



FACULDADE DE CIENCIAS DA EDUCACIÓN

TRABAJO FIN DE GRADO EN PEDAGOGÍA

CURSO ACADÉMICO 2014 - 2015

EL PROCESO DIAGNÓSTICO EN ATENCIÓN TEMPRANA

M^a BLANCA GAREA GESTAL

TUTORA: ELENA FERNÁNDEZ REY

SANTIAGO DE COMPOSTELA

JULIO 2015



FACULTADE DE CIENCIAS DA EDUCACIÓN

TRABAJO FIN DE GRADO EN PEDAGOGÍA

CURSO ACADÉMICO 2014 - 2015

O PROCESO DIAGNÓSTICO EN ATENCIÓN TEMPERÁ

EL PROCESO DIAGNÓSTICO EN ATENCIÓN TEMPRANA

THE DIAGNOSTIC PROCESS IN EARLY CHILDHOOD

INTERVENTION

M^a BLANCA GAREA GESTAL

TUTORA: ELENA FERNÁNDEZ REY

SANTIAGO DE COMPOSTELA

JULIO 2015

AUTORIZACIÓN DO TITOR/A PARA A DEFENSA DO TFG

DATOS DA TITULACIÓN	
TITULACIÓN	GRAO EN PEDAGOXÍA
CURSO ACADÉMICO	2014/2015

DATOS DO/A ALUMNO/A	
APELIDOS E NOME	GAREA GESTAL, Mª BLANCA
DNI	79322512C

TITULO DO TFG	
EL PROCESO DIAGNÓSTICO EN ATENCIÓN TEMPRANA	

DATOS DO/A TITOR/A	
APELIDOS E NOME	FERNÁNDEZ REY, ELENA
DEPARTAMENTO	Métodos de Investigación e Diagnóstico en Educación (MIDE)

como titor/a do TFG que figura máis arriba, declara que o traballo reúne os requisitos académicos suficientes e autoriza a súa defensa pública ante o tribunal correspondente na convocatoria de referencia, de acordo coa normativa de TFG e TFM aprobada polo Consello de Goberno do 2 de maio de 2013 e o Regulamento de TFG da Facultade de Ciencias da Educación aprobado polo Consello de Goberno de 21 de maio de 2014 que establece no artigo 11 o dereito do alumnado á propiedade intelectual do traballo.

Santiago de Compostela a 3 de xullo de 2015

(sinatura do titor/a)

Índice

Introducción.....	1
1. Aproximación conceptual	4
2. Marco normativo.....	11
3. Proceso de Diagnóstico.....	14
3.1. Objetivos.....	14
3.2. Áreas y fases.....	14
3.3. Protocolo de coordinación, intervención y derivación interinstitucional en Atención Temprana.....	16
3.4. Técnicas e instrumentos.....	20
4. La atención a la familia en el proceso diagnóstico.....	21
Conclusiones.....	23
Referencias bibliográficas.....	25

Anexos

- I. Documentos seleccionados en las bases de datos consultadas
- II. Legislación más relevante en Atención Temprana
- III. Recursos/servicios de Atención Temprana en Galicia
- IV. Pruebas de evaluación infantil aplicadas en Atención Temprana disponibles en el catálogo del Servicio de Recursos Psicopedagógicos

RESUMEN

En este Trabajo Fin de Grado, perteneciente a la modalidad de iniciación a la investigación documental, se pretende realizar una aproximación conceptual a la Atención Temprana y a su proceso diagnóstico, desde un punto de vista interdisciplinar, enfatizando el enfoque pedagógico. Se exponen los referentes normativos a nivel internacional, nacional y autonómico, en el marco de los tres ámbitos implicados: educación, servicios sociales y sanidad. Se explicitan las áreas, fases, técnicas, instrumentos y el modelo metodológico común del proceso en Galicia –de carácter bio-psico-social-. Se resalta la atención a la familia en el diagnóstico.

Palabras clave: Atención Temprana, Diagnóstico, Educación Infantil, Familia, Pedagogía

RESUMO

Neste Traballo Fin de Grao, pertencente á modalidade de iniciación á investigación documental, preténdese realizar unha aproximación conceptual á Atención Temprá e ao seu proceso diagnóstico, dende un punto de vista interdisciplinar, resaltando o enfoque pedagóxico. Expóñense os referentes normativos a nivel internacional, nacional e autonómico, no marco dos tres ámbitos implicados: educación, servizos sociais e sanidade. Expóñense as áreas, fases, técnicas, instrumentos e o modelo metodolóxico común do proceso en Galicia -de carácter bio-psico-social-. Resáltase a atención á familia no diagnóstico.

Palabras clave: Atención Temprá, Diagnóstico, Educación Infantil, Familia, Pedagogía

ABSTRACT

In this Final Project to Degree, belonging to the mode of initiation to the documentary research, is intended to perform a conceptual approach to the early childhood intervention and to the diagnostic process, from an interdisciplinary point of view, emphasizing the pedagogical approach. It Outlines the normative references to international, national and regional level, within the framework of three areas involved: education, social services and health care. It Identifies the areas, phases, techniques, instruments, and common methodological model of the process in Galicia - bio-psycho-social-. It highlights the attention to the family in the diagnosis.

Keywords: Early childhood intervention, Diagnosis, Childhood Education, Family, Pedagogy

Introducción¹

La Atención Temprana (en adelante AT) es una disciplina relativamente reciente que tiene como base de conocimiento aportaciones del campo de la Pedagogía, Neurología, Psicología, Pediatría, Educación Social o Logopedia, entre otras. El interés por explicar el proceso biopsicosocial que constituye la evolución humana, las reúne a todas ellas en torno a la AT, por lo que, globalidad e interdisciplinariedad serán dos de las características que más se repitan en este análisis.

Actualmente, la AT contempla todas aquellas intervenciones enfocadas a la mejora del desarrollo infantil dentro del grupo poblacional de 0 a 6 años, independientemente de que formen parte de un colectivo de riesgo o no, de ahí su gran relevancia social.

Los primeros años de vida del niño, influyen de manera crucial su desarrollo cognitivo, motriz, lingüístico, afectivo y social determinará su autonomía. Este desarrollo integral en todos los ámbitos está directamente vinculado al proceso madurativo del sistema nervioso, en el cual, la plasticidad cerebral en la primera infancia juega un importante papel.

Rico (2013, p. 12) señala que se estudian las alteraciones y trastornos del desarrollo con el objetivo de “garantizar la igualdad de oportunidades e intentar que el trastorno tenga las mínimas consecuencias para la persona y ésta pueda llegar a conseguir una vida lo más plena y autónoma posible”.

El proceso de formación realizado durante el Grado en Pedagogía ha abierto el camino a descubrir y profundizar en las Dificultades del Aprendizaje, la Psicología del Desarrollo, la Educación Especial, la Psicología Social, los Contextos Educativos o el Diagnóstico Pedagógico, entre otras. Mención especial merece la materia de Practicum II. Perspectiva Profesional en Pedagogía, que en mi caso particular se ha desarrollado en un Servicio de Atención Temprana (SAT). Todas ellas, forman parte del plan de estudios de dicho Grado y guardan una importante relación con los contenidos desarrollados a lo largo de este trabajo.

Entre las competencias vinculadas a esta titulación destacan:

- Tener capacidad para analizar las diversas realidades en las que se desempeña su labor profesional de los/as pedagogos/as, tanto en términos diagnósticos como prospectivos.

¹ A lo largo de todo el trabajo se emplearán los genéricos “niño”, “hijo” o “padres” con el objetivo de facilitar la lectura. Sin embargo, cabe destacar que no se pretende utilizar un lenguaje sexista, por lo que dichos términos harán referencia a las niñas y los niños, las hijas y los hijos y las madres y los padres.

- Adaptar y aplicar los fundamentos académicos y científicos de Pedagogía a dichas realidades.
- Diagnosticar las necesidades educativas de desarrollo de las personas.
- Identificar problemas educativos e indagar sobre ellos para posibilitar propuestas de mejora en la práctica educativa.

Los objetivos de este trabajo son: realizar una aproximación conceptual a la AT, describir las fases/etapas del diagnóstico, identificar algunos de los instrumentos utilizados en AT disponibles en el Servicio de Recursos Psicopedagógicos (SRP) de esta Facultad y destacar la importancia de la familia en todo este proceso. Al mismo tiempo, de manera transversal, otro de los objetivos es destacar el papel de los/las pedagogos/as en este contexto.

En lo que respecta a la metodología empleada para la realización de este trabajo, responde a la modalidad de iniciación a la investigación documental. El proceso de búsqueda, selección y organización de información se dividió en dos partes:

En primer lugar, se revisaron los aspectos teóricos existentes sobre AT y el proceso diagnóstico: aproximación conceptual, evolución del término, definiciones, características o normativa, entre otros. Esta revisión se realizó a través de manuales de referencia y de bases de datos como DIALNET o IACOBUS, introduciendo diferentes descriptores (ver anexo I), con el objetivo de localizar investigaciones, artículos de revista y tesis recientes.

A continuación se llevó a cabo la lectura, análisis, comparación y redacción del TFG. En esta fase se realizó la selección de la información encontrada y la ampliación de la búsqueda con nuevas aportaciones.

Posteriormente, la búsqueda se centró en el proceso diagnóstico en AT y en el protocolo de intervención existente en Galicia. Para ello se utilizaron algunos de los manuales pertenecientes a la primera búsqueda, materiales nuevos incluidos en la bibliografía de estos y documentación facilitada por diferentes instituciones (Consellería de Cultura, Educación e Ordenación Universitaria, Asociación Galega de Atención Temprana – AGAT-).

Los criterios de selección aplicados a la información recabada respondían al coste, al carácter clínico de su temática y a la fecha de publicación:

- Coste: todos los documentos utilizados se obtuvieron de forma gratuita a través de bibliotecas o de internet.
- Carácter clínico: se excluyó la documentación que contenía exclusivamente información de carácter clínico, a excepción de la que especificaba la tipología del

diagnóstico. Sí se tomaron en consideración documentos que, aún siendo de origen clínico, aportaban perspectivas holísticas y/o interdisciplinarias.

- Fecha: este criterio se tuvo en cuenta para los artículos de revista, con la finalidad de actualizar los contenidos de los manuales. En este caso, se aplicó un nuevo filtro de búsqueda, que se correspondía con las publicaciones de los 2005 a 2014. Se intentó que fuesen lo más actualizadas posible, pero se valoró la inclusión de bibliografía anterior para ver la evolución del término AT.

Esta revisión bibliográfica permitió identificar a los autores más relevantes, localizar las investigaciones recientes, los aspectos comunes y diferencias que abordan los expertos y los temas que requieren mayor investigación.

El trabajo se encuentra estructurado en 4 partes:

En la primera, se pretende ofrecer una visión general de los aspectos teórico-conceptuales de la AT. En la segunda, se expone la evolución del marco normativo en paralelo con los cambios sociales. El tercer apartado se centra en el proceso diagnóstico en AT: objetivos, áreas, fases, técnicas, instrumentos y el actual *Protocolo de coordinación, intervención y derivación institucional en Atención Temprana*. El cuarto punto se centra en la atención a la familia durante dicho proceso.

Para finalizar, se recogen una serie de conclusiones, las referencias bibliográficas empleadas y anexos que complementan la información facilitada en el texto.

1. Aproximación conceptual

Las raíces filosóficas y prácticas de la Atención Temprana (en adelante AT) emergen de variedad de filósofos europeos pertenecientes a los siglos XVII y XVIII, como Comenius, Locke o Rousseau, los cuales incidieron de manera progresiva en la importancia de la educación temprana de la infancia.

