

Estándares de calidad en los servicios de Atención Temprana en la República Dominicana en niños con Parálisis Cerebral

Angela Elizabeth Mesa-Selmo [✉]

Resúmen

Hablar de Atención Temprana es hablar de prevención y más si este tipo de servicio es ofrecido bajo los estándares de calidad vigentes en el actual siglo XXI. Calidad, porque los servicios brindados en Atención Temprana tienen como objetivo mejorar la calidad de vida del niño con barreras para el aprendizaje y la participación en los diferentes contextos de desarrollo. Esta investigación, de carácter cualitativo, en base a un estudio de cuatro casos de niños diagnosticados con Parálisis Cerebral se realiza en el contexto de la República Dominicana. La función motora se ve comprometida en niños que han sufrido de Parálisis Cerebral (no siendo la única causa), y con la Atención Temprana busca dar respuesta lo más pronto posible a las necesidades transitorias o permanentes, que presentan los niños en su desarrollo. Como base de la investigación se han utilizado los estándares de calidad de Ponte (2008), delimitados a través de tres niveles, nivel 1, niño; nivel 2, centro; y el nivel 3, programa. Los resultados obtenidos nos permiten concluir que en la República Dominicana se realizan grandes esfuerzos, buscando ofrecer servicios de Atención Temprana de calidad. Que se debe fortalecer el tipo de servicio que actualmente se ofrece, así como preparar más profesionales en dicha área, y fortalecer los programas vigentes a fin de favorecer a una sociedad más inclusiva. Fomentar al desarrollo de investigaciones y proyectos sobre Atención Temprana; que haya más centros dotados de recursos humanos y materiales aptos para ser utilizados con niños con dificultades especiales.

Palabras clave

Atención Temprana. Estándares de calidad. Educación Inclusiva. Parálisis Cerebral Infantil. Función Motora.

Abstract

Mentioning early intervention is prevention and more if this type of service is offered under the current standards of quality in the current twenty-first century. Quality, because in early intervention services are intended to improve the quality of life for children with barriers to learning and participation in

different development contexts. This research, qualitative in nature, based on a study of four cases of children diagnosed with Cerebral Palsy occurs in the context of the Dominican Republic. Motor function is compromised in children suffering from Cerebral Palsy (not being the only cause), and with attention early search respond as soon as possible the transitional or permanent, needs that children have in their development. As the research base set quality standards have been used you (2008), delimited through three levels, level 1, child; level 2, center; and level 3, program. The obtained results allow us to conclude that great efforts are made in the Dominican Republic looking for quality early care services. That should strengthen the type of service currently offered, as well as more professionals in that area, and strengthen existing programmes in order to promote a more inclusive society. Promote the development of research and projects on early warning; There are more centers equipped with human and material resources suitable for use with children with special difficulties

Key words

Early Care. Quality Standards. Inclusive Education. Cerebral Infant Palsy. Motor Function.

INTRODUCCIÓN

El concepto de atención temprana según el GAT. 2000: *Al conjunto de intervenciones, dirigidas a la población infantil de 0-6 años, a la familia y al entorno, que tienen como objetivo dar respuesta lo más pronto posible las necesidades transitorias o permanentes que presentan los niños con trastornos en su desarrollo o que tienen el riesgo de padecerlos. Estas intervenciones, que deben considerar la globalidad del niño, han de ser planificadas por un equipo de profesionales de orientación interdisciplinar o transdisciplinar.* La importancia del tema de

[✉] Grado en Educación Infantil- Universidad Autónoma de Santo Domingo- Rep. Dom. - 2007 · Máster en Educación Infantil- Universidad Complutense de Madrid- España- 2013. · Área disciplinar: Educación. Línea de Investigación: Atención Temprana

investigación es sumamente relevante en la actualidad, para favorecer una sociedad más inclusiva y mejorar la calidad de vida de los niños con discapacidad. Tomando en cuenta que *“La educación inclusiva puede ser concebida como un proceso que permite abordar y responder a la diversidad de las necesidades de todos los educandos a través de una mayor participación en el aprendizaje, las actividades culturales y comunitarias y reducir la exclusión dentro y fuera del sistema educativo, UNESCO (2005)”*. En Europa se han desarrollado programas que cumplen con los estándares de calidad y sirven como modelo para los demás países, especialmente en América Latina, ya que contamos con tasas elevadas de discapacidad motora en la primera infancia, especialmente en niños que han padecido Parálisis Cerebral Infantil.

