y con todos estos datos, la escuela se plantea cómo acogerlo, cómo actuar ante este caso, qué objetivos se han de programar, cómo enseñarle y sobre todo cómo hacer para que se sienta feliz e interaccione con sus compañeros. Ha sido necesario conocer el caso concreto y en profundidad para poder plantear y desarrollar una adaptación del currículo ajustado a sus necesidades, bienestar y felicidad, mientras dure su estancia en la escuela.

Como ya se ha descrito en el Marco Teórico, es indispensable para realizar un trabajo efectivo con los niños con Necesidades Educativas Especiales (n.e.e.), un equipo multidisciplinar con una buena coordinación. Por medio de los informes de evaluación y de las indicaciones de la intervención directa con el niño, se dan pautas de trabajo a los educadores de la escuela, y desde la escuela siguiendo las recomendaciones dadas y llevando a cabo un programa adaptado, se observa y anota a diario, la evolución que va teniendo, parte fundamental para un buen seguimiento pues es donde el niño pasa el mayor número de horas del día, además de con su familia.

Programa individual de atención temprana

Desde Aspace se entrega un programa individual de atención temprana, dividido en diferentes apartados: el primero con una evaluación del caso. El segundo con una intervención directa con el usuario, subdividida a su vez en objetivos generales, objetivos específicos, área de intervención, tratamientos individuales y técnicas. El tercero de intervención con la familia. El cuarto y último, de intervención directa con el entorno.

En la evaluación se confirma lo ya aportado por el Equipo de Atención Temprana, siendo más explícito en algunos aspectos.

La valoración fisioterápica explica que además de no andar ni gatear, tiene escaso movimiento voluntario. Cuando se le pone un objeto que rueda en el suelo debido a la oscilación que tiene del tronco y la cabeza lo sigue con dificultad, este movimiento constante del cuerpo le dificulta su concentración y atención en las tareas cotidianas.

A nivel de manipulación utiliza las dos manos, pero solo golpea en sentido horizontal y no vertical. Coge al contacto diferentes texturas, siendo el agarre palmar. Extiende los brazos cuando se le ofrece un objeto y lo coge, pero con mucha lentitud por el problema del nistagmus.

En lo perceptivo cognitivo, frente a estímulos visuales y auditivos, el auditivo lo sigue y busca la procedencia del sonido. En cuanto a la vista le cuesta fijarla pero es capaz de hacer seguimientos horizontales y verticales.

En el área del lenguaje, tanto comprensivo como expresivo, se observa que está atento a las voces, reconoce su nombre, pero no comprende órdenes básicas como toma, coge, dame. Tiene alguna intención comunicativa (sonidos vocálicos, como «eee») para mostrar por ejemplo que no puede

trasladarse por el espacio. Parece reaccionar levemente a la expresión “vamos a buscar a mamá”, pero sí reacciona cuando los padres están delante.

Siente necesidad constante de tener algo en la boca, llevándose los objetos, la mano, e incluso los pies.

Presenta hipotonía en la musculatura orofacial, en especial del bucinador (músculos de las mejillas que presionan el aire para silbar, soplar y succionar) y del orbicular de los labios (músculo que rodea a los labios), esto hace que tenga la boca siempre entre abierta y tenga dificultad en controlar la saliva, babeando de forma constante.

Éste es el punto inicial de la intervención por parte de los educadores y del centro escolar. La importancia del caso y el interés de todo el personal del centro lleva a la intervención en la escuela que se muestran en el apartado siguiente.

INTERVENCIÓN DESDE LA ESCUELA

Con estos informes de valoración se plantean una serie de trabajos específicos que se procuran llevar a cabo en todas las programaciones diarias, desarrollándolas dentro de la dinámica del aula y de forma sistemática.

Se trabaja de acuerdo con las indicaciones de Aspace, que como ya se ha dicho anteriormente, es una de las partes del equipo multidisciplinar y cuyo primer informe recibido en la escuela es de fecha 31 de mayo de 2012. En cuanto a estimulación general hay que trabajar en:

- Aumentar progresivamente los momentos de atención y concentración en las tareas.
- Ofrecer estímulos a nivel sensorial (auditivo, táctil y visual).
- Realizar actividades manipulativas para que evolucione en un agarre más digital.
- Intentar que comprenda órdenes como: toma, mira, dame.
- Favorecer la intención comunicativa a nivel verbal y de gestos a través de explicaciones de todas las cosas que se hagan con él.
- Iniciar saludos sociales con gestos (hola, adiós, palmitas...).

Con relación a la logopedia:

- Aumentar el tono de la musculatura orofacial.
- Conseguir velocidad y movilidad lingual.
- Llevar el alimento hacia ambas partes de la boca.

- Ayudar al correcto cierre labial al alimentarlo con la cuchara.
- Desarrollar la posición correcta de los labios y mandíbula bebiendo con un vaso.
- Aumentar la variedad de alimentos y su textura.
- Tonificar el músculo orbicular con ejercicios de succión (vaso, pajita...).

Se muestra a continuación la evolución de Adán en la escuela siguiendo las pautas marcadas.