La aproximación conceptual del presente trabajo se remonta a la segunda mitad del siglo XX, en concreto, a partir de los años sesenta. Será a partir de este momento cuando comience a hablar de la AT como una “práctica intencionada” (Gutiez y Ruiz, 2012, p. 107).

Desde sus inicios, la AT ha generado cierta controversia, debido a la variedad de disciplinas científicas en las que se fundamenta. Mulas y Millá (2002) sitúan el origen de la AT en investigaciones de la Neurología, de la Psicología del desarrollo y del aprendizaje, la Pedagogía, la Lingüística, la Pediatría o la Psiquiatría.

Gómez y Viguer (2003) amplían estos antecedentes con los servicios de salud materno-infantiles y las investigaciones sobre el desarrollo del niño. Mientras que Rico (2013) añade, a estas aportaciones históricas, el desarrollo de la educación infantil temprana y la evolución de las técnicas de educación especial.

A lo largo de estas décadas, tanto el concepto como la propia praxis han sufrido una gran evolución, en la que destacan tres etapas (Gómez y Viguer, 2003):

- **Etapla inicial:** la década de los sesenta en EEUU supuso el inicio y la expansión de la AT, con una gran inversión en programas dirigidos a poblaciones en riesgo social.
- **Etapla de consolidación:** entre los años setenta y ochenta, en la cual se ampliaba el ámbito de actuación a niños y niñas con Necesidades Educativas Especiales (NEE), lo que se exigía una especialización de los profesionales pertenecientes a esa área de conocimiento. Durante esta época, las investigaciones se centraron en evaluar los efectos provocados por la aplicación de esos programas.

El informe Warnock, publicado en 1978, influyó en gran medida en los cambios posteriores efectuados en el campo de la Educación Especial. En el texto se recomendaba la intervención temprana para adquirir conductas que resultaban inalcanzables de manera natural, al tiempo que se ampliaban los conceptos de Educación Especial y Necesidades Educativas Especiales.

Será a finales de los años 80 cuando se comience a valorar extender el radio de acción a los padres y madres, e incluso a la totalidad de contextos donde el niño se desarrolla.

- **Etapas de reconceptualización:** en la cual se reorganizan los servicios (años 90). Es en esta última etapa donde surgen los modelos colaborativos entre profesionales, la cooperación como medida para evitar intervenciones aisladas, en definitiva, un enfoque interdisciplinar.

Por otra parte, Guralnick establece en su obra *The effectiveness of early intervention* (1997), la división de la investigación en AT en dos etapas. La primera de ellas comprende los estudios realizados hasta 1986, en los cuales se reconoce la necesidad y adecuación de la AT. En la segunda etapa, se pretende dar solución a los problemas metodológicos detectados en la anterior, por lo que está enfocada hacia la efectividad de los diversos programas de intervención desde un punto de vista multidisciplinar.

Así pues, lo que comenzó siendo una actividad de carácter asistencial, rehabilitadora y compensatoria, ha ido evolucionando hasta convertirse en un modelo preventivo (Gutierrez, 2005). Tal y como se recoge en el *Libro Blanco de Atención Temprana* (GAT, 2000), las actuaciones dirigidas a alcanzar dicha prevención se concretan en tres niveles:

- **Prevención Primaria:** cuyo objetivo es evitar las condiciones que favorezcan la aparición de trastornos en el desarrollo infantil. Está dirigida a toda la población.
- **Prevención secundaria:** tiene por objetivo la detección y diagnóstico precoz de los trastornos del desarrollo y de situaciones de riesgo.
- **Prevención terciaria:** una vez diagnosticado el problema, este nivel de prevención recoge las actuaciones dirigidas a minimizar sus efectos.

La prevención realizada en AT ante posibles retrasos en el desarrollo, produce importantes efectos en la población de riesgo (Guralnick, 1997). Por ello, la AT no tiene un carácter exclusivamente rehabilitador, sino que atiende a aspectos educativos, médicos, psicológicos y por supuesto, al entorno familiar.

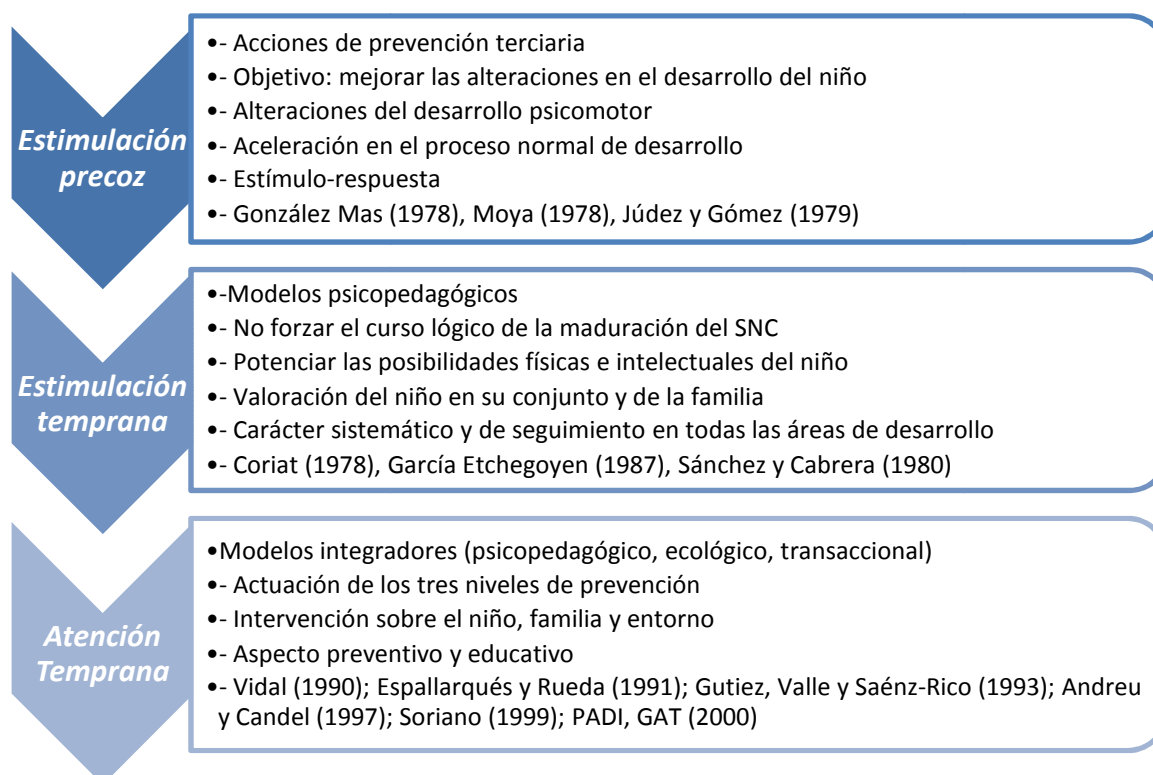
La evolución de los modelos de intervención ha transitado desde un enfoque médico-rehabilitador, centrado en aspectos biológicos; o de un modelo conductual hasta modelos integradores, basados en programas de intervención temprana dirigidos al niño, a su familia y al entorno (Millá-Romero y Mulas, 2002; Vidal, 2007). Modelos orientados hacia las competencias comunicativas y sociales, frente a la prevalencia de las motrices y cognitivas (Guralnick, 2005).

Perera (2011) señala como modelos teóricos más influyentes en los nuevos enfoques: *La Teoría de los Sistemas Ecológicos* de Bronfenbrenner (1979), *El Modelo Transaccional* de Sameroff y Chandler (1975) y la *Teoría sobre modificabilidad cognitiva* de Feuerstein (1980).

La clasificación de Andrés y Guinea (2012), amplía a seis la base modelos de actuación en la que se ubican los actuales programas de intervención, todos ellos, centrados en la familia: el *Modelo Sistémico*, el *Modelo Ecológico*, el *Modelo Transaccional*, el *Modelo evolutivo-educativo*, el *Modelo de los constructos personales* y el *Modelo de la valoración cognitiva*.

En lo referente a la definición de la AT, los conceptos empleados a lo largo del tiempo han ido variando: *estimulación precoz*, *estimulación temprana*, *intervención temprana* o *atención temprana*. En la figura 1 se expone, de manera sintética, la evolución de dichos conceptos.

Figura 1. Evolución del concepto desde *Estimulación Precoz* hasta *Atención Temprana*



Fuente: adaptado de Gutiez (2005) y Rico (2013)

Dicho de otro modo, la evolución del sujeto desde la *Estimulación Precoz* hasta la *Atención Temprana* se ha desarrollado del siguiente modo:

- Se comenzó realizando un tratamiento de la **patología principal**.
- Posteriormente, se pasó al tratamiento precoz de las **diferentes patologías** del niño

- El cambio fundamental se produjo cuando el niño se convierte en el centro de atención: **atención precoz al niño** que presenta discapacidades o disfunciones.
- La ampliación del radio de actuación, con la atención precoz al niño que presenta discapacidades o disfunciones **y a su familia**, supuso el siguiente avance.
- Finalmente, se señala un enfoque mucho más amplio, que se corresponde con la concepción ecológica actual de la Atención Temprana: atención precoz al niño que presenta discapacidades o disfunciones, a su familia **y a su entorno (atención a la comunidad)**.

Con el fin de unificar criterios y constituir un marco de referencia conceptual, el Grupo de Atención Temprana crea el *Libro Blanco de Atención Temprana*. En él se recoge, de manera consensuada por los profesionales de este ámbito, la siguiente definición del término AT:

(...) el conjunto de intervenciones, dirigidas a la población infantil de 0-6 años, a la familia y al entorno, que tienen por objetivo dar respuesta lo más pronto posible a las necesidades transitorias o permanentes que presentan los niños con trastornos en su desarrollo o que tienen el riesgo de padecerlos. Estas intervenciones, que deben considerar la globalidad del niño, han de ser planificadas por un equipo de profesionales de orientación interdisciplinar o transdisciplinar (GAT², 2000, p. 12).

El Decreto 183/2013, por el que se crea la Red gallega de atención temprana la define como:

(...) un conjunto de intervenciones dirigidas a la población infantil de 0 a 6 años, a su familia y a su entorno, y que tiene por objetivo dar respuesta lo antes posible a las necesidades transitorias o permanentes que presentan los niños y las niñas con trastornos en el desarrollo o en riesgo de padecerlos, para facilitar el desarrollo de su autonomía personal y la inclusión social.

Los **principios básicos** de la Atención Temprana recogidos en el Libro Blanco (GAT, 2001) son:

- Diálogo, integración y participación, cuyo objetivo es fomentar la colaboración entre las familias, los profesionales y la sociedad.
- Gratuidad, universalidad e igualdad de oportunidades: ofertar el servicio con independencia del lugar de nacimiento y recursos económicos.
- Interdisciplinariedad y alta cualificación profesional en los equipos de trabajo

² El Grupo de Atención Temprana (GAT) engloba al conjunto de asociaciones de profesionales de la AT pertenecientes a las Comunidades Autónomas, actualmente denominada Federación Estatal de Asociaciones Profesionales de Atención Temprana.

- Coordinación: un registro común que disponga de la información diagnóstica.
- Descentralización: que permita atender al niño en su zona de residencia.

El **objetivo principal** de la AT es, en palabras de Buceta (2011, p. 20) “favorecer el desarrollo y el bienestar del niño y su familia, posibilitando de la forma más completa su integración en el medio familiar, escolar y social, así como su autonomía personal”.

Consultados diferentes autores (GAT, 2000; Gutiez y Ruiz, 2012) los objetivos más destacados son:

- Reducir los efectos de las deficiencias o de los factores de riesgo, así como los déficits secundarios asociados.
- Optimizar el curso del desarrollo del niño.
- Introducir los mecanismos necesarios de compensación y adaptación a sus necesidades específicas.
- Solventar las necesidades de la familia y el entorno en el que vive el niño.
- Considerar al niño como sujeto activo de la intervención.