La parálisis cerebral infantil (PCI) fue descrita en 1889 por Olsen, teniendo como antecedentes una enfermedad descrita como síndrome de Little. Es la patología que más problemas ortopédicos plantea, tras la erradicación de la polio. Tiene una incidencia aproximada del 1-5 % de los nacidos vivos, con ligero predominio del sexo masculino, y una mayor incidencia en América respecto a Europa (Bermejo, 2012). La parálisis cerebral se define como un “trastorno del movimiento y de la postura debido a un defecto o lesión del cerebro inmaduro” (Bobath, 2001). Normalmente se acompaña de otros déficit como problemas de visión y auditivos, dificultades del habla y del lenguaje, alteraciones viscerales, alteraciones psicológicas (alteraciones perceptivas, distractibilidad), y discinesia. Los síndromes motores varían según la edad concepcional, etiología y localización de las lesiones o anomalías. Según la Academia Americana de Parálisis Cerebral, hay varios tipos de parálisis cerebral, cada uno con sus propias características, estos son: Parálisis espástica, atestosis, rigidez, ataxia, temblores, parálisis atónica y tipos mixtos. Es un grupo de condiciones caracterizadas por la disfunción motora a causa de un daño cerebral no progresivo, acaecido en una fase temprana de la vida. Es importante destacar, que las causas de la parálisis cerebral se presentan en los periodos prenatal, perinatal y postnatal, procesos del desarrollo en donde interviene la Atención Temprana. En todos los casos se trata de un sistema nervioso inmaduro que se ve afectado, que continuará desarrollándose pero dañado. Esto quiere decir que, “aunque la Parálisis Cerebral Infantil, desde el punto de vista etiopatogénicamente no es ninguna enfermedad progresiva, su manifestación clínica sí lo es” (Vojta 2005: 32). Actualmente la primera causa de invalidez en la infancia, también la causa más común de espasticidad en niños (Bermejo, 2012)”.

En Europa se han desarrollado programas que cumplen con los estándares de calidad y sirven como modelo para los demás países, especialmente en América Latina, ya que contamos con tasas elevadas de discapacidad motora en la primera infancia ...

Esto nos lleva a afirmar que la Atención Temprana se configura en la actualidad como prioridad de diferentes organismos internacionales, y de mayor interés en estudios de investigación, conferencias mundiales, congresos etc., teniendo como foco principal la prevención y/o atención, así como la inclusión social de las personas discapacitadas: El informe Warnock (1981), en atención a la diversidad, la Convención de los Derechos del Niño (1989), la Declaración de Derechos del Retrasado Mental (1971), la Declaración de Salamanca (1994), la Declaración de Cartagena de Indias, sobre políticas integrales para las personas con discapacidad en el área Iberoamericana (1992); la Declaración de Managua, “Crecer juntos en la vida comunitaria: Seminario internacional hacia un nuevo modelo para el desarrollo de políticas sociales para niños, niñas y jóvenes con discapacidades y sus familias” (1993). Todo ello con el objetivo de mejorar la calidad de vida del niño con discapacidad y sus contextos de desarrollo.

“Los sistemas educativos de todo el mundo se enfrentan al reto de ofrecer a los niños y los jóvenes una educación de calidad” UNESCO (2008). En algunos países como la República Dominicana existe una gran preocupación por la calidad de la Atención temprana desde los centros que llevan a cabo programas de intervención, ya que actualmente se interviene desde el “modelo de intervención Clínico-rehabilitador (Gutiérrez, 2005). Está demostrado a través de estudios, teorías e investigaciones que en los últimos años el desarrollo Psicológico del bebé es un lugar donde Medicina y Educación se encuentra. En donde los diferentes profesionales de dichas áreas pueden intervenir en el niño con discapacidad a través de equipos interdisciplinarios. Entre estas teorías relacionadas con el desarrollo infantil y los procesos de aprendizaje, podemos mencionar: El enfoque evolutivo de Gesell (1943), el condicionamiento operante de Skinner (1968), y la epistemología genética de Piaget (1969), han tenido una gran influencia en la Atención Temprana. Un elemento común, implícito con respecto a las estrategias y posibilidades educativas para los niños pequeños con discapacidad es centrarse en sus limitaciones, consideradas independientemente del entorno en el que viven.