SEGUIMIENTO INDIVIDUALIZADO EN LA ESCUELA

En la escuela se comienza a trabajar sabiendo que es un niño de 2 años, al que no se le ha facilitado un diagnóstico concreto, ya que presenta rasgos de parálisis cerebral y sin embargo tiene actitudes que no se corresponden a la patología, por ello los médicos siguen haciendo pruebas para lograr un dictamen concreto.

Se le incorpora en el aula de 1-2 años que es la correspondiente a su edad. El primer día de escuela se le ve asustado y se explica porque en los centros a los que ha acudido hasta ahora ha recibido atención individualizada. Su postura es rígida, se mete las manos en la boca constantemente, le asustan los ruidos fuertes y no le gusta estar con sus compañeros de clase. La primera meta que se plantean las educadoras, por lo tanto es que el niño se adapte a ellas, a sus compañeros y a su nuevo entorno. Al mismo tiempo se proponen ir desarrollando habilidades motrices para poco a poco lograr una mayor independencia y aumentar su interés por explorar.

Para comprobar su grado de movilidad se comienza poniendo al niño en el tapiz de la clase y se observa que con su lado derecho tiene menos habilidades que con el izquierdo. Con este último apoya más el cuerpo sobre la superficie, incluso intenta girar. También se le dan las manos para que las coja, haga presión e intente incorporarse. Al igual que cuando ha estado tumbado, ejerce mayor fuerza con el lado izquierdo, pero a pesar de sus esfuerzos se constata que no ha desarrollado la fuerza necesaria para incorporarse y adoptar una postura de sentado. Esta actividad se va repitiendo una o dos veces por semana según lo que permite la demanda del resto de los niños.

En el momento de recreo, al salir al patio se opta por sentarlo durante 3-4 semanas en una trona para que observe el entorno y sobre todo para que los demás niños se acostumbren a verlo y a respetarlo, pasado este tiempo se le saca a ratos y se dedica tiempo a él como cogerle de la mano y decirle el nombre de las cosas que tiene a su alrededor. En un principio rechaza el tacto de estas cosas, ya que no consiente siquiera tocar las texturas nuevas ni le interesan ni le gustan, pero a base de repetir estas actividades cada vez se va sintiendo más cómodo y seguro.

Pasado un tiempo se deja a Adán en el suelo del patio, en un principio llora, aunque se siente atraído por sus compañeros y para fomentar la socialización, las educadoras piden al resto de los niños que le traigan cosas para que él las palpe, como piedras, hojas, flores, etc. Se las pasan por el cuerpo y después se lo dejan para que él las pueda manipular.

A lo largo del tiempo va mostrando avances en diferentes campos. En la escuela se ha optado por profundizar en el aspecto social principalmente. La decisión está motivada en que el niño asiste a diferentes centros para recibir estimulación tanto en lenguaje como en motricidad, por lo tanto desde la escuela se considera que se debe intervenir principalmente en el área social, para que logre relacionarse con sus compañeros y con las educadoras y muestre mayor interés por el entorno. En este momento, julio de 2012, Adán lleva dos meses en la escuela y el equipo educativo comprueba que en este tiempo ha realizado progresos significativos.

Tras el mes de vacaciones, agosto, al comenzar el nuevo curso se le incorpora con sus compañeros en el aula de 2-3 años. Tras un breve tiempo en este nivel se constata que no se adapta, ya que las actividades y el ritmo que llevan sus compañeros no satisfacen las necesidades que en ese momento demanda Adán. Sus propios compañeros, al ser más mayores no le prestan tanta atención y a él se le ve incómodo en ese ambiente.

A pesar de ser reiterativos, el bienestar Adán es el objetivo primordial del centro por lo que se opta por cambiarlo a un aula de 1-2 años. En concreto a la de los niños nacidos entre enero y junio. A medida que pasan los días se observa que no está a gusto, cada vez que se le acerca un compañero se pone tenso y esto le sucede constantemente. Tras consensuar ideas y opiniones con las educadoras, se vuelve a hacer un cambio. Se le lleva a la clase de 1-2 años, pero de niños nacidos entre septiembre y diciembre. Los primeros días se reproduce la situación anterior, pero a medida que pasa el tiempo se va encontrando mejor. Sus compañeros ahora tienen las mismas capacidades motrices que él, es decir, no andan, algunos gatean y otros únicamente se sientan. Al verse en igualdad de condiciones en este entorno Adán está cómodo y poco a poco se integra con sus nuevos amigos y educadora.

Una vez adaptado a su nueva clase, se inician una serie de actividades motrices con él, para que haga movimientos y se desplace, sin embargo se observa que al hacer esto el niño no responde como se espera, por lo que se decide dejarlo libremente en el aula. Entonces se comprueba que se adapta rápidamente a las rutinas, hace el corro del lenguaje, en el cual al principio permanece sentado 3 minutos, para ir poco a poco aumentando su permanencia a 5 y hasta 8 minutos. Hasta que llega a atender a la actividad durante todo el tiempo que dura ésta. Nos encontramos en diciembre de 2012.