No cabe duda de que, para alcanzar los objetivos anteriormente mencionados, se necesita disponer de una valoración precisa del caso. De ahí la importancia del diagnóstico, definido por Lozano y Cañete (2006, p. 297) como “un conjunto de síntomas y características que presenta una persona y que determina un peculiar desenvolvimiento con su entorno”.

En función a la tipología de la información recogida, se consideran tres niveles en el diagnóstico de los trastornos del desarrollo (GAT, 2001):

- El **diagnóstico funcional** recoge la información básica relativa a los trastornos o disfunciones que presenta el niño, sus capacidades y las interacciones con los diversos contextos en los que se desarrolla. Este nivel es elemental para la concreción de objetivos y estrategias de intervención.
- El **diagnóstico sindrómico** comprende el conjunto de signos y síntomas que definen una determinada patología, sirviendo de orientación hacia el ámbito en que se debe profundizar para obtener más información.
- El **diagnóstico etiológico** facilita información sobre las causas de los trastornos o síndromes identificados, entre las que se deben valorar múltiples factores contextuales, biológicos, educativos y psicológicos.

Robles y Sánchez (2011) manifiestan que ante la necesidad de consensuar unos criterios específicos de diagnóstico en AT, que permitan identificar tanto los trastornos y

dificultades en el desarrollo, como los factores etiológicos que los originan, se crea la Organización Diagnóstica para la Atención Temprana (ODAT) en el año 2004.

La ODAT está organizada en varios ejes, estructurados a su vez en tres niveles (GAT, 2008):

- **Primer nivel:** describe los factores de riesgo biológico, familiar y ambiental.
- **Segundo nivel:** describe los trastornos del desarrollo del niño/a, así como las disfunciones que se pueden ocasionar en las interacciones familiares y con el entorno.
- **Tercer nivel:** describe los recursos que deberán desarrollarse en una fase posterior.

Si comparamos el punto de vista de Bugié, Pegenaute y Poch (2005) con definiciones anteriores, éste resulta más amplio, al considerar el diagnóstico como un proceso continuado que facilita información relativa a las características, riesgos, dificultades y posibilidades del desarrollo del niño. Dicha información permite optimizar los recursos y mejorar la atención al niño y su familia.

La aportación de Mulás y Millá respecto al proceso diagnóstico refleja la multitud de aspectos y dimensiones a tener en cuenta:

El proceso diagnóstico en AT es el análisis de los factores intrínsecos y extrínsecos del niño con trastorno del desarrollo o con riesgo de padecerlo, en las dimensiones biológica, psicológica y social, para la toma de decisiones sobre la intervención. [...] complementándose con el análisis que, desde la perspectiva psicológica y pedagógica, debe realizarse de los aspectos emocionales, de la percepción, de la motricidad voluntaria, de la cognición, de la comunicación, de la autonomía personal y de la capacidad de aprendizaje. También se deben analizar aspectos adaptativos y sociales, conociendo la situación familiar, las variables del contexto del niño y de su entorno social y cultural (2002, p. 32).

Ibáñez y Mudarra (2014) mantienen que debe tratarse de un diagnóstico interdisciplinar y multidimensional, analizado desde una perspectiva biopsicosocial, en colaboración con las familias. Por tanto, el diagnóstico en AT debe tomar en consideración el ámbito individual, familiar y social.

La atención temprana desde el punto de vista didáctico supone, tal y como mantiene Aranda (2008, p.109), “el estímulo de los aprendizajes que ayudarán en la prevención de dificultades y en la mejora del desarrollo del niño con discapacidades o en riesgo de padecerlas”. La evaluación inicial permite conocer sus características físicas, psicológicas, familiares, sociológicas o escolares y “ajustar la ayuda pedagógica”. Esta información se recoge por medio de informes de la familia, de los especialistas o de centros anteriores,

entre otros. En la escuela, los diarios de clase o las escalas de estimación serán, entre otros, algunos de los instrumentos que faciliten la recogida sistemática de los datos relativos a las dificultades y habilidades del niño.

Según el Protocolo de coordinación, intervención y derivación interinstitucional en atención temprana³ se entiende por trastorno del desarrollo:

Aquellas situaciones en las que como consecuencia de una alteración de las estructuras o funciones corporales, restricciones en la participación social o cualquier otro factor contextual, se produce un retraso o desviación significativos en el desarrollo de las capacidades, adquisiciones y recursos personales típicos para la edad de referencia (Xunta de Galicia, 2015, p. 5).

Dicho documento también contempla, como situaciones de riesgo de padecer un trastorno en el desarrollo, “aquellas circunstancias de vulnerabilidad evolutiva que requieren intervención por la descompensación negativa entre factores de riesgo y protección.”

Algunos de los trastornos del desarrollo presentes en AT son (GAT, 2000):

- Trastorno del desarrollo motriz
- Trastorno en el desarrollo cognitivo
- Trastorno en el desarrollo sensorial
- Trastorno en el desarrollo del lenguaje
- Trastorno generalizado del desarrollo
- Trastorno de la conducta
- Trastornos emocionales
- Trastornos en el desarrollo de la expresión somática

Según lo reflejado en el DSM-5, los trastornos anteriormente mencionados “se manifiestan normalmente de manera precoz en el desarrollo, a menudo antes de que el niño comience la escuela primaria, y se caracterizan por un déficit del desarrollo que produce deficiencias del funcionamiento personal, social, académico u ocupacional” (APA, 2014, p.31).

³ En adelante se denominará “Protocolo de AT” para facilitar la lectura

2. Marco normativo

Debido a la dificultad que implica sintetizar la normativa vinculada a la AT, puesto que pertenece a tres ámbitos diferentes y con el objetivo de facilitar su lectura, se ha decidido adjuntar una recopilación más extensa de la legislación más relevante, a nivel nacional y autonómico (ver anexo II).

Adicionalmente, se realiza una breve exposición de aquellos aspectos normativos y sociales más relevantes, entre los que se menciona, dada la importancia que tuvo en su momento, alguna legislación ya derogada.

A **nivel internacional**, existe una regulación a la que España está suscrita (GAT, 2000; GAT, 2011; Gutiez, 2005): la Declaración de los Derechos del Niño (ONU, 1959) supone un hito en el reconocimiento de 10 principios básicos para los niños; la Carta social Europea (1980) y la Convención sobre los Derechos del Niño (ONU, 1989), en la cual se determina que la familia debe facilitar al niño los cuidados necesarios para el desarrollo holístico e integral en todos los ámbitos.

El informe de la Agencia Europea para las Necesidades Educativas Especiales y la Educación Inclusiva (2005), de la que España es miembro junto con otros 25 países, identifica como características comunes de los servicios europeos de AT la disponibilidad, proximidad, asequibilidad y diversidad. Posteriormente, la Conferencia Internacional celebrada en noviembre de 2013, cuyo informe fue publicado en 2014, concluye con cinco mensajes clave:

- Tan pronto como sea posible
- Detección temprana y medidas preventivas
- La educación inclusiva beneficia a todos
- Profesionales altamente cualificados
- Sistemas de apoyo y mecanismos de financiación

En la Declaración de Salamanca (1994), se formaliza la utilización de los términos “Necesidades Educativas Especiales” e “Integración Educativa”, a raíz de los principios recogidos en el informe Warnock (1978).

En el **ámbito estatal**, la aprobación de la Constitución Española de 1978, representará el punto de partida legislativo ante la creciente sensibilización social hacia los niños con dificultades en su desarrollo y sus familias. En los artículos 27 y 49, encomienda a los poderes públicos la garantía de los derechos y la igualdad de todos los españoles, con el desarrollo de una política de integración y atención especializada para las personas con minusvalías psíquicas, sensoriales o físicas.

El Real Decreto 334/1985, de Ordenación de la Educación Especial, concreción de la Ley 131/1982, de Integración Social de Minusválidos (LISMI) contempla la atención educativa especial cuando sea necesaria.

En la década de los 80, la inexistencia de una normativa propia de AT dificultaba la delimitación de competencias en los tres ámbitos participantes: sanidad, servicios sociales y educación. Ante la desigual evolución territorial, los profesionales de este ámbito deciden organizarse en asociaciones. Pedagogos, psicólogos, logopedas, médicos, fisioterapeutas o trabajadores sociales, entre otros, constituyen en 1993 el Grupo de Atención Temprana (GAT), con el objetivo de crear entidades en las diferentes Comunidades Autónomas.

La publicación en el año 2000 del *Libro Blanco de la Atención Temprana*, supone un punto de encuentro entre los ámbitos competentes en esta materia.

La Atención Temprana no puede ser vista exclusivamente como una vertiente de la rehabilitación, de la intervención psico-social o de la educación, sino que debe formar parte de un proceso integral que tiene como fin último el desarrollo armónico de los niños integrados en su ámbito (GAT, 2000, p. 10).

En dicho texto se establece los siguientes principios básicos: participación; descentralización; sectorización; interdisciplinariedad y cualificación profesional; coordinación; universalidad, gratuidad y responsabilidad pública. La finalidad de estos principios radica en garantizar la igualdad de oportunidades de una parte de la ciudadanía particularmente indefensa.

La Ley 4/1993, de servicios sociales reguló el servicio de atención temprana dentro del área de la discapacidad.

Posteriormente, a **nivel autonómico**, el Decreto 69/1998, por el que se regula la atención temprana a discapacitados en la Comunidad Autónoma de Galicia, ordena su adscripción al Servicio Gallego de Salud.

En el año 2008, la Asociación Galega de Atención Temprera (AGAT) publica el *Documento Marco*, en el que se detalla el funcionamiento de la AT.

No será hasta la Ley 3/2011, de apoyo a la familia y a la convivencia, cuando la Xunta de Galicia establezca una actuación coordinada y transversal de los servicios sociales, sanitarios y educativos. Dicha actuación deberá contemplar los servicios de AT como:

Una red integral de responsabilidad pública y de carácter universal, regida por los principios de igualdad, coordinación, atención personalizada, integración social, interés superior del/de la menor, prevención, autonomía personal y participación,

descentralización, cercanía, interdisciplinariedad y alta calificación profesional, diálogo y participación familiar y calidad.

En el ámbito educativo, será a partir de mediados de los años 90, a raíz de la publicación del Real Decreto 696/1995, de Ordenación de la Educación de los Alumnos con Necesidades Educativas Especiales, cuando se priorice la escolarización del alumnado en centros ordinarios, con el apoyo y asesoramiento de los Departamentos de Orientación y de los Equipos de Orientación Externos (Fernández, 2012).

El Decreto 120/1998 contempla, dentro de las funciones o competencias de los Departamentos de Orientación, el diseño de acciones encaminadas a la Atención Temprana y a la prevención de dificultades de aprendizaje o problemas de desarrollo, derivadas tanto de condiciones desfavorables como de altas capacidades, así como la participación en la evaluación psicopedagógica y en el diseño de medidas de atención a la diversidad.

El Decreto 229/2011, que regula la atención a la diversidad, establece en su artículo 4.4 el carácter prioritario que las acciones preventivas y la detección temprana tendrán en los centros, con la implicación de toda la comunidad educativa.

El reconocimiento al trabajo desarrollado por los profesionales de AT en Galicia a lo largo de todos estos años se ve reflejado en el Decreto 183/2013, el cual se presenta como el espacio común de coordinación y corresponsabilidad, integrando los recursos de las tres consellerías participantes y de las Administraciones locales, creando así la Red Gallega de AT. Este Decreto garantiza una intervención global, integral y coordinada a los menores de seis años y a sus familias.