CALIDAD EN LA ATENCIÓN TEMPRANA

El aumento de la preocupación por la calidad en Atención Temprana viene motivado por el incremento de la restricción financiera a nivel mundial de todos los servicios



ICEUABJO 2014

públicos; los cambios en los valores, métodos y estructura organizativas que introducen el mayor uso de los modelos holísticos de funcionamiento humano que subrayan menos los enfoques patológicos; y por la importancia de la influencia del consumidor que en recursos humanos sería la persona o personas a las que se destina el servicio. Cabe destacar aquellos proyectos de calidad en Atención Temprana: El Modelo de criterios de calidad de centros y servicios sanitarios de Atención Temprana (1991), Documento de criterios de Calidad en Centros de Atención Temprana (1996), Libro Blanco de la Atención Temprana (2000), Manual de Buenas Prácticas de Atención Temprana (1999), Indicadores de evaluación de calidad de Centros de Desarrollo Infantil y Atención Temprana (Cataluña, 2001), Proyecto INTER. Estándares de Calidad (IMSERSO, 2008)

LOS ESTÁNDARES DE CALIDAD

Según Ponte (2008) “La calidad de los servicios y/o programas que una organización pone en marcha para atender a las necesidades específicas de determinados colectivos con dificultades especiales es uno de los retos más importantes que pueden afrontarse en la actualidad...” Los estándares de calidad se organizan por niveles que son los ámbitos principales por los cuales se dirigen los procesos de Atención Temprana, (Ponte 2008): Propone 5 niveles de los cuales se ha delimitado a tres, en el presente estudio, según el alcance del contexto a trabajar. Cada estándar consta de unos indicadores, o medio de análisis, del funcionamiento concreto del proceso. Los indicadores se desarrollan a través de los *Programas Individualizados de Atención Temprana* (PIAT).

1. NIÑO -2. CENTRO DE ATENCIÓN TEMPRANA -3. PROGRAMA
Se optó por realizar un estudio que permitiese identificar los estándares de calidad en los servicios de Atención Temprana ofrecidos en la República Dominicana, para la prevención, diagnóstico y tratamiento de trastornos del desarrollo, desde el embarazo de la madre hasta el nacimiento del niño; y así

determinar si favorecían a la educación inclusiva. Buscando así, aportar mejoras a la calidad de los servicios de A. T. que beneficien al niño, al centro y al programa, ya que de esta manera se benefician en conjunto la familia, la sociedad y el país.

SUJETOS Y MÉTODOS.

Se tomaron cuatro casos de niños diagnosticados con Parálisis Cerebral, después de revisar y analizar treinta casos de niños en iguales condiciones. Todos registrados en el mismo centro público. Los cuatro niños tomados como muestra, fueron retirados de las terapias del centro público, para registrarlos en el mismo centro privado. Aplicando una evaluación sobre los indicadores o estándares de calidad, se revisaron los registros de los tratamientos que han recibido los niños desde el diagnóstico hasta la finalización de dichos tratamientos, y se analizaron los procedimientos utilizados.

El levantamiento de información se hizo a través de una técnica directa. Se buscó y revisó toda la documentación existente y disponible, hasta ese momento, del problema abordado en el contexto de la República Dominicana, así como datos oficiales, de los diferentes ministerios de Educación y de Salud, se han realizado diversos informes y estudios sobre el tema, por el Centro Nacional de Investigación en Salud Materno Infantil Dr. Hugo Mendoza (CENISMI), apadrinados por organismos internacionales, como son el Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (United Nations Children's Fund, UNICEF), Instituto para el Desarrollo y la Innovación Educativa (IDIE), que sirvieron de base a esta investigación.