Al ver los avances en cuanto a atención y destrezas se inicia el trabajo con las fichas, pero es aquí donde se marcan diferentes objetivos para él, cuando se personalizan e individualizan las programaciones. Así por ejemplo, en una ficha en la que hay que esconder a Toti (la mascota del grupo) bajo las hojas de los árboles, la actividad consiste en despegar las pegatinas en forma de árbol y pegarlas en la ficha encima de la mascota. En el caso de Adán el objetivo es que despegue las pegatinas intentando hacer la pinza con los dedos.

Hasta aquí el estudio del progreso individual de Adán a través del seguimiento diario que se le realiza desde su llegada al centro.

Tras este análisis de la evolución de Adán a nivel personal en la escuela, se hace un estudio de su relación con los compañeros de clase para ver cómo ha evolucionado en el transcurso del tiempo observado.

ANÁLISIS COMPARATIVO CON SUS COMPAÑEROS DE CLASE.

La mejor manera de objetivar los resultados es mediante el mural de evaluación de indicadores de desarrollo, propuesto en su momento por el Equipo de Atención Temprana y que se sigue en la escuela para todo el alumnado. En él se recoge la evolución del grupo y se puede evaluar a Adán en relación con el resto de su clase. En la tabla que se acompaña Adán es el número 7 de su grupo. Es importante indicar que este cuadro lo cumplimenta la educadora de la clase, a lo largo de su trabajo diario y es la que valora y evalúa su evolución contando con la consideración y visto bueno de la maestra y de la directora del centro.

CURSO 2012-13

EQUIPO DE ATENCIÓN TEMPRANA
CENTROS INFANTILES 0 A 3 AÑOS

MURAL DE EVALUACIÓN DE INDICADORES DE DESARROLLO

1 A 2 AÑOS

NOMBRE	DESARROLLO PSICOMOTOR Y AUTONOMIA PERSONAL						RELACIÓN CON EL ENTORNO SOCIAL Y FÍSICO						COMUNICACIÓN Y LENGUAJE					
	12-18 meses			18-24 meses			12-18 meses			18-24 meses			12-18 meses			18-24 meses		
1																		
2																		
3																		
4																		
5																		
6																		
7																		
8																		
9																		
10																		
11																		
12																		
13																		
14																		
15																		

EDUCADORA: MAESTRA: DIRECTORA:

Como se puede apreciar la tabla se presenta en tres colores, indicando cada uno de ellos un área del currículo y reflejando aspectos del progreso. En el interior de cada color cada cuadro se señala con un número que se referencia con una actividad. En color rojo se evalúa el desarrollo psicomotor y autonomía personal, en color amarillo la relación del niño con el entorno social y físico, por último en color azul su evolución en cuanto a comunicación y lenguaje. A su vez cada grupo está dividido en dos etapas que van desde los 12 a los 18 meses y la segunda desde los 18 a los 24. A la izquierda del cuadro se recogen los nombres de los alumnos y la educadora va cumplimentado cada punto de valoración según cada niño realiza o no la actividad correspondiente. Para este trabajo se ha eliminado el nombre de los demás niños y se mantiene el de Adán, que como se dice antes es el número 7.

Entrando ya de lleno en la discusión del cuadro se comienza por el desarrollo psicomotor y autonomía personal. Adán no realiza cuatro de las seis primeras actividades que son en concreto ponerse en pie y dar pasos sin apoyo, hacer rodar una pelota imitando a un adulto y empieza a comer con cuchara aunque se le derrame algo. Tampoco la sexta que consiste en reconocer partes del cuerpo como manos, cabeza, pies,... y es prácticamente el único que no hace estas actividades. En cambio sí ejecuta bien las actividades cuatro y cinco que consisten en comenzar a admitir comida sólida y a atender a su nombre, lo cual podría estar indicado que su problema, el reflujo gastro-esofágico, va mejorando. En el segundo tramo de edad de este apartado se recoge que sí que bebe en taza, sosteniéndola con las dos manos, pero no realiza ninguna de las demás actividades en este intervalo de edad, como son que no come solo con cuchara, no reconoce algunos útiles de higiene personal, tampoco reconoce partes del cuerpo como ojos, nariz, boca, ni dobla la cintura para recoger objetos sin caerse, ni se reconoce a sí mismo en fotografías. Como el propio cuadro indica es el único de la clase que no realiza estas actividades.