Como concreción a dicho Decreto se publica, a principios de 2015, el Protocolo de coordinación, intervención y derivación interinstitucional en atención temprana aprobado por el Consello Autonómico de Atención Temprana. Este documento establece un modelo metodológico consensuado, con carácter multidimensional y biopsicosocial a través de equipos interdisciplinarios especializados en el desarrollo infantil de 0 a 6 años. Representa el instrumento común de coordinación, que facilita, tanto la transferencia de información de manera eficaz, como la intervención desde cualquiera de los tres departamentos implicados: Consellería de Cultura, Educación e Ordenación Universitaria; Consellería de Sanidade; e Consellería de Traballo e Servizos Sociais.

3. Proceso de diagnóstico en AT

La Psicología evolutiva asigna ciertos patrones de desarrollo, en función a los cuales, se establece el desarrollo normativo. Illingworth reconoce la dificultad del pronóstico a nivel individual en edades tan tempranas (1983. Cit. En Bugié 2002), pero la vertiente preventiva que posee la AT implica detectar cuanto antes posibles desviaciones, favoreciendo de este modo la evolución en su autonomía personal y la adecuada integración en el medio familiar, escolar y social.

3.1. Objetivos del proceso diagnóstico en AT

El enfoque interdisciplinar y procesual del diagnóstico, así como la perspectiva biopsicosocial manifestada por Bugié y Lorente (2003) colaboran con la finalidad de detectar y diagnosticar precozmente problemas en los grupos de riesgo.

El *Libro Blanco de la Atención Temprana* señala que el “diagnóstico de las dificultades que presenta un niño será el resultado de considerar, de manera integrada, los diferentes diagnósticos parciales, identificando los diagnósticos principales y secundarios” (GAT, 2001, p. 35).

Ibañez y Mudarra (2014) manifiestan que los objetivos del diagnóstico son: cribar, diagnosticar y derivar, tal y como se expone en la figura 2.

Figura 2. Objetivos del diagnóstico



Fuente: adaptado de Ibañez y Mudarra (2014)

3.2. Áreas y fases

Desde el punto de vista de Crespo (2005), la interacción entre las áreas de exploración es algo dinámico, que se debe considerar de manera global. Dicho autor expone la siguiente clasificación:

- Área físico-sensorial: en la que se consideran antecedentes personales, familiares, patológicos, etc.
- Área psicológica: en la cual se diferencia un plano de exploración intelectual (inteligencia y aptitudes) y otro de personalidad (conducta, intereses, motivaciones, etc.)
- Área familiar: en la que se distinguen elementos personales (constituidos por las personas con las que convive), elementos materiales (vivienda o economía familiar son algunos de ellos) y elementos de relación (interacción con familia y amigos).
- Área socioambiental: muchos de los elementos pertenecientes a esta área pueden ser valorados en la anterior.
- Área pedagógica: en la que se da respuesta a dónde, cuándo y cómo se desarrolla el aprendizaje escolar.

Por otra parte, los ámbitos de exploración determinados por Suárez (2011) son: desarrollo psicomotor; lenguaje oral; desarrollo cognitivo; adaptación familiar y escolar; otros aspectos relacionados con el aprendizaje del lenguaje escrito, lectura y escritura.

En lo referente a las fases del proceso diagnóstico, a continuación se contrastan diferentes aportaciones (ver figura 3) y en el siguiente apartado del trabajo se exponen las fases del actual protocolo de intervención.

Figura 3. Fases del proceso

	Juan-Vera y Pérez-López (2009)	Ibáñez y Mudarra (2014)
FASE 1	Recogida de información: informes médicos, escolares y/o de otros especialistas. Se debe tener en cuenta la información aportada por la familia.	Especificación de la demanda y anamnesis: entrevistas de acogida semiestructuradas que recogen información relativa a datos personales; antecedentes familiares; evolución en el desarrollo del niño; estrategias de comunicación; rutinas; motricidad; aspectos socioemocionales, adaptativos y conductuales; escolaridad y actitud familiar.
FASE 2	Resumen de los primeros datos: reunión del equipo para realizar la anamnesis, identificando fortalezas, debilidades y demandas. Lo que permite determinar la necesidad de una intervención, su tipología y extensión.	Formulación hipótesis diagnóstica: diseño diagnóstico. Dicha hipótesis atiende a la necesidad de concretar los aspectos prioritarios a evaluar, las fuentes de información y los procedimientos, técnicas e instrumentos.

FASE 3	Evaluación sistemática del niño, familia y entorno: a través de instrumentos estandarizados de diversos tipos: pruebas de cribado ⁴ , escalas de desarrollo, pruebas específicas de lenguaje o conductuales.	Exploración diagnóstica del niño: aplicación de técnicas e instrumentos: se combina la observación dentro del contexto natural con el juego como técnica diagnóstica vehicular y proyectiva, con la utilización de pruebas estandarizadas.
FASE 4	Elaboración de hipótesis diagnósticas y del plan de intervención: tras el análisis de los datos se elaborará un diagnóstico funcional consensuado por el equipo interdisciplinar.	Valoración diagnóstica: análisis e interpretación de los datos recogidos. Tanto de los cuantitativos como de los cualitativos, de manera global.
FASE 5	Devolución de la información y propuesta de intervención: el informe se entregará a las familias. En él constarán los objetivos, contenidos, metodología y materiales.	Devolución de información: elaboración del informe diagnóstico, propuesta de intervención y seguimiento. Adaptando el vocabulario y las explicaciones al perfil de las familias.
FASE 6	Evaluación integral, seguimiento y derivación: alcanzados los objetivos, se procedería a nueva valoración y nuevos objetivos.	

Fuente: adaptación de Juan-Vera y Pérez-López (2009); Ibáñez y Mudarra (2014)

Tal y como se puede comprobar, la clasificación realizada por Juan-Vera y Pérez-López (2009) está compuesta por seis fases y la anamnesis se realiza en la segunda, mientras que la de Ibáñez y Mudarra (2014) unifica las dos últimas y sitúa la anamnesis dentro de la primera fase.

3.3. Protocolo de coordinación, intervención y derivación interinstitucional en Atención Temprana

El modelo metodológico establecido en el protocolo contempla, entre otros aspectos, la detección precoz de los trastornos del desarrollo o de las situaciones de riesgo, su identificación y registro, así como su valoración e intervención interdisciplinaria a través de las fases de acogida, valoración, intervención y evaluación. También establece la elaboración y seguimiento de un Plan Personalizado de Intervención (PPI).

El protocolo estipula las fases de actuación, los procesos de intervención, los ámbitos y los procedimientos a desenvolver con los menores que presentan trastornos del desarrollo o riesgo de padecerlos y sus familias.

⁴ También denominadas *screening* en algunas de las fuentes consultadas

El documento destaca, dentro del proceso de **detección** precoz y **derivación**, que el diagnóstico prenatal corresponde al ámbito sanitario, pero también se refleja la posibilidad de que dicha detección se realice en el propio ámbito familiar; en los servicios sociales (red de escuelas infantiles); en los servicios sociales comunitarios o especializados; en el sistema educativo (alumnado de 2º ciclo de Educación Infantil y 1º ciclo de Educación Primaria).

Entre las competencias de las instituciones educativas durante el período anteriormente mencionado destacan:

- Prestar atención a la autonomía, socialización y adquisición del lenguaje del alumnado.
- Informar regularmente a las familias sobre los avances o dificultades detectadas y tener en cuenta la información que éstas proporcionan.
- Asesorar a la comunidad educativa en la identificación, valoración, evaluación y medidas a adoptar.
- Realizar evaluaciones psicopedagógicas, informes, orientaciones curriculares y propuestas de escolarización.

El protocolo establece que los agentes participantes (familia, escuela, servicios sociales comunitarios) deberán **canalizar** a través de los servicios de pediatría, que decidirán si el caso compete a las Unidades de Atención Temprana (UAT) existentes en los centros hospitalarios o a los Centros de Desarrollo Infantil y Atención Temprana (CDIAT) del sistema de servicios sociales.

En lo referente al proceso de **valoración** e **intervención**, se diferencian cuatro fases:

- **Acogida:** en la cual se recoge la demanda de intervención realizada por las familias y firmada por los servicios de pediatría, se realiza la primera entrevista y se plantean las hipótesis iniciales sobre la situación. Toda esta información se recogerá en el expediente único de atención temprana. En esta fase, se determinará qué profesional asumirá el papel de interlocutor con la familia.
- **Valoración:** en la que se realiza la puesta en común y valoración de la información obtenida por parte del equipo interdisciplinar, así como la propuesta de personalizada de intervención (PPI), que será trasladada a las familias. La PPI recoge los objetivos de la intervención; los recursos, el medio y el ámbito de realización; las líneas de actuación de cada profesional y las coordinaciones con profesionales de otros ámbitos.

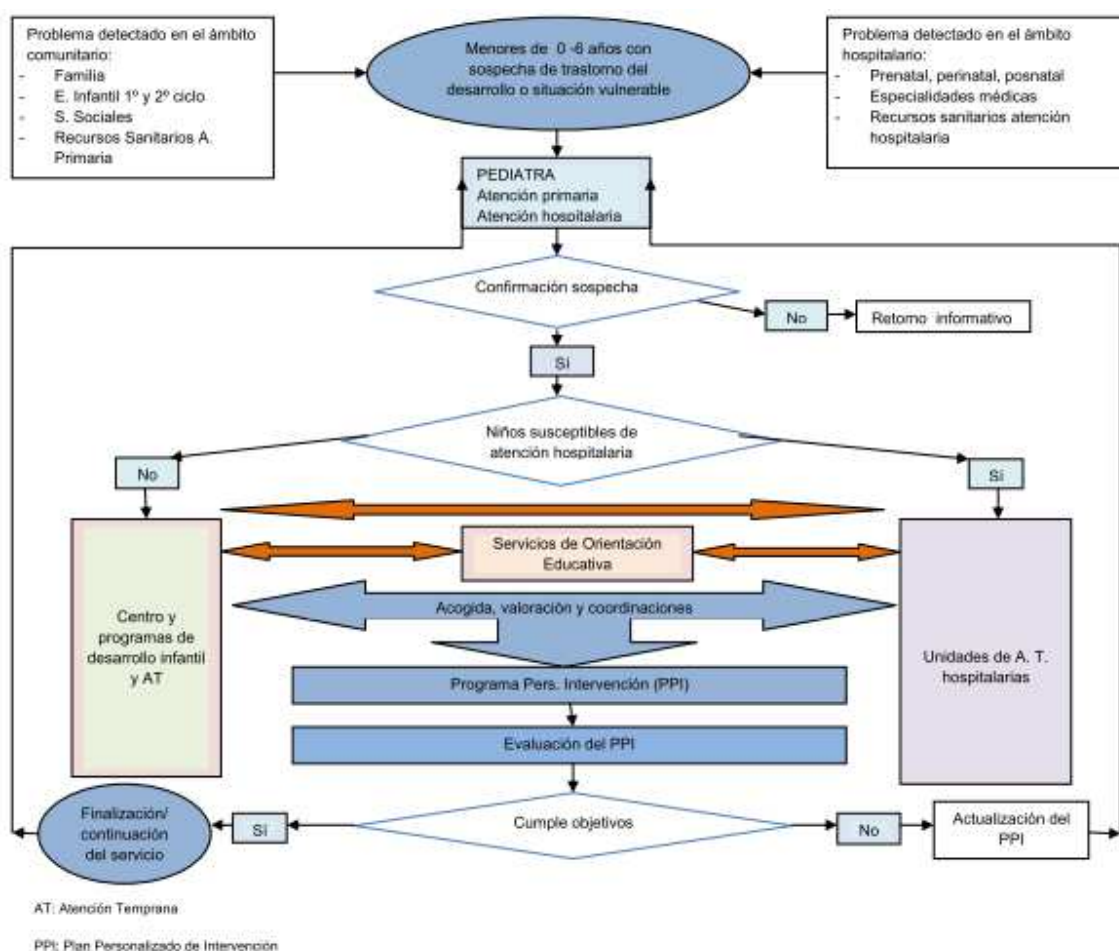
- **Intervención:** que se corresponde con la ejecución de la PPI. Las actuaciones realizadas se determinarán en el catálogo de servicios de atención temprana.
- **Evaluación:** en la que se revisa la consecución de los objetivos establecidos en la PPI. De ser preciso, se actualizan y se firma una nueva propuesta. En caso de que dichos objetivos se hayan cumplido (o el niño cumpla 6 años), se finaliza el servicio con el informe pertinente.