Se elaboró un cuestionario para recolectar información sobre el programa de Atención Temprana por el cual se trata a los niños afectados y se entrevistó a los padres. También nos valimos de una técnica indirecta, la observación indirecta. Los cuatro casos de niños discapacitados residentes en el municipio de Santo Domingo Norte, recibían tratamientos en dicho centro privado de la ciudad capital. Lo que sirvió para comparar los servicios de ambos centros, las terapias con la que se intervenían a los niños discapacitados, así como las condiciones de infraestructura y organización. Las variables manejadas fueron: Nivel 1, niño; Nivel 2, centro; y Nivel 3, programa; con sus indicadores, según los propuestos por (Ponte 2008).

CASO (A)

El caso de esta niña diagnosticada con PCI, hemiplejía hipotónica, leve, se descubrió que padecía esta condición a los 6 meses de edad. Inició las terapias inmediatamente, sin interrupción. Entre las que están:

» Ya tiene 29 meses de edad, 2 años recibiendo terapias y ya se sienta sin apoyo, se pone de pie y camina con

apoyo. Habla y entiende muy bien. Con el tratamiento de las terapias ha progresado hasta un 70% en su desarrollo. Actualmente recibe terapias.

Caso (B)

El caso de esta niña diagnosticada con PCI, cuadriplejía hipertónica, grave, sufrió una encefalopatía a la edad de 2 meses. Recibió el diagnóstico de PC a los 4 meses de edad, usa medicamentos, porque convulsiona constantemente. Inicio las terapias inmediatamente entre las que están:

- » Patrones de movimientos de Brunnstrom, técnica de Bobath, técnica de Rood estimulación sensorial

Actualmente tiene 5 años de edad. Solo ha desarrollado un 30% en su desarrollo. Sigue recibiendo terapias tanto en centro público como privado.

Caso (C).

Es un niño diagnosticado con PCI, retraso motor moderado, diplejía, hipertónico. Se diagnosticó a los 8 meses, e inmediatamente se iniciaron las terapias, por alerta de la madre. Desde siempre ha recibido terapias entre las que se encuentran:

- » Educación muscular y ayudas ortopédicas, patrones de movimientos Brunnstrom, técnica de Kabat, de Bobath, estimulación sensorial de Rood, educación conductiva, desde un punto de vista ecléctico y logopedia. Ha avanzado un 75 % en su desarrollo.

Actualmente tiene 4 años de edad. Ha desarrollado un 75 % de su desarrollo. Sigue recibiendo terapia.

Caso (D).

Con este niño diagnosticado con PCI, se iniciaron las terapias en un centro público, que luego dejó de recibirlas, su condición empeoró. Tuvo que asistir a un centro privado para recibir más asistencia.

A los dos años, comenzaron las terapias, ya que es una familia de escasos recursos y viven muy retirados del centro.

Las terapias de su tratamiento son:

- » Las técnicas de Vojta, el punto de vista ecléctico, el método Doman- Delacato, estimulación sensorial de Rood.

Tiene 3 años de edad. Ha avanzado en su desarrollo un 20 %. Todavía recibe terapias.

TÉCNICA DE RECOGIDA DE DATOS

Basado en los estándares de calidad de Ponte (2008), se diseñó un protocolo, para evaluar el tipo de intervención que se realizó en cada caso presentado, y como instrumento se presenta a continuación el modelo de rejilla utilizado, en cada uno de los niveles:

No.	Indicador	Si cumple	No cumple
1	El PIAT contempla la estimulación global, la psicomotricidad, la logopedia y la fisioterapia de forma individual o en pequeño grupo.		
2	El PIAT contempla la aportación precoz y educación en el uso de ayudas técnicas para sustituir o amplificar las limitaciones en la visión, la audición y la movilidad.		
3	El PIAT contempla la adquisición de las habilidades adaptativas y funcionales que facilitan la participación del niño en las rutinas y contextos ordinarios de vida.		
4	Las medidas son gratuitas y se dispensan en tiempo y lugar adaptado a las necesidades del niño y su familia.		
5	El PIAT plantea, cuando es necesario, la eliminación de barreras la adaptación del entorno familiar, educativo y comunitario para facilitar el acceso y participación del niño. En ese punto se incluye el transporte especial adaptado		
6	El PIAT plantea, cuando es necesario, la eliminación de barreras la adaptación del entorno familiar, educativo y comunitario para facilitar el acceso y participación del niño. En ese punto se incluye el transporte especial adaptado		
7	Se revisan periódicamente los acontecimientos de la historia personal, los cambios en la situación del niño en cada contexto de vida y su nivel general de desarrollo en las distintas áreas.		
8	La revisión se realiza al 100% de los niños cada tres meses por dos profesionales, de los que uno será el coordinador y anualmente por el equipo interdisciplinario.		

