

3

COMPONENTES

Descripción general

QUÉ	1. DETECCIÓN PRECOZ DE DISCAPACIDAD INTELECTUAL O RIESGO DE PADECERLA
QUIÉN	Familia/ Pediatra/ Médico de familia/ Enfermera/ Profesional de Trabajo Social/ Profesional de la Educación de Primer y Segundo Ciclo de Infantil/ Profesional de Centros de Protección de Menores.
CUÁNDO	En cualquier momento en que se produzca contacto con el niño/a y su familia.
DÓNDE	En cualquier ámbito.
CÓMO	Presencia de signos de alerta.

QUÉ	2. VALORACIÓN DE LA DISCAPACIDAD INTELECTUAL
QUIÉN	Profesionales de la Pediatría/ Medicina de Familia/ Enfermera
CUÁNDO	Identificación de un signo de alerta
DÓNDE	Hospital/ Centro de Salud/ Consultorio
CÓMO	Anamnesis. Exploración. Valoración neuromadurativa. Pruebas complementarias
QUÉ	3. DERIVACIÓN A CENTRO DE ATENCIÓN INFANTIL TEMPRANA (CAIT)
QUIÉN	Profesionales de la Pediatría/ Medicina de Familia
CUÁNDO	Tras sospecha de retraso en el desarrollo psicomotor
DÓNDE	Centro de Salud/ Hospital
CÓMO	Protocolo específico
QUÉ	4. DIAGNÓSTICO FUNCIONAL E INTERVENCIÓN EN CAIT
QUIÉN	Profesionales del CAIT
CUÁNDO	Tras derivación
DÓNDE	CAIT
CÓMO	Protocolos específicos
QUÉ	5. DIAGNÓSTICO ETIOLÓGICO
QUIÉN	Pediatra AH/ Pediatra perteneciente a la Unidad de Neuropediatra/ Otros Especialistas
CUÁNDO	Una vez confirmada la sospecha
DÓNDE	Centro de Salud/ Consultorio/ Consulta Externa de AH
CÓMO	Exámenes complementarios según sospecha

QUÉ	6. INTERVENCIÓN SOBRE FAMILIA CON FACTORES DE RIESGO SOCIAL QUE PUEDAN INFLUIR EN EL DESARROLLO
------------	--

QUIÉN	Profesionales del SSPA/ Centros de Atención Infantil Temprana (CAIT)/ Centros de Educación Infantil/ Servicios Sociales Comunitarios (SS. SS. CC.)/ del EOE.
CUÁNDO	Tras detección activa.
DÓNDE	Centro de Salud/ Hospital/ Centro de Servicios Sociales Comunitarios/ Centros CAIT/ Centros Educativos.
CÓMO	Plan individualizado de Intervención Familiar.

QUÉ	7. INTERVENCIÓN EDUCATIVA EN EL PERIODO 0-6 AÑOS
------------	---

QUIÉN	Equipo de Orientación Educativa (EOE)/ Maestro tutor Profesional especializado en Atención Temprana / Maestro especialista en Pedagogía Terapéutica/ Maestro Especialista en Audición y Lenguaje/ Monitor de educación especial/ CAIT
CUÁNDO	En la solicitud y admisión en centro educativo o cuando se detecten las necesidades educativas especiales (n.e.e.)
DÓNDE	Colegio de Educación Infantil y Primaria (CEIP)/ Escuela de Educación Infantil (EEI)
CÓMO	Dictamen de Escolarización. Informe de Evaluación Psicopedagógica



Profesionales. Actividades. Características de calidad

Familia/ Pediatra/ Médico de familia/ Enfermera/ Profesional de Trabajo Social/ Profesional de la Educación de Primer y Segundo Ciclo de Infantil/ Profesional de Centros de Protección de Menores