En el apartado tocante a su relación con el entorno físico y social, Adán no desentona con el resto de la clase: hace todo bien, por lo que se le puede considerar perfectamente integrado en el grupo. En concreto se trata de que sí conoce a su señorita y a sus compañeros de clase, también reconoce los objetos y los muebles de la clase, imita en el juego los movimientos del adulto, acepta la ausencia de los padres aunque al principio proteste, también repite las acciones que atraen la atención y muestra curiosidad y explora objetos comunes y corrientes. En una palabra es uno más de su clase, como se dice antes. En la segunda parte de este apartado, cuando las exigencias son mayores, no toma parte en juegos ni comparte objetos con otro niño cuando se le pide, ni reconoce elementos propios de las estaciones como ropa y calzado. También esta vez es el único del grupo que no realiza estas actividades. En cambio sí que reconoce las dependencias básicas de la escuela como hemos podido comprobar en el día a día, todos los niños salen del aula a una hora determinada al baño para el cambio de pañales y para beber agua. Adán ya sabe esa rutina y llega él solo gateando al baño y vuelve a clase con los demás, también participa habitualmente en las

actividades del aula y comienza a entender y a aceptar rutinas de la clase. Esta actitud de curiosidad del niño la cual le hace aprender y desarrollar actividades, corrobora la frase citada en el marco teórico por Lena Saleh, de que para él es mucho más interesante y motivador lo que le rodea, aportándole mayores avances.

En el apartado de comunicación y lenguaje, como es de esperar, está por debajo de la generalidad de su clase. En la etapa de 12 a 18 meses manipula libremente con juegos de construcción y le gusta mirar cuentos con imágenes; sin embargo no repite sonidos que hacen otros, ni obedece órdenes simples acompañadas de gestos, tampoco combina dos sílabas diferentes ni identifica entre dos objetos el que se le pide. En el tramo de 18 a 24 meses no es capaz de emplear una o dos palabras significativas para designar objetos o personas, tampoco reproduce acciones reales con juguetes (comida, coches,...), ni atribuye funciones a los objetos más familiares ni emite onomatopeyas. Las onomatopeyas, numeradas con el 12 en el cuadro son una actividad que tampoco realizan varios niños de su clase, lo cual puede indicar el alto grado de dificultad de esta actividad. En cambio sí disfruta con la música e imita gestos y ritmos, y también garabatea.

RELACIÓN DE LA ESCUELA CON LOS PADRES

La escuela considera muy importante establecer un vínculo y mantener una relación con todas las personas que están involucrados en la educación y desarrollo de Adán. Esto se concreta en el contacto habitual y frecuente tanto con las asociaciones a las que asiste el niño, como con los padres. Así en una ocasión la madre indica que el niño saliva mucho y que es importante que en la comida se le den alimentos enteros en vez de puré. Al día siguiente de la propuesta se pone en marcha, (enero del 2012), lo que provoca que alargue su tiempo de comer ya que hay que insistirle mucho. En casa en cambio chantajea con la comida provocándose el vómito, estrategia que no le funciona en el centro. Poco a poco, con el paso del tiempo comienza a aceptar la comida entera, lo que motiva que la madre opte por dejarlo a comer en la escuela todos los días y modificar el horario que tiene para acudir a Aspace. “En ningún sitio come mejor que aquí”, llega a comentar la madre a las educadoras, dada la importancia que la alimentación tiene para Adán según los informes médicos.

En otra ocasión la propia madre relata que, al ser tan importante que el niño mastique, cuando vomita la comida, le dan de postre dulces de bollería industrial y para merendar lo mismo. Se hace ver a los padres que al vomitar la comida saludable, ellos le “recompensan” con algo que a él le gusta, por lo tanto lo que están haciendo es fomentar su mala alimentación y el chantaje. Se les propone que intenten no hacerlo porque de seguir así se trabajan diferentes objetivos en la escuela y en el entorno familiar.

En un tercer momento se pregunta a la madre sobre la alimentación que Adán recibe en casa. Dice que a diario come puré y ocasionalmente le dan a probar comida en trozos enteros. Esto hace ver que la alimentación no va coordinada en casa y en la escuela. Por otro lado el niño comienza a presentar alergias o intolerancias, por lo que se pide a la madre que haga una lista con la alimentación que recibe en casa para intentar encontrar el origen causante de ello. Actualmente (junio del 2013), se está a la espera que remita dicha información a la escuela.

También es importante señalar que los padres tienen puntos de vista diferentes. La madre es más positiva y realista, y el padre, por lo que refieren tanto la madre como la abuela materna, tiene un nivel de aceptación menor de la situación del niño. Desde la escuela se observa un cambio de actitud por parte del padre cuando Adán acude al neuropediatra y les dice que la parte del cerebro que tiene afectada, en ésta última visita ya ha desaparecido, por lo tanto ellos esperan que el niño en poco tiempo adquiera las mismas capacidades que uno de su edad. Al ver que no ha resultado ser así, el padre ha vuelto a su actitud previa al informe del neuropediatra.

Un aspecto que no hay que despreciar es que está mucho tiempo al cuidado de la abuela y de la tía materna porque la madre ha ampliado su horario de trabajo. También es importante señalar que la pareja está considerando tener otro niño pero se les ha propuesto la realización de análisis biológicos para descartar que puedan padecer alguna alteración genética, ya que como se dice al principio Adán todavía no tiene un diagnóstico claro establecido.

Una vez establecidos el marco teórico y el marco metodológico se está en disposición de pasar al siguiente punto de desarrollo de este trabajo que son los resultados y discusión.

CAPÍTULO IV. RESULTADOS Y DISCUSIÓN

El entorno es fuente de posibilidades o de limitaciones.

José Antonio Marina.