9	Los resultados tanto periódicos como anuales se someten a consideración de la familia en una entrevista de orientación.		
10	La revisión en un formulario normalizado en el que se anotan los cambios entre controles sucesivos.		

Tabla II. Nivel 1. Niño

Instrumento del (nivel 1, niño) con 10 indicadores utilizados en el levantamiento de la información de los cuatro casos. Con el cual se analizaba la estimulación global del niño, ayudas técnicas, adquisición de habilidades adaptativas y funcionales, la gratuidad de los servicios, la eliminación de las barreras, la inclusión social, desarrollo del niño en distintas áreas, revisión al 100% de los niños por un equipo interdisciplinario, resultados a consideración de la familia.

INSTRUMENTO DE ANALISIS DE INDICADORES DE CALIDAD

No.	Indicador	Si cumple	No cumple
1	La estructura organizativa define las unidades de: Dirección, intervención y formativa con orientaciones claras de acentuación y descripción de los puestos de trabajo.		
2	Todas las unidades cuentan con los recursos de espacio y equipamiento apropiados a las tareas que realizan.		
3	El equipo técnico cuenta con la calificación óptima para el desempeño de las tareas de sus puesto de trabajo y del CDIAT en general		
4	Las políticas de selección de personal se basan en criterios de formación y experiencia profesional adecuadas.		
5	El rendimiento del equipo técnico se evalúa periódicamente.		
6	El equipo directivo proporciona orientación, motivación y liderazgo efectivo y ético. También se ocupa de facilitar el diálogo y los espacios de reunión entre los miembros directivos y del personal técnico.		

7	Una descripción detallada de las fuentes de financiación externa e interna y de los procesos de gasto está a disposición de la plantilla, usuarios y proveedores.		
8	Se realizan auditorías financieras de forma regular, así como memorias anuales sobre el desarrollo del programa.		
9	Existe un Plan de seguridad y Prevención de Accidentes, tanto para profesionales como para los usuarios, niños y familiares.		
10	El Plan de Evacuación esta supervisado por los servicios de seguridad autorizados.		
11	Hay un catálogo completo de servicios y programas a disposición de los usuarios.		
12	Existen cauces organizados que permiten a los usuarios hacer llegar sus demandas así como información sobre las agencias a donde pueden derivar sus reclamaciones.		
13	Se promueven acuerdos con otras agencias y servicios para facilitar la cooperación y agilidad de las derivaciones.		
14	El CDIAT promueve programas de base comunitaria dirigidos a la población en edad fértil para la mejorar la planificación familiar, la educación a futuros padres y la calidad de los servicios de primera infancia.		
15	El CDIAT promueve programas de base comunitaria dirigidos a la mejora de las redes socioeducativas.		

Tabla III. Nivel 2. Centro

Instrumento del (Nivel 2, centro) utilizado en el levantamiento de información tanto de los centros públicos, semi-privados y privados, con 15 indicadores, con los cuales se analizaba la estructura organizativa del centro, su estructura física, la seguridad y prevención de accidentes, el equipo directivo, ejecutivo y disciplinario, acuerdos con otras agencias, servicios y programas al servicio de los usuarios, detalle

de las fuentes financieras, así como las auditorías y la promoción de programas de base comunitaria.