Contando con los informes elaborados en los servicios de atención temprana, los tres sistemas participantes deberán elaborar el itinerario de intervención correspondiente para atender a los niños y niñas que hayan cumplido los 6 años.

La atención durante estas fases tendrá un carácter multidimensional y biopsicosocial.

El reflejo actualizado del modelo integral de AT lo podemos encontrar en el flujograma perteneciente al Protocolo de AT vigente en esta Comunidad Autónoma, publicado el 6 de febrero de 2015.

Figura 4. Flujograma del proceso en Atención Temprana



Fuente: Xunta de Galicia (2015, p. 6)

La comunicación e interacción entre equipos formados por diversas disciplinas, es clasificada por Vidal (2007) como:

- **Multidisciplinar:** la interacción se corresponde con el mero intercambio de información entre los miembros del equipo, tomando decisiones y realizando informes de manera individual. Esta falta de coordinación puede desembocar en repeticiones innecesarias en la recogida y exposición de información.
- **Interdisciplinar:** la interacción sirve para completar la labor de todos los miembros del equipo. El papel del coordinador es fundamental en este caso.
- **Transdisciplinar:** se comparte y se coordina no sólo la información, sino también los puestos. Los equipos están formados por profesionales de varias disciplinas. De este modo, unos aprenden de los otros, incorporando los conocimientos adquiridos a su propia práctica individual. El programa se consensúa con la familia.

En el anexo III se puede consultar los recursos y servicios existentes en Galicia, como muestra de la diversidad disciplinar, la cual reafirma la necesidad de coordinación y comunicación anteriormente mencionadas.

A continuación se puede observar (ver figura 5), una síntesis de las actuaciones que se realizan en AT, así como los y las profesionales que en ellas intervienen.

Figura 5. Actuaciones en Atención Temprana

	DETECCIÓN (quiénes)	VALORACIÓN	INTERVENCIÓN Y SEGUIMIENTO
EDUCACIÓN	Pedagogo-Psicólogo, Médico, Fisioterapeuta, Logopeda, Pedagogo Terapéutico, M. Audición y Lenguaje, M. Educación Especial y A. Social	Psicopedagógica, funcional, dictamen de escolarización	Directa e indirecta, familia, escuela (aula integración o de apoyo y centro específico), estimulación
SANIDAD	Médico (Rehabilitador, psiquiatría, neuropediatra...), Psicólogo, Fisioterapeuta, Logopeda y Asistente Social	Médica, funcional	Ambulatoria, directa e indirecta
SOCIAL	C. Base: Pedagogo-Psicólogo, Médico, Fisioterapeuta, Logopeda y Asistente Social	Psicopedagógica, socioambiental, familiar, Dictamen de minusvalía	Ambulatoria, directa e indirecta (clínica), estimulación
	----- CDIAT: Psicólogo, pedagogo, estimulador	A demanda, psicológica, socioambiental, familiar	

Fuente: Gutiez y Ruíz (2012, p. 114)

Habida cuenta de que, tal y como señala Crespo (2005), el adjetivo “pedagógico” delimita el marco en el que situamos el diagnóstico, en este caso, dentro de la orientación educativa, sirve de apoyo o guía del proceso educativo en su conjunto. Saber de dónde partimos, hacia dónde vamos y qué metodología y medios se van a emplear.

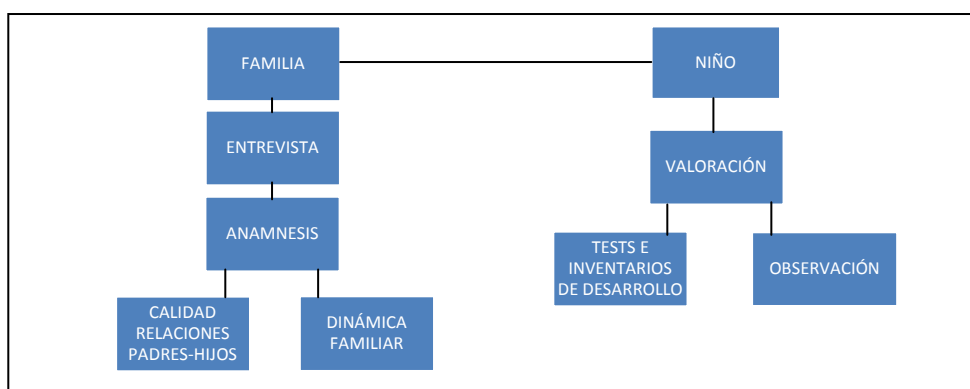
Debemos ser muy prudentes porque diagnosticar no supone únicamente cuantificar, describir o buscar disfunciones. El diagnóstico pedagógico pone el énfasis en el control y análisis de los estadios evolutivos críticos; la detección, valoración e intervención ante problemas de fracaso escolar, de conducta u otro tipo de trastornos.

3.4. Técnicas e instrumentos

En el modelo de evaluación en AT que plantea Cerezo (2011) (ver figura 6) se pretenden valorar no solo las limitaciones o déficits y sus causas sino también las habilidades y destrezas adquiridas.

La selección de objetivos teniendo en cuenta el contexto familiar (rutinas, estilos educativos, grado de implicación, etc.) permite planificar la intervención educativa dentro de las áreas de autonomía personal e interacción social. La valoración se realiza a través de la observación y/o test e inventarios de desarrollo, de manera complementaria entre sí.

Figura 6. Modelo de evaluación en AT



Fuente: Cerezo (2011, p. 125)

Crespo (2005) establece como técnicas de diagnóstico pedagógico la observación y la entrevista. También añade pruebas psicométricas; antropométricas y proyectivas.

Es importante destacar la complementariedad entre la observación sistemática de situaciones espontáneas (juego) y contextos naturales (como valoración cualitativa) y las técnicas psicométricas (como valoración cuantitativa).

Suárez (2011) considera que los resultados que ofrecen las pruebas psicométricas en el diagnóstico pedagógico son limitados. A pesar de ello, el autor justifica la utilización de pruebas psicométricas, cuando su finalidad sea realizar un cribado (*screening*) para detectar una determinada característica; para triangular datos con información de otras fuentes o para cuantificar cambios tras administraciones pre y/o post test, entre otras.

Por otra parte, Rico (2013) afirma que los sistemas de cribado del desarrollo son una medida preventiva, cuyo objetivo es detectar cualquier desviación del desarrollo del niño. Estos instrumentos deben basarse en criterios de calidad psicométrica (fiabilidad, validez, sensibilidad y especificidad). El autor señala que los cuestionarios administrados por las familias son tan fiables como los realizados por otros profesionales. Prueba de ello es el *Sistema de Detección Precoz de Trastornos de Desarrollo (SDPTD) en niños de 18, 24 y 36 meses* creado por dicho autor que, en una primera fase, es cumplimentado por los padres y, posteriormente, revisado por especialistas.

Tomando en consideración las aportaciones de los autores anteriormente mencionados, conscientes de la prudencia que debe predominar en la utilización de pruebas psicométricas e instrumentos estandarizados, se decide realizar una recopilación de los instrumentos de evaluación infantil (2º ciclo de infantil y 1º ciclo de primaria) aplicados en Atención Temprana, disponibles en el Servicio de Recursos Psicopedagógicos (SRP), perteneciente a la Facultad de Ciencias de la Educación de la Universidad de Santiago de Compostela (ver anexo IV).

4. La atención a la familia en el diagnóstico

La perspectiva actual de la atención temprana gira en torno a la familia como eje fundamental, voz imprescindible en la prestación de un servicio de calidad. Sierra y Gutiez (2012) la consideran al mismo tiempo, objeto de atención y aliada indiscutible en la intervención en sí misma. Por este motivo, conocer las necesidades de las familias y plantear una intervención eficaz y coherente constituye una de las funciones más importantes para los/las profesionales de la AT (Belda, 2014).

La coherencia entre las actividades realizadas en los diferentes contextos en los que el niño se desarrolla o las relaciones interpersonales establecidas en los mismos, son aspectos elementales a tomar en consideración (Bronfenbrenner, 1987).

El Documento Marco de AT (AGAT, 2008) recoge que todos los niños nacen en una situación de gran dependencia, por ello, el camino hacia su autonomía es característica de la socialización primaria. En el caso de niños con limitaciones biológicas graves,

enfermedades crónicas o trastornos del desarrollo, dicha dependencia se agudiza, lo cual provoca graves dificultades adaptativas al niño y también a su familia.

Cuando las familias reciben un diagnóstico comienza la tarea de asimilación. Vidal (2007) recomienda facilitarles la información en la medida que éstas la soliciten, incidiendo en los aspectos positivos. La escucha activa y la asertividad serán aspectos fundamentales en nuestra práctica profesional.

Familia y profesionales comparten objetivos y metas, por eso resulta esencial trabajar juntos en su planificación. Investigaciones recientes, como la de Botana y Peralbo (2014) reflejan que las familias que disponen de una “etiqueta diagnóstica” realizan un mejor seguimiento de los programas de intervención.

Ponte y Perpiñan (2011) manifiestan que la práctica totalidad de los padres y madres consideran como un acto social relevante la transmisión del diagnóstico de sus hijos. La posibilidad de hacer preguntas al profesional que les informa, la manera de informar, la claridad y la sinceridad éste, así como el respeto manifestado, son algunos de los aspectos más valorados por las familias en un momento tan trascendental en sus vidas.

Algunos de los efectos negativos de la situación de dependencia anteriormente mencionada son: fatiga, sensación de impotencia, signos de estrés o falta de tiempo para el ocio; problemas para adaptarse a la nueva situación; dificultades económicas; dificultades para encontrar empleo y compatibilizar éste con el cuidado del dependiente; aislamiento social o incremento de los conflictos familiares.

Cada familia afronta la situación de manera diferente, en función de su propia idiosincrasia. Giné, Gracià, Vilaseca y Balcells (2008) ponen énfasis en la importancia de que la intervención esté orientada al progreso y a la calidad de vida de las familias.

Esto implica, tal y como manifiesta Linares (2005), el deber de ampliar nuestro radio de visión no sólo al niño, sino también a su entorno más cercano, conscientes de la inestabilidad emocional que puede generar este tipo de situaciones, proporcionándole la ayuda y estrategias apropiadas para favorecer el desarrollo del menor.

Conclusiones

Al igual que los avances en la ciencia de las últimas décadas han ampliado las posibilidades de supervivencia de muchos niños con diversas patologías, la prevención y asistencia que aporta la AT aumenta las aptitudes de desarrollo del niño y de sus familias.