Actividades	Características de calidad
<p>1º</p> <p>Detección precoz de discapacidad intelectual o riesgo de padecerla</p>	<ol style="list-style-type: none">1. La detección precoz de discapacidad intelectual se basará en:<ul style="list-style-type: none">• Presencia de antecedentes del periodo pre-peri natal, recogidos en el Proceso Asistencial Integrado de Atención Temprana⁽¹⁾, así como en el Subproceso de Seguimiento de Recién Nacido de Riesgo*.• Detectar al nacimiento cuadros que van a conllevar a lo largo de su proceso evolutivo Discapacidad Intelectual.⁽²⁾• Presencia de sucesos en la evolución postnatal que pueda conllevar riesgos de discapacidad intelectual. (Consultar actividad 5. Diagnóstico etiológico).• Presencia de rasgos dismórficos como signos de riesgo asociado a discapacidad intelectual^(3,4), teniendo en cuenta que:<ul style="list-style-type: none">o Los niños o las niñas con discapacidad intelectual suelen tener más de 3 malformaciones menores asociadas.o Las anomalías de la línea media facial están altamente asociadas a defectos neurológicos importantes y retraso mental (RM) por lo que está totalmente indicada en estos casos la realización de una exploración neuro-radiológica (Resonancia Magnética).o Es conveniente prestar especial atención al macizo craneofacial, extremidades y a la zona genital.2. Signos de alerta según etapa evolutiva a detectar en cualquier ámbito.<ul style="list-style-type: none">• Es fundamental tener en cuenta las siguientes consideraciones:⁽⁵⁻⁸⁾<ul style="list-style-type: none">o Una señal de alerta no significa por sí misma una alteración del desarrollo. Ante ella es necesario prestar una especial atención al seguimiento del menor.

* En prensa

- o No existe ninguna escala de síntomas o signos, validada, que nos sirva de cribado de discapacidad intelectual sobre todo para los primeros tres años de vida.
- o Alguno de los signos de alerta pueden ser comunes a distintos tipos de discapacidad.
- o En menores pretérmino, durante los dos primeros años la valoración de estos signos de alerta se hará conforme a su edad corregida.^(9,10)
- o Cualquier regresión de habilidades ya adquiridas, es un signo de alerta.
- o “Cuanto más lejos se encuentre un niño o una niña del promedio, en cualquier aspecto, es menos probable que sea normal” (Illingworth, 1985).⁽¹¹⁾
- o Se considerará señal de alerta la sospecha familiar de retraso del desarrollo.⁽¹²⁾
- Signos de alerta:^(11,13)
 - o A los 2 meses:
 - Escasa actividad espontánea.
 - Irritabilidad permanente.
 - Sobresaltos exagerados.
 - Llanto débil, escaso, corto, poco enérgico, lento en explosividad.
 - Ausencia de sonrisa.
 - La voz de la madre no lo tranquiliza.
 - Ausencia de respuesta visual a la cara humana.
 - No sigue (con los ojos o con la cabeza) ningún objeto en movimiento.
 - Emisión de sonidos monocordes, sin tonalidad, ni expresividad.
 - No reacciona al sonido de un sonajero u otros.
 - Aducción pulgar permanente.
 - o A los 4 meses:
 - Pasividad excesiva.
 - Incapacidad de reírse fuerte y alto, ante movimientos bruscos: cosquillas, balanceos...
 - No llora cuando lo coge otra persona que no es su madre (apego).

- Ausencia de sonrisa social.
- No emite sonidos para llamar la atención.
- No responde con sonidos guturales a la voz humana.
- No sigue con la mirada cuando su madre se aleja.
- Al mostrarle un objeto no intenta alcanzarlo.
- Incapacidad para mantener la cabeza erguida.
- Asimetría actividad de las manos.
- Hipertonía de aductores.
- o A los 6 meses:
 - Muestra escaso interés por su entorno (contemplación de sus propias manos).
 - No muestra expresiones de alegría.
 - Alteración importante del ritmo vigilia-sueño.
 - Escaso seguimiento de objetos y personas.
 - No coge objetos que se le ofrecen.
 - No orienta la mirada o la cabeza hacia la voz de la madre.
 - Ausencia de balbuceo o sonidos guturales.
 - Ausencia de sedestación con apoyo.
- o A los 9 meses:
 - Patrón de conducta repetitivo.
 - Incapacidad de responder cuando se le llama.
 - Escaso interés por personas y objetos.
 - No manipula objetos.
 - Incapacidad de emitir sonidos como: 'ah', 'm' mientras llora.
 - Ausencia de sedestación sin apoyo.
 - Ausencia de desplazamiento autónomo (rastreo, gateo).
- o A los 12 meses:
 - Ausencia de interés por el medio.
 - No comprende prohibiciones.
 - No tira de una cuerda para conseguir un objeto.
 - No imita gestos.
 - No emite sílabas inespecíficas.
 - Ausencia de bipedestación.