En este capítulo vamos a ver los resultados obtenidos durante un año de seguimiento de Adán, desde su incorporación a la escuela en junio del 2012 hasta junio del 2013, fecha final de este seguimiento para la realización del presente trabajo.

RESULTADOS

Los resultados están apoyados en el marco metodológico donde se han expuesto: el seguimiento diario desde la escuela, el programa de desarrollo individual de Aspace del 31 de mayo de 2012 y el de marzo del 2013 y el análisis comparativo del niño sujeto de estudio y de los demás alumnos de la clase. A continuación expondremos los resultados siguiendo los objetivos planteados en la introducción de este trabajo

Resultados obtenidos en relación a mejorar su motricidad y autonomía

Los progresos que se han observado son, en orden cronológico:

- Permite realizarle los ejercicios motores (en principio no se dejaba).
- Permite que los niños se le acerquen en el recreo (esto se ha ido consiguiendo de forma paulatina).
- Entra en clase sin llorar.
- Comienza a gatear en clase moviéndose por el espacio, tanto del aula como para desplazarse solo al baño tras la educadora y compañeros.
- No le asustan los ruidos fuertes que hay en la escuela (llantos, gritos de otros niños...).
- Busca juguetes nuevos en el aula.
- Permite el uso, sin llorar, de materiales nuevos como la pintura de dedos.
- Se pone de pie apoyándose en una barra ante el espejo e incluso en cualquier soporte que encuentre y pueda apoyarse se incorpora.

- Los movimientos que realiza con las manos van teniendo cada vez más precisión e intencionalidad.
- Mantiene la atención durante todo el curso del lenguaje (10 minutos aproximadamente y dependiendo de la actividad a realizar).
- Comienza a seguir las rutinas en un espacio temporal.
- No se lleva los objetos tan a menudo a la boca, los manipula y observa.
- Sus acciones parece que son con intencionalidad, que persigue un fin (levantar la mano cuando la educadora reparte galletas para que se le dé una).
- Apoyado en un correpasillos, aunque sus movimientos no son muy coordinados, recorre el aula él solo andando.
- Desaparece el movimiento de cabeza y tronco que le inestabilizaba. Se le sube en una moto (correpasillos) y no se balancea.

Hasta aquí el estudio del progreso individual de Adán a través del seguimiento diario que se le realiza desde su llegada al centro y que, como se ha dicho anteriormente, finaliza en junio de 2013.

Tras este análisis de la evolución de Adán a nivel personal en la escuela, se hace un estudio en relación con los compañeros de clase para ver cómo ha evolucionado en el transcurso del tiempo observado.

[Análisis comparativo con sus compañeros de clase.](#)

En la tabla presentada en el marco metodológico se recogen perfectamente las carencias de Adán tanto en el plano psicomotor y de autonomía personal, como en el de comunicación y lenguaje. En cambio muestra su perfecta integración en el entorno social y físico, con lo cual se puede considerar perfectamente relacionado con sus compañeros de la clase.

[Resultados obtenidos en relación al Programa individual de atención temprana de marzo de 2013](#)

Con la presentación del programa individual de atención temprana de Aspace que a continuación se expone, se ven los logros obtenidos por Adán desde su ingreso en la escuela en junio de 2012 hasta marzo de 2013, fecha en la que se ha realizado la valoración anual.

Este informe se considera una valoración externa de la evolución del niño y por lo tanto recoge y valora también el trabajo que se ha realizado con él en la escuela infantil. Se contemplan tres apartados: Estimulación, Fisioterapia y Logopedia.

Se relacionan los que se consideran más importantes para este trabajo.

- En estimulación:

- Trabaja sentado en el Tumble Form, en el que aguanta cada vez más tiempo realizando alguna tarea que siempre es dirigida.

- A nivel motor los movimientos incontrolados de tronco y cabeza que hacía anteriormente, que le llevaban a perder fácilmente la atención y no poder realizar nunca una tarea completamente, ahora ya no los hace y consigue estar más tiempo sentado sin caerse. Ahora el problema es que al poder desplazarse a gatas responde a cualquier estímulo y se desplaza hacia él.

- Ha mejorado también en cuanto a la coordinación ojo-mano, aunque no mantiene la atención en el objeto en todas las ocasiones. También alcanza con facilidad los juguetes y se los lleva a la boca o bien se detiene a observarlos en sus manos.

- A nivel visual se mantiene el nistagmus en ambos ojos y el estrabismo. No es habitual que fije la mirada en el rostro y pocas veces realiza un seguimiento de la mirada.

- No hay respuestas significativas en cuanto a conceptos como: mira, toma, dame y la prohibición.

- A nivel gestual se observan cambios ante lo que le gusta y lo que le desagradada.

-En el área afectiva social muestra buena conducta ante la separación de los padres y también sonrisa social en el cambio de personas.

- En cuanto a los saludos, en ocasiones eleva los brazos y realiza giro de muñeca como respuesta al saludo, pero no siempre y a veces hace el gesto sin ser un saludo.

- En fisioterapia:

-Mejora en la coordinación de miembros para el gateo, presenta mayor fuerza en los miembros superiores, manteniendo la postura. Desplazamiento más autónomo, con desplazamientos más largos.