La evolución terminológica de la Atención Temprana conlleva a su vez una nueva concepción, que transita desde acciones de carácter paliativo hacia la prevención. En este sentido, se ha pasado de la rehabilitación y la atención a la discapacidad, a la promoción de la AT a través de modelos integrales, entendiendo que el niño se desarrolla en múltiples contextos naturales que se ven afectados por diversas variables: los patrones familiares, el estado emocional o las interacciones sociales, entre otros.

Esa multitud de variables personales y contextuales, que pueden suponer factores de riesgo en el proceso de desarrollo hasta los seis años de edad, convierten la AT en el núcleo donde confluyen diversas disciplinas. La evolución de un modelo de intervención, que en un principio se centraba en niño, hacia otro centrado en familia y entorno, justifica tanto el carácter biopsicosocial de dicha intervención, como la participación de equipos interdisciplinarios.

La dificultad de consensuar unos parámetros comunes para realizar un diagnóstico hace necesaria una formación base en cuanto a su tipología, niveles, objetivos y finalidad.

Del mismo modo, dicha dificultad queda patente también en la exposición del marco legal al que se adscribe la AT, en el que confluyen tres ámbitos: servicios sociales, educación y sanidad. Dentro de ese apartado del trabajo, se puede comprobar cómo los aspectos educativos y sociales más destacados siguen líneas paralelas, en aras de la atención a la diversidad.

La reciente legislación gallega refleja el establecimiento de un modelo metodológico común, que implica un hito para las/los profesionales que trabajan en AT, en cuanto a la disposición de un marco normativo de referencia. Al mismo tiempo, supone un retroceso en la capacidad de maniobra de algunos de los agentes participantes, para los que el/la pediatra vuelve a ejercer de filtro, realizando una función que recuerda a modelos de intervención anteriores.

Al realizar una reflexión sobre las fases del diagnóstico expuestas por diversos autores y las establecidas en el Protocolo de AT, no se aprecian diferencias significativas, más allá de la instrucción de “canalizar” cualquier sospecha a través de los servicios de pediatría.

Es dentro de los equipos interdisciplinarios anteriormente mencionados, donde las pedagogas han aportado su grano de arena desde los inicios de la AT, tanto en Galicia (tal y

como se puede comprobar en la composición de los equipos de trabajo existentes), como en el resto de España. Sería interesante profundizar, en futuras investigaciones, sobre la evolución de estas profesionales dentro de los equipos de AT.

El Libro Blanco de Atención Temprana señala que “el perfil de quienes trabajan en este campo debe tener, además de los conocimientos científicos necesarios, una especial predisposición vocacional y de actitud” (GAT, 2001, p. 101). Dicha predisposición sirve de guía para ampliar la formación recibida durante el Grado en Pedagogía, con la exploración de instrumentos estandarizados, como complemento a la observación, para focalizar o concretar la ubicación del problema y poder realizar una intervención directa y eficaz, optimizando el tiempo y los recursos existentes.

La posibilidad de disponer de los instrumentos mencionados en el Servicio de Recursos Psicopedagógicos, ha facilitado la realización de este trabajo.

Las tendencias europeas hacen hincapié en una educación infantil de óptima calidad, el acceso universal a los servicios de AT, la cooperación con las familias y la cualificación de los profesionales. En este sentido, sería interesante acercar al Grado en Pedagogía a especialistas que ejerzan su labor en el ámbito de la Atención Temprana.

La atención a la familia, tanto a lo largo del proceso diagnóstico como durante la intervención, el estudio de la dinámica familiar o las técnicas de comunicación sería otra de las áreas a profundizar en futuras investigaciones.

Referencias bibliográficas

- Agencia Europea para las Necesidades Educativas Especiales y la Educación Inclusiva. (2005). *Atención Temprana. Análisis de las situaciones en Europa. Aspectos clave y Recomendaciones*. Recuperado de https://www.european-agency.org/sites/default/files/early-childhood-intervention-analysis-of-situations-in-europe-key-aspects-and-recommendations_eci_es.pdf
- Agencia Europea para las Necesidades Educativas Especiales y la Educación Inclusiva. (2014). *Cinco Mensajes Clave para la Educación Inclusiva. De la Teoría a la Práctica*. Recuperado de https://www.european-agency.org/sites/default/files/Five_Key_Messages_for_Inclusive_Education_ES.pdf
- American Psychological Association. (2014). *Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales (DSM-5) (5ta ed.)*. Madrid: Editorial Médica Panamericana.
- Andrés, C., y Guinea, C. (2012). La Atención a la Familia en Atención Temprana: Retos actuales. *Psicología Educativa*, 18(2), 123-133. Recuperado de <http://dialnet.unirioja.es/revista/3349/V/18>
- Aranda, R. E. (Coord.). (2008). Enseñanza-aprendizaje en atención temprana. En R. E. Aranda, *Atención temprana en educación infantil* (pp. 107-125). Madrid: Wolters Kluwer.
- Asociación Galega de Atención Temperá (AGAT). (2008). *Documento Marco: una proposta aberta para a mellora da Atención Temperá*. Vigo: Autor.
- Belda, J. C. (2014). The early intervention and its praxis. *Revista Española de Discapacidad*, 2(1), 195-201. Recuperado de <http://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=4868187>
- Botana, I., y Peralbo, M. (2014). Familia, estrés y atención temprana. *Revista de Estudios e investigación en Psicología de la Educación*, 1(1), 55-63. Recuperado de <http://revistas.udc.es/index.php/reipe/article/view/23/8>
- Bronfenbrenner, U. (1987). *La ecología del desarrollo humano*. Barcelona: Paidós
- Buceta, M. J. (Coord.). (2011). *Manual de Atención Temprana*. Madrid: Síntesis.

- Bugié, C. (2002) Centros de desarrollo infantil y atención temprana. *Revista de Neurología*, 3(1), 143-148. Recuperado de <http://www.neurologia.com/pdf/Web/34S1/ms10143.pdf>
- Bugié, C., Pegenaute, F., y Poch, M. L. (2005). Proceso diagnóstico en Atención Temprana. En M. G. Millá y F. Mulas, *Atención Temprana: Desarrollo infantil, diagnóstico, trastornos e intervención* (pp. 414-440). Valencia: Promolibro.
- Bugié, C., y Lorente, I. (2003). Atención Temprana. *Revista Minusval*, 3, 38-47. Recuperado de http://sid.usal.es/idocs/F8/8.2.1.2-139/especialAT/minusval_especial_AT.pdf
- Cerezo, M. T. (2011). La importancia de la autonomía en la atención temprana en sus distintas edades. En M. A. Robles y D. Sánchez-Teruel (Coords.), *Evaluación e intervención en atención infantil temprana: hallazgos recientes y casos prácticos* (pp. 119-140). Jaén: Universidad de Jaén.
- Crespo, J. (2005). El diagnóstico pedagógico en atención temprana. En P. Gutiez (Ed.), *Atención temprana: Prevención, detección e intervención en el desarrollo (0-6 años) y sus alteraciones* (pp. 487-554). Madrid: Editorial Complutense.
- Federación Estatal de Asociaciones de Profesionales de Atención Temprana - GAT (2008). *Organización Diagnóstica para la Atención Temprana. Manual de Instrucciones*. Madrid: Real Patronato sobre Discapacidad.
- Federación Estatal de Asociaciones de Profesionales de Atención Temprana - GAT. (2011). *La realidad actual de la Atención Temprana en España*. Madrid: Real Patronato de la discapacidad.
- Fernández, E. (2012). Orientación y atención a la diversidad. En L. M. Sobrado, E. Fernández y M. L. Rodicio (Coords.), *Orientación Educativa. Nuevas perspectivas*. (pp 113-133). Madrid: Biblioteca Nueva.
- Giné, C., Gracià, M., Vilaseca, R., y Balcells, A.(2009). Trabajar con las familias en atención temprana. *Revista Interuniversitaria de Formación del Profesorado*, 65 (23,2), 83-94. Recuperado de <http://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=3007828>
- Gómez, A., y Viquer, P. (2003). Aproximación al estudio de la Intervención Temprana: antecedentes, orígenes y evolución histórica. En A. Gómez, P. Viquer y M. J. Cantero (Coords.), *Intervención Temprana: Desarrollo óptimo de 0 a 6 años* (pp. 21-36). Madrid: Pirámide.

- Grupo de Atención Temprana (GAT). (2000). *Libro Blanco da Atención Temprana*. Madrid: Real Patronato de Prevención y de Atención a Personas con Minusvalía.
- Grupo de Atención Temprana (GAT). (2001). *Libro Branco da Atención Temperá*. Vigo: Asociación Galega de Atención Temperá.
- Guralnick, M. J. (1997). *The effectiveness of early intervention*. Baltimore: Paul H. Brookes Publishing Co.
- Guralnick, M. J. (2005). Early Intervention for Children with Intellectual Disabilities: Current Knowledge and Future Prospects. *Journal of Applied Research in Intellectual Disabilities*, 18, 313-324. Recuperado de <http://eclass.uth.gr/eclass/modules/document/file.php/SEAC257/GURALNICK.pdf>
- Gutiez, P. (Ed.). (2005). *Atención temprana: Prevención, detección e intervención en el desarrollo (0-6 años) y sus alteraciones*. Madrid: Editorial Complutense.
- Gutiez, P., y Ruiz, E. (2012). Orígenes y Evolución de la Atención Temprana. Una Perspectiva Histórica de la Génesis de la Atención temprana en Nuestro País. Agentes, Contextos y Procesos. *Psicología Educativa*, 18(2), 107-122. Recuperado de <http://www.copmadrid.org/webcopm/publicaciones/educativa/ed2012v18n2a3.pdf>
- Ibáñez, P., y Mudarra, M^a J. (2014). *Atención Temprana. Diagnóstico e Intervención Psicopedagógica*. Madrid: Universidad Nacional de Educación a Distancia.
- Juan-Vera, M. J., y Pérez-López, J. (2009). El funcionamiento de un Centro de Desarrollo Infantil y Atención Temprana (CDIAT). *Revista Interuniversitaria de Formación del Profesorado*, 65, 21-38. Recuperado de <http://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=3007785>
- Linares, C., y Rodríguez, T. (2005). Sentido y significado de la atención temprana: una evolución positiva. *Revista de psiquiatría infanto-juvenil*, 22(3), 102-109. Recuperado de <http://www.aepnya.com/index.php?journal=RPIJ&page=article&op=view&path%5B%5D=11>
- Lozano, P., y Cañete, F. (2006). Atención temprana en los trastornos generalizados del desarrollo. En J. Pérez-López y A. G. Brito. *Manual de Atención Temprana* (pp. 293-309). Madrid: Pirámide