- o A los 15 meses:
 - No repite actos buscando el elogio.
 - No parece entender cuando se le riñe.
 - No comprende órdenes sencillas.
 - No utiliza el dedo índice para señalar.
 - No utiliza la pinza digital.
 - No es capaz de manipular a la vez varios objetos.
- o A los 18 meses:
 - Pasa continuamente de una actividad a otra.
 - No es capaz de garabatear.
 - No muestra interés por cuentos con dibujos.
 - No señala objetos, ni personas familiares cuando se lo nombran.
 - Ausencia de palabras (o primeros bisílabos) con propósito comunicativo.
 - Ausencia de deambulación.
 - No sube escaleras con ayuda.
- o A los 2 años:
 - Estereotipias verbales.
 - No identifica partes del cuerpo.
 - Incapacidad para realizar un juego simbólico.
 - No presta atención a cuentos.
 - Incapacidad para ejecutar órdenes sencillas que no se acompañen de gestos.
 - No hace frases de 2 palabras.
 - Habla ininteligible.
 - No pasa páginas de libros o cuentos.
- o A los 3 años:
 - Incapacidad para jugar con otros iguales.
 - Lenguaje incomprensible.
 - Incapacidad de imitar trazos horizontales y verticales.
 - Incapacidad para subir escaleras de forma independiente.
 - Incapacidad de emparejar formas sencillas (círculo-círculo, cuadrado-cuadrado).
- o A partir de 4 años:

- Incapacidad de reconocer y nombrar varios colores.
- No dibuja una persona con tres partes.
- No copia un cuadrado.
- Escasas acciones de imitación social: saludo, “hola”, “adiós”.
- No domina un vocabulario básico para su edad.
- Habla escasa, telegráfica.
- Le cuesta comprender dos órdenes sin relación.
- Pobreza en conceptos básicos: forma, tamaño, color.

3. Riesgo Psicosocial.

- Se aprovechará cualquier contacto con la familia por los diferentes profesionales de niveles y sectores para realizar una captación activa de los factores de riesgo social. ^(1,7)
- Los factores de riesgo psicosocial están contemplados en los Ejes II y III de la ODAT (Anexo 2) ⁽¹⁴⁾
 - o El Eje II recoge los factores familiares de riesgo como son, las características de los padres y de la familia, el estrés durante el embarazo y durante el periodo neonatal, así como los del periodo postnatal.
 - o En el Eje III se recogen los factores ambientales de riesgo como la exposición a entornos ambientales y sociales con factores de estrés y la exposición a factores de exclusión social de la familia.
- En menores procedentes de adopción internacional (ODAT, Eje II, 2.b.g.) se deberá realizar un seguimiento más intensivo de cara a detectar todos los factores de riesgo referidos en los puntos anteriores. ⁽¹⁵⁾

Pediatra/ Médico de familia/ Enfermera

Actividades	Características de calidad
<p style="text-align: center;">2º</p> <p>Valoración de la discapacidad intelectual</p>	<p>NEONATAL</p> <p>1. Cuando el diagnóstico o su sospecha se realice en periodo neonatal será preciso establecer un Plan de Atención Compartida (PAC),</p>

previo al alta del hospital, por el Equipo de Orientación Terapéutica (EOT). En este caso podrá contarse con el apoyo de las Asociaciones de Ayuda Mutua, tanto para el apoyo familiar en el momento del diagnóstico como tras el alta. ⁽¹⁾

- Plan de Atención Compartida (PAC):
 - o Se concretará antes del alta entre Atención Primaria (AP) y Atención Hospitalaria (AH) y el resto de profesionales implicados en el seguimiento del recién nacido.
 - o Se realiza por el Equipo de Orientación Terapéutica (EOT). Este equipo estará formado por los profesionales que han atendido al neonato, profesionales de la Unidad de Trabajo Social, el Pediatra de AP encargado de su atención y seguimiento al alta, Enfermeras Gestoras de Caso, profesionales del CAIT de referencia, pudiendo completarse con los profesionales que en cada caso se estime oportuno. Corresponderá la coordinación al Servicio de Pediatría, siendo el responsable el referente del Hospital para AT. Requiere, por tanto, la presencia simultánea de estos profesionales en el mismo espacio de trabajo, preferentemente el hospital.
 - o El PAC establece los objetivos para el primer año de vida del niño o la niña con lesiones establecidas o con riesgo de padecerlas o para el primer año posterior a la detección del problema, y la formulación de las orientaciones oportunas para la adecuada derivación y seguimiento al alta hospitalaria.
 - o La información contenida en el plan estará referida a las necesidades detectadas; los profesionales que intervienen en su seguimiento; las citas para los controles y las consultas puntuales a los especialistas de referencia en AH. Contará, igualmente, con instrucciones precisas para facilitar a la familia su cuidado en el hogar.
 - o El PAC establecerá el seguimiento y atención integral de menores con riesgo de alteraciones del desarrollo o lesión establecida, asegurando:
 - Una valoración continua de la situación biológica, psicológica y social que asegure que se beneficia de las medidas preventivas de nuevos riesgos, apropiadas para su edad y situación y que las intervenciones modificadoras de los riesgos se llevan a cabo de forma oportuna y efectiva.