INSTRUMENTO DE ANALISIS DE INDICADORES DE CALIDAD

No.	Indicador	Si cumple	No cumple
1	El proyecto de actividades recoge información general sobre los recursos personales y materiales con los que va a contar el programa, información sobre la previsión de población a atender, organigrama, horario y calendario de actividades. También sus objetivos y los responsables del desarrollo del programa.		
2	La evaluación externa se realiza sobre todos los niveles contemplados en el programa: el niño y el centro, en un periodo que no excede los tres años. Realizada por profesionales acreditados.		
3	Existe un plan de formación, propuesto y aprobado por todos los profesionales.		
4	La formación abarca ámbitos específicos e interdisciplinarios.		
5	Existe una dotación económica para el plan de formación del centro.		
6	Las encuestas se realizan con total protección del anonimato.		
7	Las encuestas están escritas en lenguaje fácilmente accesible para todas las familias.		
8	La encuesta se dirige a aspectos como: » Participación de la familia » Calidad de vida » Efectividad de la AT » Trabajo en equipo y cooperación interinstitucional		

Tabla iv. Nivel 3. Programa de Atención Temprana Instrumento del (Nivel 3, programa) utilizado para analizar el programa de Atención temprana, con 8 indicadores, con los cuales se analizaba los procedimientos utilizados en los

tratamientos, los recursos humanos y materiales, los objetivos y la población a atender, los responsables del desarrollo del programa, los niveles contemplados en el programa, formación de los profesionales y la dotación de presupuesto, así como las diferentes encuestas interna y externas al programa.

RESULTADOS

Los niveles descritos, como son el nivel 1- niño, el nivel 2- centro y el nivel 3- programa, han sido delimitados de los 5 niveles propuestos por Ponce (2008), tomando en cuenta los niveles de desarrollo en todos los ámbitos de la República Dominicana, en comparación con los niveles de desarrollo de España, estos resultados muestran que todavía se interviene al niño discapacitado o con algún trastorno del desarrollo, desde el Modelo Clínico Rehabilitador que solo va dirigido al niño, y ya en el actual siglo XXI se interviene desde el Modelo Psicopedagógico, que va dirigido al niño, a la familia y a la comunidad (Gutiérrez, 2005).

Los indicadores de calidad utilizados en el análisis de los niveles estudiados en de cada caso muestran que en el nivel 1, niño: Las medidas no son gratuitas y no se dispensan en tiempo y lugar adaptados a las necesidades del niño y su familia. Todavía no se han eliminado las barreras para una mejor adaptación del niño discapacitado a su entorno familiar, educativo y comunitario. El programa de A. T. no promueve la inclusión del niño en los entornos ordinarios de vida. En el nivel 2, centros: Las diferencias en los diferentes centros públicos, semi-privados y privados están en la conformación de un adecuado equipo interdisciplinario, preparado y bien formado, que el privado muestra tal deficiencia. Los centros privados no pertenecen a redes de Atención Temprana, con relación a programa de base comunitaria, mientras que en los centros públicos y semi-privados sí. En el nivel 3, programa: Aquí las deficiencias se dan en los tres tipos de centros en cuanto a la evaluación externa, contar con un presupuesto para el plan de formación de los profesionales y el acceso a las informaciones que arrojan las encuestas que realizan dichos centros.

Se confirma que los niños y las niñas menores de 3 años, sobre todo aquellos que no están recibiendo servicios formales en sus comunidades, quedan "invisibles", tanto para las iniciativas de investigación como para las intervenciones dirigidas a mejorar la calidad de vida de este grupo poblacional en el país. (CENISMI/ UNICEF-RD, 2011)

DISCUSIÓN Y CONCLUSIÓN

"En la República Dominicana existe una gama de iniciativas, programas y servicios de atención directa a niños y niñas de 0-5 años, que constituyen una respuesta progresiva, pero aún incompleta a requerimientos de atención, cuidado y

educación a la primera infancia”. UNICEF/ RD. La Atención Temprana es considerada como el primer paso del proceso educativo. Esta dimensión educativa frente a lo meramente asistencial, sitúa el proceso de intervención como algo dinámico y continuo en la vida de las personas, y no como intervenciones puntuales según la etapa evolutiva, Minusval (2003). Es por ello que se propone aumento de los centros de atención a la primera infancia en Atención Temprana, que exista una Red de Centros y que todos manejen el mismo Programa de Intervención en Atención Temprana (PIAT). Que los servicios psicoeducativos y medidas sean gratuitas a la primera infancia. Eliminar las barreras en la adaptación del entorno familiar, educativo y comunitario facilitando el acceso y la participación del niño con discapacidad, y que el PIAT promueva la inclusión del niño en los entornos ordinarios de vida. Que los modelos de intervención se ajusten a las buenas prácticas de atención y a los programas de Atención Temprana del siglo XXI, como los propuestos por el IMSERSO Y EL FIAPAS, en España.