- Millá-Romero, M. G., y Mulas, F. (2002). Diagnóstico interdisciplinar en atención temprana. *Revista de Neurología*, 34(1), 139-143. Recuperado de <http://www.revneurolog.com/sec/resumen.php?id=2002071>
- Mulas, F., y Millá, M. G. (2002). Atención temprana: qué es y para qué sirve. *Summa Neurológica*, 3(1), 31-34. Recuperado de <http://www.ibanezplaza.com/Biblio/PDFs/SN3.pdf>
- Perera, J. (2011). Atención Temprana: Definición, objetivos, modelos de intervención y retos planteados. *Revista Síndrome de Down*, 28, 140-152. Recuperado de <http://www.downcantabria.com/revistapdf/111/140-152.pdf>
- Ponte, J., y Perpiñán, S. (2011). *Mejora del proceso de comunicación del diagnóstico de trastorno en el desarrollo o discapacidad en la primera infancia. La primera noticia*. Madrid: Real Patronato de Prevención y de Atención a Personas con Minusvalía.
- Rico, D. (2013). *Construcción y validación de un sistema de detección precoz de trastornos del desarrollo (SDPTD) en niños de 18, 24 y 36 meses*. (Tesis doctoral). Recuperado de <http://riberdis.cedd.net/bitstream/handle/11181/3993/Construcci%C3%B3n%20y%20validaci%C3%B3n.pdf?sequence=1>
- Robles, M^a. A., y Sánchez-Teruel, D. (Coords.). (2011). *Evaluación e intervención en atención infantil temprana: Hallazgos recientes y casos prácticos*. Jaén: Universidad de Jaén.
- Sierra, P., y Gutiez, P. (2012). Atención Temprana: Desarrollo y Educación. *Revista Psicología Educativa*, 18 (2), 95-96. Recuperado de <http://www.copmadrid.org/webcopm/publicaciones/educativa/ed2012v18n2a3.pdf>
- Suárez, A. (2011). *Diagnóstico Pedagógico. Diagnóstico de las competencias del lenguaje verbal escrito y matemáticas en educación primaria*. Madrid: La Muralla.
- Vidal, M. (Coord.). (2007). *Estimulación Temprana (De 0 a 6 años). Desarrollo de capacidades, valoración y programas de intervención*. Madrid: CEPE.
- Warnock, H. M. (1978). *Special Educational Needs. Report of the committee of enquiry into the education of handicapped children and young people*. London: Her Majesty's Stationary Office. Recuperado de <http://www.educationengland.org.uk/documents/warnock/warnock1978.html>

Xunta de Galicia. (2015). *Protocolo de coordinación, intervención y derivación interinstitucional en atención temprana*. Recuperado de <http://www.edu.xunta.es/web/node/14357>

Anexo I. Documentos seleccionados en las bases de datos consultadas


BBDD	Términos de búsqueda	Documentos seleccionados
IACOBUS	<p>Palabra clave: atención temprana</p> <p>(Resultados: 35)</p>	<p>Aranda, R. E. (Coord.). (2008). Enseñanza-aprendizaje en atención temprana. En R. E. Aranda, <i>Atención temprana en educación infantil</i> (pp. 107-125). Madrid: Wolters Kluwer.</p> <p>Buceta, M. J. (Coord). (2011). <i>Manual de Atención Temprana</i>. Madrid: Síntesis.</p> <p>Grupo de Atención Temprana (GAT). (2000). <i>Libro Blanco da Atención Temprana</i>. Madrid: Real Patronato de Prevención y de Atención a Personas con Minusvalía.</p> <p>Lozano, P., y Cañete, F. (2006). Atención temprana en los trastornos generalizados del desarrollo. En J. Pérez-López y A. G. Brito. <i>Manual de Atención Temprana</i> (pp. 293-309). Madrid: Pirámide</p>
	<p>Palabra clave: atención AND temprana AND diagnóstico</p> <p>(Resultados: 3)</p>	<p>Bugié, C., Pegenaute, F., y Poch, M. L. (2005). Proceso diagnóstico en Atención Temprana. En M. G. Millá y F. Mulas, <i>Atención Temprana: Desarrollo infantil, diagnóstico, trastornos e intervención</i> (pp. 414-440). Valencia: Promolibro.</p> <p>Ibáñez, P., y Mudarra, M^a J. (2014). <i>Atención Temprana. Diagnóstico e Intervención Psicopedagógica</i>. Madrid: Universidad Nacional de Educación a Distancia.</p>
	<p>Palabra clave: early AND intervention</p> <p>(Resultados: 24)</p>	<p>Guralnick, M. J. (1997). <i>The effectiveness of early intervention</i>. Baltimore: Paul H. Brookes Publishing Co.</p>
	<p>Palabra clave: intervención AND temprana</p> <p>(Resultados: 15)</p>	<p>Cerezo, M. T. (2011). La importancia de la autonomía en la atención temprana en sus distintas edades. En M. A. Robles y D. Sánchez-Teruel (Coords.), <i>Evaluación e intervención en atención infantil temprana: hallazgos recientes y casos prácticos</i> (pp. 119-140). Jaén: Universidad de Jaén.</p> <p>Gutiez, P. (Ed.). (2005). <i>Atención temprana: Prevención, detección e intervención en el desarrollo (0-6 años) y sus alteraciones</i>. Madrid: Editorial Complutense.</p> <p>Vidal, M. (Coord.). (2007). <i>Estimulación Temprana (De 0 a 6 años). Desarrollo de capacidades, valoración y programas de intervención</i>. Madrid: CEPE.</p>
	<p>Palabra clave: diagnóstico pedagógico</p> <p>(Resultados: 17)</p>	<p>Suárez, A. (2011). <i>Diagnóstico Pedagógico. Diagnóstico de las competencias del lenguaje verbal escrito y matemáticas en educación primaria</i>. Madrid: La Muralla.</p>


BBDD	Términos de búsqueda	Documentos seleccionados
DIALNET	<p>Palabra clave: atención AND temprana</p> <p>(Resultados: 635. Filtros: artículos revista y texto completo: 326)</p>	<p>Belda, J. C. (2014). The early intervention and its praxis. <i>Revista Española de Discapacidad</i>, 2(1), 195-201.</p> <p>Botana, I., y Peralbo, M. (2014). Familia, estrés y atención temprana. <i>Revista de Estudios e investigación en Psicología de la Educación</i>, 1(1), 55-63.</p> <p>Giné, C., Gracià, M., Vilaseca, R., y Balcells, A. (2009). Trabajar con las familias en atención temprana. <i>Revista Interuniversitaria de Formación del Profesorado</i>, 65 (23,2),83-94.</p> <p>Juan-Vera, M. J., y Pérez-López, J. (2009). El funcionamiento de un Centro de Desarrollo Infantil y Atención Temprana (CDIAT). <i>Revista Interuniversitaria de Formación del Profesorado</i>, 65, 21-38.</p> <p>Perera, J. (2011). Atención Temprana: Definición, objetivos, modelos de intervención y retos planteados. <i>Revista Síndrome de Down</i>, 28, 140-152.</p>
	<p>Palabra clave: atención AND temprana</p> <p>(Filtros: artículos de revista y psicología educativa. Resultados:6)</p>	<p>Andrés, C., y Guinea, C. (2012). La Atención a la Familia en Atención Temprana: Retos actuales. <i>Psicología Educativa</i>, 18(2), 123-133.</p> <p>Gutiez, P., y Ruiz, E. (2012). Orígenes y Evolución de la Atención Temprana. Una Perspectiva Histórica de la Génesis de la Atención temprana en Nuestro País. Agentes, Contextos y Procesos. <i>Psicología Educativa</i>, 18(2), 107-122.</p>
	<p>Palabra clave: atención AND temprana AND desarrollo</p> <p>(Resultados: 429)</p>	<p>Crespo, J. (2005). El diagnóstico pedagógico en atención temprana. En P. Gutiez (Ed.), <i>Atención temprana: Prevención, detección e intervención en el desarrollo (0-6 años) y sus alteraciones</i> (pp. 487-554). Madrid: Editorial Complutense.</p> <p>Gómez, A., y Viquer, P. (2003). Aproximación al estudio de la Intervención Temprana: antecedentes, orígenes y evolución histórica. En A. Gómez, P. Viquer y M. J. Cantero (Coords.), <i>Intervención Temprana: Desarrollo óptimo de 0 a 6 años</i> (pp. 21-36). Madrid: Pirámide.</p> <p>Sierra, P., y Gutiez, P. (2012). Atención Temprana: Desarrollo y Educación. <i>Revista Psicología Educativa</i>, 18 (2), 95-96.</p>

Anexo II. Legislación más relevante en Atención Temprana

	GENERAL	INFANCIA Y FAMILIA	SANIDAD	SERVICIOS SOCIALES	EDUCACIÓN
ÁMBITO ESTATAL	<ul style="list-style-type: none"> • Constitución Española (1978) • Ley 13/1982, de 7 de abril, de Integración Social de Minusválidos (LISMI) (BOE 30-4-82) • Ley 49/2007, de 26 de diciembre, por la que se establece el régimen de infracciones y sanciones en materia de igualdad de oportunidades, no discriminación y accesibilidad universal de las personas con discapacidad (BOE 27-12-2007) • Ley 51/2003, de 2 de diciembre, de igualdad de oportunidades, no discriminación y accesibilidad universal de las personas con discapacidad. BOE (03-12-2003) <p>Derogadas por:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Real Decreto Legislativo 1/2013, de 29 de noviembre, por el que se aprueba el Texto Refundido de la Ley General de derechos de las personas con discapacidad y de su inclusión social. (BOE 3-12-2013) <ul style="list-style-type: none"> • Real Decreto 383/1984, del 1 de febrero, por el que se establece y regula el sistema especial de prestaciones sociales y económicas previstas en la Ley 13/1982 del 7 de abril de Integración Social de los Minusválidos. (BOE 27-2-84) • Ley 39/1999, del 5 de noviembre, para promover la conciliación de la vida familiar y laboral de las personas trabajadoras. (BOE 6-11-1999) • Real Decreto 1971/1999, del 23 de diciembre, de procedimiento para el reconocimiento, declaración y cualificación del grado de minusvalía. (BOE 26-1-2000) • Real Decreto 946/2001, de 3 de agosto, por el que se aprueba el Estatuto del Real Patronato sobre Discapacidad. 	<ul style="list-style-type: none"> • Ley Orgánica 1/1996, de 15 de enero, de protección jurídica del menor; de modificación parcial del Código Civil y de la Ley de Enjuiciamiento Civil. (BOE 17-1-1996) • Ley 14/1986, de 25 de abril, General de Sanidad (BOE 29-4-1986) 	<ul style="list-style-type: none"> • Ley 14/1986, de 25 de abril, General de Sanidad (BOE 29-4-1986) • Ley Orgánica 3/1986, de 14 de abril, de medidas especiales en materia de salud pública (BOE 29-4-1986) • Real Decreto 63/1995, de 20 de enero, sobre ordenación de prestaciones sanitarias del Sistema Nacional de Salud (BOE 10-2-1995) • Ley 41/2002, de 14 de noviembre, básica reguladora de la autonomía del paciente y de derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica. (BOE 15-11-2002) • Ley 16/2003, de 28 de mayo, de cohesión y calidad del Sistema Nacional de Salud. (BOE 29-5-2003) • Real Decreto 1030/2006, de 15 de septiembre, por el que se establece la cartera de servicios comunes del Sistema Nacional de Salud y el procedimiento para su actualización. (BOE 16-9-2006) • Real Decreto Legislativo 1/2013, de 29 de noviembre, por el que se aprueba el Texto Refundido de la Ley General de derechos de las personas con discapacidad y de su inclusión social. (BOE 3-12-2013) 	<ul style="list-style-type: none"> • Real Decreto Legislativo 1/2013, de 29 de noviembre, por el que se aprueba el Texto Refundido de la Ley General de derechos de las personas con discapacidad y de su inclusión social. (BOE 3-12-2013) 	<ul style="list-style-type: none"> • Real Decreto 334/1985, de 6 de marzo, de Ordenación de la Educación Especial (BOE 16-3-1985). • Ley Orgánica 1/1990, de 3 de octubre, de Ordenación General del Sistema Educativo (LOGSE) (BOE 4-10-1990) • Real Decreto 696/1995, de 28 de abril, de ordenación de la Educación de los alumnos con Necesidades Educativas Especiales (BOE 2-6-1995) • Orden EDU/849/2010, de 18 de marzo, por la que se regula la ordenación de la educación del alumnado con necesidad de apoyo educativo y se regulan los servicios de orientación educativa en el ámbito de gestión del Ministerio de Educación, en las ciudades de Ceuta y Melilla (BOE 6-4-2010) • Orden EDU/2949/2010, de 16 de noviembre, por la que se crea el Foro para la Inclusión Educativa del Alumnado con Discapacidad y se establecen sus competencias, estructura y régimen de funcionamiento. • Ley Orgánica 2/2006, de 3 de mayo, de Educación (BOE 4-5-2006) • Ley Orgánica 8/2013, de 9 de diciembre, para la Mejora de la Calidad Educativa (BOE 10-12-2013)