-Aumenta la atención por ciertos juguetes visuales o sonoros, pero algunos los sigue explorando con la boca, aunque alguno ya no lo chupa.

-Consigue el paso a la bipedestación con ayuda de un apoyo.

- En logopedia:

-Ha disminuido casi por completo el reflejo de náuseas y controla el provocárselo.

-Recibe sin dificultad alimentos semisólidos con la cuchara, poniendo los labios de forma correcta.

-Comienza una alimentación más variada en cuanto a texturas y sabores aceptándola sin dificultad.

-Comienza a realizar la lateralización de la comida formando bolo y deglutiéndolo sin atragantarse, aunque de forma lenta.

-La pérdida de saliva ha disminuido.

Estos son los resultados obtenidos y a través de los cuales podemos presentar a continuación, en el capítulo V, las conclusiones a las que nos han llevado.

CAPÍTULO V. CONCLUSIONES Y PROSPECTIVA

Las conclusiones que se extraen de este estudio están apoyadas por los resultados obtenidos a partir del marco metodológico y en base a los objetivos planteados.

CONCLUSIONES

En base a lo aportado en el capítulo IV (metodología) y apoyadas por el marco teórico y los objetivos planteados son:

1. El niño con necesidades educativas especiales progresa y evoluciona en una escuela normal, con un programa de desarrollo individual adecuado. Se ha constatado su mayor motricidad, que le ha llevado a ser más autónomo en sus movimientos e interesado por el entorno que le rodea.
2. La integración en la edad infantil mejora la participación en el grupo de edad que le corresponde a lo largo de todo el ciclo escolar.
3. La escuela infantil es un lugar adecuado para avanzar en la integración y normalización de niños con necesidades educativas especiales. Se ha conseguido que sus compañeros le respeten y le acepten como uno más.
4. El centro sirve como lugar integrador y ejerce una de las funciones que de él espera la comunidad. Ha servido para que el niño aprenda las rutinas diarias de la escuela respecto a horarios y actividades escolares.
5. El niño participa en las programaciones educativas con el resto de sus compañeros mediante un currículo adaptado cuando es necesario.
6. A lo largo de su estancia en la escuela ha aprendido a relacionarse con los compañeros de clase en un plano de igualdad. Son los que le acompañarán a lo largo de su ciclo educativo, con la ventaja de que le aceptan en un momento temprano y minimizan su diferencia.
7. Los padres de niños con necesidades educativas especiales aceptan mejor el hecho diferencial de su hijo si se integra en una escuela común.
8. Los educadores facilitan la integración y adaptación del niño con necesidades educativas especiales haciendo de él uno más del grupo en el que se integra.

Los objetivos planteados al principio de este trabajo, se han conseguido con esfuerzo por parte de sus educadoras que han trabajado de forma constante y con una implicación total. Adán por su parte ha conseguido participar y disfrutar de sus compañeros y de las actividades cotidianas. Todo

el entorno de Adán: padres, educadores, equipos multidisciplinares, etc. juntos con las mismas metas, podemos obtener buenos resultados como se desprende de la lectura de todo lo expuesto.

PROSPECTIVA

Para la realización de un estudio más exhaustivo de este trabajo sobre la evolución de un niño con necesidades educativas especiales en una escuela de infantil de primer ciclo, sería muy interesante hacer un seguimiento a lo largo de su paso por este primer ciclo completo, en nuestro caso durante tres años.

Sería muy interesante, en el caso de la llegada de un nuevo niño con n.e.e. al centro, comprobar si la línea de trabajo utilizada con el caso estudiado, sería efectiva en la aplicación a otros niños con sus mismas carencias.

Con este trabajo se quiere servir de ayuda a los profesores que puedan tener a lo largo de su ejercicio profesional, niños con necesidades educativas especiales, en una escuela de infantil de primer ciclo.

Sería importante que los profesores del segundo ciclo de infantil, al que se incorporará Adán en un futuro no muy lejano, conozcan los avances conseguidos, para seguir trabajando en la misma línea.

La limitación que se puede encontrar para el desarrollo de este tipo de tareas, está en la ratio de las aulas establecida en la legislación, y más concretamente en la de la Comunidad Autónoma de La Rioja Decreto 49/2009, de 3 de julio, que a diferencia de otras comunidades, no tiene delimitada la ratio cuando hay algún niño en el aula con n.e.e.

La atención a estos niños para conseguir un mayor desarrollo en sus capacidades requiere dedicación, cosa que se ve limitada al tener que atender, en nuestro caso en el aula de medianos, a doce niños más con una edad de uno o dos años, teniendo un trabajo principalmente asistencial (cambio de pañales, alimentación etc.).