En conclusión, la Atención Temprana se caracteriza por ser fundamentalmente planificada, basada en una evaluación previa, sistemática y secuencial. Se aplica entre los cero y seis años de edad, aunque hay una mayor incidencia en la primera mitad, es decir, entre los cero y los tres años de edad. Basada fundamentalmente en Neurología Evolutiva, Pedagogía, Psicología Evolutiva y de la Conducta. La Pedagogía junto con la Psicología de la Conducta, sirven de soporte teórico a la metodología utilizada en los programas de la A. T., basados en los Modelos de Intervención Educativa. Se siguen realizando esfuerzos, continuos y dinámicos, para llegar a los modelos actualmente utilizados en Europa. Como los propuestos por el IMSERSO, El Libro Blanco del GAT, la Agencia Europea de Atención Temprana (European Agency for Development in Special Needs Education, 2005), que sirven como marco de referencia, y se están convirtiendo en estándares de calidad en el actual siglo XXI, para este tipo de programas. Abogamos por que este tipo de investigación tenga la importancia y prioridad que amerita, ya que con ello favorecemos a la educación inclusiva, siendo una tarea del docente, de la familia, del centro pedagógico y de la comunidad. Que no se detenga la avalancha de conocimientos sobre el mismo, falta mucho por saber. ☞

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Acedo, A. y Col. (2008). “Por una educación para todos que sea inclusiva: ¿Hacia dónde vamos ahora?” en *Perspectivas*, (San Luis Potosí) Vol. xxxviii, n° 1, marzo.
- Ainscow, M. y Echeita, G. (2011). “La Educación inclusiva como derecho. Marco de referencia y pautas de acción para el desarrollo de una revolución pendiente”. ISSN-e 1988-8430, N° 12.
- Bermejo, A. (2012). “Ayudas para la marcha en la parálisis cerebral infantil” en *Revista Internacional de Ciencias Podológicas* (España). Vol. 6, núm. 1,9-24.
- Bobath, K. (2001). *Base neurofisiológica para el tratamiento de la parálisis cerebral*. Buenos Aires: Panamericana.
- Camacho, A. (2007). *Registro de Parálisis Cerebral en el Área 11 de la Comunidad Autónoma de Madrid: Patrones de afectación neurológica y discapacidad*. Tesis de la UCM. Madrid.
- Conani (2011). Lineamientos de Políticas Públicas a favor de la Infancia enmarcadas en el cumplimiento de la Estrategia Nacional de Desarrollo. 33 aniversario del CONANI. República Dominicana.
- De España, J.C.I.R. (2006). LEY 39/2006, de 14 de diciembre, de promoción de la autonomía personal y atención a las personas en situación de dependencia. (BOE, 15-12), Decimotercera enmienda.
- GAT, Grupo de Atención Temprana (2000). *Libro Blanco de Atención Temprana*. Real Patronato de Prevención y de Atención a Personas con Minusvalía: Madrid.
- GENYSI, Grupo de Estudios Neonatológicos y Servicios de Intervención (2013). IV Reunión Interdisciplinaria sobre Discapacidades/ Trastornos del Desarrollo y Atención Temprana. Hospital San Carlos, Madrid.
- Gutiérrez, P. (2005). *Atención Temprana, prevención, detección e intervención en el desarrollo (0-6) y sus alteraciones*. Madrid: Complutense, Madrid.
- Illingworth, R. (1983). *El desarrollo infantil en sus primeras etapas, normal y patológico*. Barcelona: Médica y Técnica S.A.
- Levit, S. (1982). *Tratamiento de la parálisis cerebral y del retraso motor*. Buenos Aires: Medica Panamericana.
- Levit, S. (2002). *Tratamiento de la parálisis cerebral y del retraso motor*. Madrid: Medica Panamericana.
- Millá, M. G. (2003). “La calidad en Atención Temprana” en *Revista Minusval*, (España). No. 3. Marzo.
- Ministerio de Educación (1997). “LEY 66-97”. Sobre Educación en República Dominicana.
- Ministerio de Educación (2008). “Ordenanza 04-2008”. Organización de los centros de educación especial. Ministerio de Educación de la República Dominicana.