- Que los planes de atención se revisarán y/o formularán de nuevo cuando la evolución del desarrollo así lo aconseje y en cualquier caso con periodicidad anual.
 - El seguimiento programado del neurodesarrollo y su atención integral se llevará a cabo, dentro del proceso de AT, desde el nacimiento hasta la edad escolar (0-6 años).
 - Tras dos años de evolución favorable se finalizará el seguimiento programado por el EOT de forma consensuada. El pediatra de AP mantendrá seguimiento, vigilando la aparición de señales de alerta.
- o El PAC deberá contemplar como mínimo la siguiente información:
- Modelo de Consentimiento Informado para el intercambio de información.
 - Datos identificativos.
 - Datos del profesional referente del EOT y modo de contacto.
 - Antecedentes y pruebas diagnósticas de interés, y situación clínica al alta hospitalaria.
 - Diagnóstico según ODAT.
 - Pertenencia a grupo de riesgo de trastorno del desarrollo:
 - * Riesgo social.
 - * Riesgo biológico (excluyendo SNC).
 - * Riesgo de lesión neurosensorial.
 - * Riesgo psicológico.
 - * Menores con lesiones establecidas.
 - * Menores que asocian varios riesgos o lesiones.
 - Calendario de revisiones. Se coordinarán las agendas de los distintos especialistas implicados en el seguimiento para conseguir minimizar el número de visitas al centro hospitalario o especializado.
 - Fecha de revisión prevista por el EOT.
- o El PAC se complementará con el Programa Individualizado de Atención Temprana (PIAT), que se reflejará, hasta la puesta en marcha del sistema de información, en un documento de seguimiento coordinado para todos los profesionales que intervengan en el caso.

- El PIAT cumplirá los siguientes requisitos:
 - o El Pediatra de Atención Primaria será el referente de caso.
 - o El Pediatra de Atención Primaria derivará a un único especialista del hospital (preferentemente Pediatra perteneciente a la Unidad de Neuropediatría) quien coordina el resto de actividades intrahospitalarias. Igualmente lo comunicará a la Enfermera Gestora de Casos y a la Unidad de Trabajo Social para establecer contacto con la familia.
 - o Los responsables de la coordinación interniveles (AP y AH) serán profesionales Enfermeras Gestoras de Casos y de Trabajo Social de Hospital y Comunitario. Se coordinarán las agendas de los distintos especialistas implicados en el tratamiento para conseguir minimizar el número de visitas al centro hospitalario o especializado.
 - o Se informará a los padres y madres de la periodicidad de las revisiones por parte de cada especialista.
 - o El Informe de coordinación será un documento al que tendrán acceso los profesionales de todos los ámbitos (sanitario, educativo, social) que intervienen en la atención al niño o la niña. Para ello la familia firmará un consentimiento informado de protección y cesión de datos.

2. El informe de coordinación incluirá:

- Modelo de Consentimiento Informado para el intercambio de información.
- Datos referentes al ámbito Hospitalario:
 - o Profesionales que realizarán seguimiento.
 - o Calendario de revisiones anual.
 - o Actualización diagnóstica.
 - o Tratamiento Médico.
 - o Tratamiento Rehabilitador.
 - o Tratamiento Quirúrgico.
 - o Informe de continuidad de cuidados de Enfermería.
 - o Pruebas pendientes de resultado.
 - o Se especificará el alta en las diferentes áreas según momento evolutivo.
- Datos referentes al ámbito de AP:
 - o Procesos intercurrentes relevantes.