	GENERAL	INFANCIA Y FAMILIA	SANIDAD	SERVICIOS SOCIALES	EDUCACIÓN
ÁMBITO AUTONÓMICO (GALICIA)	<ul style="list-style-type: none"> • Real Decreto 258/1985, de 23 de enero, de traspaso de funciones y servicios de la Seguridad Social en materias encomendadas al Instituto Nacional de Servicios Sociales a la Comunidad Autónoma de Galicia (BOE 06-03-1985) 	<ul style="list-style-type: none"> • Decreto 406/2003, de 29 de octubre, por el que se modifica el Decreto 42/2000, de 7 de enero, por el que se refunde la normativa reguladora vigente en materia de familia, infancia y adolescencia • Ley 3/2011, de 30 de junio, de apoyo a la familia y a la convivencia de Galicia. (BOE 30-7-2011) 	<ul style="list-style-type: none"> • Ley 1/1989, de 2 de enero, del Servicio Gallego de Salud (BOE 13-2-1989) • Ley 5/1983 de Sanidad Escolar, de 30 de junio <p>Derogada por:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Ley 8/2008, de 10 de julio, de salud de Galicia. (BOE 21-8-2008) <p>Derogada por:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Decreto 69/1998, de 26 de febrero, por el que se regula la atención temprana a discapacitados en la Comunidad Autónoma de Galicia. <p>Parcialmente derogado por:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Decreto 183/2013, de 5 de diciembre, por el que se crea la Red gallega de atención temprana (DOG 23-12-2013) • Protocolo de coordinación, intervención y derivación interinstitucional en atención temprana (6 de febrero 2015) 	<ul style="list-style-type: none"> • Ley 4/1993, de 14 de abril, de servicios sociales. (BOE 11-5-1993). <p>Derogada por:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Ley 13/2008, de 3 de diciembre, de servicios sociales de Galicia (DOG 18-12-2008) <p>Parcialmente modificada por:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Ley 1/2015, de 1 de abril, de garantía de la calidad de los servicios públicos y de la buena administración • Decreto 99/2012, de 16 de marzo, por el que se regulan los servicios sociales comunitarios y su financiación. (DOG 30-3-2012) <p>Derogada por:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Decreto 69/1998, de 26 de febrero, por el que se regula la atención temprana a discapacitados en la Comunidad Autónoma de Galicia. <p>Parcialmente derogado por:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Decreto 183/2013, de 5 de diciembre, por el que se crea la Red gallega de atención temprana (DOG 23-12-2013) <p>Derogada por:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Protocolo de coordinación, intervención y derivación interinstitucional en atención temprana (6 de febrero 2015) 	<ul style="list-style-type: none"> • Ley 5/1983 de Sanidad Escolar, de 30 de junio <p>Derogada por:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Ley 8/2008, de 10 de julio, de salud de Galicia (DOGA 24-7-2008) • Orden de 6 de octubre de 1995 por la que se regulan las adaptaciones del currículum en las enseñanzas de régimen general (DOGA 7-11-1995) <p>Derogada por:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Decreto 320/1996, de 26 de julio, de ordenación de la educación de alumnas y alumnos con necesidades educativas especiales (DOG 6-8-1996) <p>Derogada por:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Decreto 229/2011, de 7 de diciembre, por el que se regula la atención a la diversidad del alumnado de los centros docentes de la Comunidad Autónoma de Galicia en los que se imparten las enseñanzas establecidas en la Ley orgánica 2/2006, de 3 de mayo, de educación (DOG 21-12-2011) • Decreto 120/1998, de 23 de abril, por el que se regula la orientación educativa y profesional en la Comunidad Autónoma de Galicia (DOG 27-4-1998) • Orden de 24 de julio de 1998 por la que se establece la organización y funcionamiento de la orientación educativa y profesional en la Comunidad Autónoma de Galicia regulada por el Decreto 120/1998 (DOG 31-7-1998) • Orden de 27 de diciembre de 2002, de la Consejería de Educación y Ordenación Universitaria, por la que se establecen las condiciones y criterios para la escolarización en centros sostenidos con fondos públicos del alumnado de Educación no universitaria con necesidades educativas especiales (DOG 30-1-2003) <p>Derogada por:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Decreto 183/2013, de 5 de diciembre, por el que se crea la Red gallega de atención temprana (DOG 23-12-2013) • Protocolo de coordinación, intervención y derivación interinstitucional en atención temprana (6 de febrero 2015)

 Normativa derogada

 Normativa perteneciente a varios ámbitos

Fuente: elaboración propia

Anexo III. Recursos/Servicios de Atención Temprana en Galicia

Sanitarios

- 8 Unidades de Atención Temprana en entorno hospitalario a la que se añaden funcionalmente en el caso del Hospital de la Costa de Lugo los recursos de Atención Temprana del Ayuntamiento de Burela. Las unidades están integradas dentro de servicios de rehabilitación y dirigidas por médicos rehabilitadores que dependen de esos mismos servicios.

Educativos

- Hay departamentos de orientación en todos los colegios (propios o adscritos) con profesor de pedagogía terapéutica y audición y lenguaje disponible para apoyo en la mayoría de ellos.
- Hay Equipos Específicos provinciales en A Coruña, Lugo, Ourense y Pontevedra. Disponen de un especialista responsable para 8 diferentes áreas (sensoriales, motóricos, TGD,...)
- Las Escuelas Infantiles de Primer Ciclo 0-3 no tienen recursos específicos obligatorios para Atención Temprana.

Sociales

- 16 municipios, mancomunidades o comarcas cuentan con recursos propios de perfil eminentemente psicosocial y ámbito de actuación generalista financiados por los propios Ayuntamientos por sus propios medios, con ayuda del plan concertado de servicios sociales o subvención directa de la administración autonómica.
- Las Federaciones de asociaciones de personas con discapacidad (FEAPS, DOWN Galicia, Autismo Galicia, FAXPG, ONCE), en sus sedes locales de algunas ciudades de Galicia cuentan asimismo con recursos de perfil psicoeducativo para la atención de sus socios financiados con recursos propios y/o subvención de la Administración autonómica.

Otros

- La Asociación AGADIR para la investigación del retraso mental, vinculada a la Facultad de Psicología de Santiago de Compostela cuenta con una Unidad generalista de ámbito autonómico.

Fuente: adaptado de GAT (2011, p. 127)

Anexo IV. Pruebas de Evaluación infantil aplicadas en Atención Temprana disponibles en el catálogo del Servicio de Recursos Psicopedagógicos (SRP)

EVALUACIÓN DEL DESARROLLO			
NOMBRE	AUTOR	EDAD	CARACTERÍSTICAS
Escala para la evaluación del comportamiento neonatal	T. B. Brazelton y J. K. Nugent	0 a 2 meses	Evalúa cuatro dimensiones: fisiológica, motriz, atención e interacción
Currículo Carolina	N. M. Johnson-Martin, K. G. Jens, S. M. Attermeier y B. J. Hacker	0 a 24 meses	Programa con 26 secuencias lógicas que evalúa cinco áreas de desarrollo: cognición, comunicación, adaptación social y motricidad fina y gruesa
Escala de Evaluación de la Psicomotricidad en Preescolar EPP	M ^a . V. de la Cruz y M ^a . C. Mazaira	4 a 6 años	Escala para evaluar la psicomotricidad: locomoción, equilibrio, coordinación y conocimiento del esquema corporal
Escalas Bayley de desarrollo infantil BSDI	N. Bayley	0 a 30 meses	Evaluación del desarrollo mental y psicomotor
Cuestionario de madurez neuropsicológica infantil	J.A. Portellano, R. Mateos, R. Martínez Arias, A. Tapia y M ^a J. Granados	3 a 6 años	Escalas para evaluar: psicomotricidad, lenguaje articulatorio, lenguaje expresivo, estructuración espacial, visopercepción, memoria icónica, ritmo, fluidez verbal, atención, lectura, dictado y lateralidad
Luria Inicial	D. Manga y F. Ramos	4 a 6 años	Evaluación del funcionamiento ejecutivo y lingüístico
Test de Goodenough	D.B. Harris	5 a 15 años	Evaluación de la inteligencia general y coeficiente intelectual por medio del análisis de dibujos
Test de desarrollo de la percepción visual FROSTIG	M. Frostig	4 a 7 años	Batería para evaluar la coordinación viso-motriz, la discriminación figura-fondo, la constancia de forma y las relaciones espaciales

EVALUACIÓN DE LA PERSONALIDAD			
Fábulas de Düss	L. Düss	Sin especificar	Análisis de complejos clásicos de la psicología freudiana
Test del árbol	R. Stora, M. Françoise, G.Fromont, A. Muel, Ch. De Sousa y F. De Castro	5 años en adelante	Análisis de problemas de personalidad a través de dibujos

EVALUACIÓN DE LA INTELIGENCIA

Test de inteligencia no verbal TONI-2	L. Brown, R.J. Sherbenon y S.K. Johasen	A partir 5 años	Evaluación de la capacidad para resolver problemas sin influencia del lenguaje y las habilidades motrices
Escala de inteligencia Wechsler para preescolar y primaria WPSI-III	D. Wechsler	30 meses a 7 años	Evaluación completa de la capacidad intelectual
Escalas McCarthy de aptitudes y psicomotricidad para niños MSCA	D. McCarthy	2 ^{1/2} a 8 ^{1/2}	Evaluación del desarrollo cognitivo y motor a través de 18 test, agrupados en 6 escalas: verbal, perceptiva, manipulativa, numérica, general cognitiva, memoria y motricidad
Test breve de inteligencia de Kaufman K-BIT	A. S. Kaufman y N. L. Kaufman	A partir de 4 años	Evaluación de la inteligencia verbal y no verbal
MacArthur. Inventario de Desarrollo Comunicativo	D. Jackson-Maldonado, D. Thal, V.A. Marchman, Fenson, T. Newton y T. Conboy	De 8 a 30 meses	Evaluación que facilita la detección, el diagnóstico y la intervención en alteraciones comunicativas

EVALUACIÓN DEL LENGUAJE

Test Illinois de Aptitudes Psicolingüísticas ITPA	S. A. Kirk, J. J. McCarthy y W. D. Kirk	3 a 10 años	Evaluación de las funciones psicolingüísticas implicadas en el procesos e comunicación y detección de trastornos de aprendizaje
Evaluación de la afasia y trastornos relacionados	H. Goodglass	A partir 5 años	Evaluación por medio de cinco subsecciones funcionales: habla conversacional, comprensión auditiva, expresión oral, lectura y escritura
Prueba para la Evaluación del Conocimiento Fonológico PECO	J. L. Ramos Sánchez e I. Cuadrado	A partir de 5 años	Evaluación del conocimiento fonológico (silábico y fonémico)
Prueba de Lenguaje Oral Navarra Revisada PLON-R	G. Aguinaga, M. L. Armentia, A. Fraile, P. Olangua y N. Uriz	3 a 6 años	Cribado del desarrollo del lenguaje oral
PEABODY. Test de vocabulario en imágenes	Ll. M. Dunn y L. M. Dunn	A partir 2 ^{1/2} años	Evaluación del nivel de vocabulario receptivo y cribado de la aptitud verbal
Registro Fonológico Inducido	M. Monfort y A. Juárez	De 36 a 78 meses	Registro del habla espontánea

Fuente: elaborada a partir del catálogo SRP