El curso próximo Adán pasará con sus compañeros a un aula donde la ratio es aún más numerosa, veinte niños entre dos y tres años, lo que aumenta las dificultades y convierte el desafío en mayor.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Bartra Muriá, R. (1997). El salvaje artificial. México: Era. Recuperado el 20 de abril de 2013 de http://books.google.es/books?id=H4u_JKNYkvsC&pg=PA203&dq=gaspar+itard&hl=es&sa=X&ei=UrKKUdqaCMS47AajzIHYCw&ved=oCDoQ6AEwAQ#v=onepage&q=gaspar%20itard&f=false
- Constitución Española de 1978. BOE 311, de 29 de diciembre de 1978
- Decreto 49/2009 de 3 de julio que regula la organización del 1º ciclo de Educación Infantil en La Rioja. BOR 10 de julio de 2009.
- Decreto 2178/1978 de 25 de agosto, Plan Nacional de Prevención de la subnormalidad. BOE 222, de 16 de septiembre de 1978
- Delgado Criado, B. (1993). Historia de la Educación en España y América. Madrid: Morata. Recuperado el 10 de junio de 2013 de http://books.google.es/books?id=hmwVMOAF2WkC&pg=PA122&dq=pedro+ponce+de+leon&hl=es&sa=X&ei=oJSKUafSH_DH7AaWrID4Aw&ved=oCDMQ6AEwAA#v=onepage&q=pedro%20ponce%20de%20leon&f=false
- Echeitia Sarrionandía, G. (2007). Educación para la inclusión o educación sin exclusiones. Madrid: Narcea, S.A. de Ediciones.
- Fierro Bardají, A. (1991). Dos concepciones de educación: repercusiones en la educación infantil y la educación especial. La Educación Infantil una promesa de futuro. Documentos de un debate. Fundación Santillana. (p. 188)
- García García, E. (1988). Normalización e integración. En J. Mayor Sánchez, Manual de Educación Especial. Madrid: Anaya S. A. (p.57-78)
- González Pedraza, M. y. (1991). Elaboración del programa de desarrollo individual (PDI). En R. Bautista Jimenez, Necesidades Educativas Especiales. Manual Teórico Práctico (págs. 139-164). Málaga: Aljibe.
- González Villalón, J. y. (1991). La Educación temprana. En R. Bautista Jimenez, Necesidades Educativas Especiales. Manual teórico práctico (págs. 201-211). Málaga: Aljibe.
- Irimia Fernández, M^aP. (2006). Superando la soledad. La educación de la persona con discapacidad intelectual. Recuperado el 8 de junio de 2013 de

http://books.google.es/books?id=_hwn6K4RSOoC&pg=PA25&dq=historia+de+la+educacion+especial&hl=es&sa=X&ei=_xaNUaqxAc2DhQefk4HABw&sqi=2&ved=oCDMQ6AEwAQ#v=onepage&q=historia%20de%20la%20educacion%20especial&f=false

López Justicia, M. D. (2004). Aspectos evolutivo y educativo de las deficiencia visual 1ª edición. A Coruña : Netbiblo. Recuperado 22 demayo de 2013 de <http://books.google.es/books?id=cNvY9aCKXccC&pg=PA20&dq=valentin+h%C3%A1%C3%BCy&hl=es&sa=X&ei=xaiKUffZBY6N7AaKoYCIAw&ved=oCEcQ6AEwBA#v=onepage&q=valentin%20h%C3%A1%C3%BCy&f=false>

Ley Orgánica de la Educación 2/2006 de 3 de mayo. BOE 106, de 4 de mayo de 2006

Ley de Integración Social de los Minusválidos 13/1982, de 7 de abril. BOE 103, 30 de abril de 1982

Martín Macías, E. M. (2010). La educación especial tras largos siglos de rechazo. *Pedagogía Magna*, 71-79.

Mayor Sánchez, J. (1988). Educación Especial. En J. Mayor Sánchez, *Manual de Educación Especial* (págs. 7-31). Madrid: Anaya, S.A.

Orden de 30 de marzo de 1982. BOE 90 de 15 de abril de 1982 por las que se dictan normas para la aplicación del Plan Nacional de Prevención de la Subnormalidad

Organización de las Naciones Unidas para la Educación, l. C. (1994). *Declaración de Salamanca y Marco de Acción para las Necesidades Educativas Especiales*. Salamanca: UNESCO.

Polaino Lorente, A., Avila Encío, C., & Rodríguez Zafra, M. (1991). *Educación Especial Personalizada*. Madrid: Rialp, S.A.

Rispens, J. (1991). Desarrollo de la educación especial y tendencias en la educación infantil. *La Educación Infantil una promesa de futuro. Documentos de un debate* . Fundación Santillana. (p.171)

Saleh, L. (1991). *La Educación Infantil una promesa de futuro. Documentos de un debate* . Fundación Santillana. (p.163)

Sánchez Manzano, E. (1994). *Introducción a la Educación Especial*. (págs. 134-136). Madrid: Complutense. Recuperdo 9 de mayo de 2013 de http://books.google.es/books?id=j4FJ_Cl4v24C&pg=PA134&lpg=PA134&dq=programa+d e+desarrollo+individual+pdi&source=bl&ots=jCeY8ozI4p&sig=tamPaayKb_Be_yUx7V9unul35xs&hl=es&sa=X&ei=teOwUeqWN-

_y7Abuh4C4Cw&ved=0CC8Q6AEwAA#v=onepage&q=programa%20de%20desarrollo%20individual%20pdi&f=false

Tena Martínez, E. (1991). El entorno sociofamiliar del niño deficiente. En R. Jiménez Bautista, Necesidades Educativas Especiales. Manual teórico práctico (págs. 108-125). Málaga : Ediciones Aljibe.