- Ministerio de Salud Pública (2000). "Ley 42-00". Sobre Discapacidad. República Dominicana.
- Ponte, J. (2008). *Guía de estándares de calidad en Atención Temprana*. Real Patronato sobre Discapacidad: Madrid.
- Rosoli, A. (2011). *Estrategia de Atención Temprana en centros de educación especial: Manual de Funcionamiento*. España: Ministerio de Educación de España/ Ministerio de Educación República Dominicana. Secretaría General Técnica.
- UNESCO (1994). *The Salamanca Statement and Framework for Action on Special Needs Education*. Salamanca: UNESCO.
- UNESCO (1997) *International Consultation on Early Childhood Education and Special Educational Needs*. París: UNESCO.
- UNESCO (2001). *The open file on inclusive education [Temario Abierto sobre Educación Inclusiva]*. París: UNESCO.
- UNESCO (2007). *Informe de seguimiento de la EPT en el Mundo. Bases sólidas: Atención y Educación de la Primera Infancia*. París: UNESCO.
- UNESCO (2008). *Educación para Todos en 2015 ¿Alcanzaremos la meta?*. París: UNESCO.
- Vergara D. G. (2011). "Eficacia del método de los institutos para el logro del potencial humano (Doman-Delacato) en pacientes con parálisis cerebral infantil" en *Rehabilitación* (Madrid) 2011. Doi:10.1016/j.rh.2011.03.023.
- VOJTA, V. (2005) *Alteraciones motoras cerebrales infantiles*. Madrid: Morata.
- Web Consultadas
- Atención Temprana en Europa (2014). Disponible en: [www.jcyl.es/.../AT%20en%20europa%20\(recomendaciones\).pdf](http://www.jcyl.es/.../AT%20en%20europa%20(recomendaciones).pdf). Consultado el 24 de septiembre de 2014.
- Centro Nacional de Investigación en Salud Materno Infantil Dr. Hugo Mendoza (2013). Disponible en: <http://www.cenismi.org/>. Consultado el 22 de abril de 2013.
- Educación y atención a la primera infancia en Europa: un Medio para reducir las desigualdades sociales y culturales (2009). Disponible en: http://eacea.ec.europa.eu/education/eurydice/documents/thematic_reports/098ES.pdf. Consultado el 17 de julio de 2013.
- Grenier, María Elena (2104). Estimulación temprana reto siglo XXI. Disponible en: http://www.oei.es/inicial/articulos/estimulacion_temprana_reto_siglo_xxi.pdf. Consultado el 24 de agosto de 2014.
- Instituto para el Desarrollo y la Innovación Educativa/ República Dominicana (2014). Disponible en: <http://www.idiedominicana.org>. Consultado el 22 de mayo de 2014.
- Ministerio de Educación de la República Dominicana. Biblioteca Virtual Salomé Ureña (2013). Disponible en: <http://sitios.educando.edu.do/biblioteca/>. Consultado en abril de 2013.
- UNESCO (2005). Guidelines for inclusión: Ensuring Access to Education for All . Disponible en: <http://unesco.org/education/inclusive>. Consultado el 27 de noviembre de 2014.
- UNICEF / República Dominicana (2014). Supervivencia y desarrollo infantil. Disponible en: http://www.unicef.org/republicadominicana/health_childhood_18375.htm. Consultado el 10 de mayo de 2014.
- Universidad Autónoma Metropolitana (2014). La Educación inclusiva como derecho. Marco de referencia y pautas de acción para el desarrollo de una revolución pendiente. Disponible en: uam.es/personal_pdi/stmaria/sarrio/DOCUMENTOS,%20ARTICULOS. Consultado el 27 de noviembre de 2014.
- Universidad de Murcia (2013). evaluación del niño en Atención Temprana. Disponible en: webs.um.es/fags/atencion-temprana/documentos. Consultado el 16 de junio de 2013.