Warnock, M. (1987). Encuentro sobre necesidades de Educación Especial. Revista de Educación, Número extraordinario. Recuperado 8 de mayo de 2013 de

<http://www.luiscarro.es/inclusion/docs/warnock.htm>

BIBLIOGRAFÍA

Alonso Martín, M.L., De Bernardi Linares, A., Clar Forteza, C., Fernández Fernández, C., Fuentesal Escudero, E., González Franco, T., Núñez Angulo, B., Sastre Romaniega, M.J., Zuloaga Arteaga, I., Atención Educativa a las Personas con Parálisis cerebral y discapacidades afines. Cuadernos de Parálisis cerebral. Fundación Aspace. Edita Confederación Aspace. 2003.

Arias-Chaves, Melissa. La motricidad en niños con necesidades educativas especiales. Trabajo fin de Máster. UNIR. 2012. Recuperado el 2 de junio de 2013. <http://reunir.unir.net/handle/123456789/1031>

Ayala Díez, B. (2012) La motricidad en alumnos con necesidades educativas especiales. Análisis de seis casos. Trabajo fin de Master. UNIR http://reunir.unir.net/bitstream/handle/123456789/1289/2012_12_26_TFM_ESTUDIO_DEL_TRABAJO.pdf?sequence=1

Barrio Merino, A. y Calvo Romero C. Evaluación del niño con fallo de medro. http://www.aeped.es/sites/default/files/documentos/9-fallo_medro.pdf

Cabrera Ruiz, G. (2012) Relación entre el conocimiento de los docentes en aspectos motores y el desarrollo psicomotriz en niños de 2-3 años. Trabajo fin de Master. UNIR. <http://reunir.unir.net/handle/123456789/1296>

- Cornelia de Lange Syndrome - Andrew at speech. Pjpandbp. 2009. [Video] YouTube.
<http://youtu.be/4NvUv86IJ1U>
- Echeitia, G., Minguillón, C., Las necesidades educativas especiales del niño con deficiencias motoras. Centro Nacional de Recursos para la Educación Especial. Ministerio de Educación y Ciencia. 1990.
- Educarioja. Inspección Técnica Educativa. Consejería de Educación, Cultura y Turismo de La Rioja.
http://www.educarioja.org/educarioja/index.jsp?tab=link&acc=/html/inspeccion/normativa_diversidad.html
- El nistagmus. Clínica Dyto., 2012, [Video] YouTube. <http://youtu.be/HfYa1g5jbqw>
- Gil, MC., Ribate, MP., Ramos, FJ. Síndrome de Cornelia de Lange. Protoc diagn ter pediatr. 2010: 1:112.
[http://www.aeped.es/sites/default/files/documentos/sindrome_de_lange.pdf](http://www.aeped.es/sites/default/files/documentos/sindrome_de_cornelia_de_lange.pdf)
- González Fontao, María del P., Necesidades Educativas especiales/generales. Hacia una nueva denominación. Revista Galego-Portuguesa de Psicología e Educación. Nº2 (vol. 3) Año 2º-1998.
http://ruc.udc.es/dspace/bitstream/2183/6675/1/RGP_3-6.pdf
- González Fontao, María del P., Necesidades educativas especiales.
http://ruc.udc.es/dspace/bitstream/2183/6734/1/RGP_5.27.pdf
- Gutiez Cuevas, P.; Sáenz-Rico de Santiago, B y Valle Trapero, M. Proyecto de intervención temprana para niños de alto riesgo biológico, ambiental con alteraciones o minusvalía documentadas.(1993) Revista Complutense de Educación vol.4(2). Madrid. Universidad Complutense.
<http://revistas.ucm.es/index.php/RCED/article/viewFile/RCED9393220113A/17913>
- Herrera Gutierrez, E. (1996) Bases psicológicas de la Educación Especial: Una propuesta curricular en la formación del profesorado. Anales de psicología. Psicología Evolutiva y de la Educación. Universidad de Murcia. http://www.um.es/analesps/v12/v12_1/03-12-1.pdf
- Hipotonía María Eduarda na Fisioterapia. Zago, T., 2010. [Video] YouTube
<https://www.youtube.com/watch?v=pE5pbwhGawYVideo>
- Hipotonía María Eduarda 8 meses, diagnóstico Síndrome Prader Willi. Zago, T., 2011. [Video] YouTube
<http://youtu.be/FCKvJsBeFwU>

Peydró Torró, S., Agustí Almela, J., y Company Rico, J. La educación de los alumnos con necesidades educativas especiales graves y permanentes. Collecció Documents de Suport nº7. Generalitat Valenciana. 1997. <http://www.cece.gva.es/ocd/areacd/docs/esp/neeg.pdf>