- o Tratamientos crónicos.
- o Plan de Cuidados de Enfermería (Informe de continuidad de cuidados).
- o Situación vacunal.
- o Detección de riesgo sociofamiliar.
- o Pruebas complementarias (en coordinación con AH para evitar duplicidad).
- o Actualización diagnóstica.
- Datos referentes al ámbito del CAIT:
 - o Profesionales que intervienen.
 - o Actividades.
 - o Tipo.
 - o Frecuencia en Unidades de Medida de AT (UMAT).
 - o Objetivos de trabajo.
 - o Impresión evolutiva.
 - o Intervenciones en otros ámbitos (educativo, familiar, entorno).
- Datos referentes al ámbito educativo:
 - o Modalidades de escolarización.
 - o Profesionales que intervienen.
 - o Frecuencia.
 - o Sesiones grupales (SI/NO).
 - o Rendimiento académico (Niveles de competencia curricular).
 - o Relación con iguales (Integración).
 - o Necesidades detectadas.
- Datos referentes al ámbito de trabajo social:
 - o Plan de Acción Social.
 - o Información sobre prestaciones y recursos públicos.
 - o Asesoramiento y ayuda para la gestión del Reconocimiento de la Minusvalía y prestaciones o servicios derivados de ella.
 - o Orientación y derivación para la valoración del nivel y grado de dependencia.

POSTNEONATAL

1. Generalmente se necesitan varias visitas para poder llegar a un diagnóstico causal de discapacidad intelectual, no significando

siempre la presencia de una señal de alerta un motivo de derivación sino de valoración y seguimiento cercano. ⁽⁵⁻⁸⁾

2. Cuando se sospeche discapacidad intelectual, en AP se deberá valorar: ^(6,16-21)

- Historia Clínica, con especial atención a los siguientes factores de riesgo:
 - o Anamnesis:
 - Antecedentes personales:
 - * Preconcepcionales/prenatales:
 - Edad materna (< 18 o > 35-38 en primer embarazo) y paterna (> 40 años).
 - Tipo de concepción y embarazo (específicamente fertilización in Vitro).
 - Ingesta de teratógenos fetales (alcohol, tabaco, drogas).
 - Infecciones maternas con potencial teratógeno (complejo TORCH).
 - * Perinatales:
 - Edad gestacional < 35 semanas.
 - Retraso Crecimiento Intrauterino (CIR).
 - Parto distócico.
 - Rotura precoz de membranas.
 - Hipoxia perinatal.
 - Apgar al nacimiento < 7 a los cinco minutos.
 - Diagnósticos tras ingreso en unidad neonatal.
 - Periodo neonatal inmediato: problemas de succión o dificultades para la alimentación.
 - Peso/talla y sobre todo perímetro craneal (PC) al nacimiento y medidas evolutivas posteriores.
 - * Postnatal y hasta la primera consulta:
 - Crecimiento y desarrollo con especial atención al PC.
 - Desarrollo psicomotor: estancamientos o regresiones.
 - Rendimiento escolar.
 - Enfermedades intercurrentes. Ingresos hospitalarios.
 - Especial atención a síntomas como retraso apa-

rición del lenguaje, falta de atención, estereotipias, conductas agresivas, alteraciones de las funciones adaptativas.

- Lugar de nacimiento e informes en menores de adopción internacional.
 - Confirmar si tiene realizados test de screening neonatal metabólico y auditivo.
- Antecedentes familiares.
- * Miembros de la familia afectos de retraso mental y/o otras enfermedades genéticas, cromosómicas, malformativas. Es recomendable la realización de árbol genealógico que incluya al menos tres generaciones.
 - * Antecedentes de infertilidad o abortos previos, muertes prematuras, enfermedades psiquiátricas, malformaciones congénitas, consanguinidad.
 - * Ambiente psicosocial y presencia de factores de riesgo social.
- o Señales de alerta:
- Exploración general. Comparar los hallazgos y medidas obtenidos con datos anteriores, utilizando, si es posible, tablas específicas según procedencia geográfica/etnia, y/o patología.⁽²²⁻³⁰⁾
 - Exploración neurológica:
 - * Desarrollo psicomotor (Escala Haizea Llevant).⁽¹³⁾
 - * Valoración de la interacción con el medio (padres, pediatra, entorno). Conductas más frecuentemente asociadas a síndromes concretos (Anexo 3).
 - * Actividad, actitud, pares craneales, reflejos, tono y fuerza.
 - * Signos cutáneos de enfermedades neurocutáneas (textura, aplasias, manchas café con leche, manchas acrómicas lanceoladas, hemangiomas, tumores). Descripción del pelo, dientes y uñas.
 - Exploración dismórfica:⁽³⁾
 - * El patrón de rasgos dismórficos y de otros hallazgos es más importante que un signo aislado.
 - * La presencia de rasgos dismórficos es sugestiva de la existencia de un síndrome característico, espe-

cialmente si se acompaña de malformaciones y/o retraso en el desarrollo.

- * Algunos rasgos dismórficos están relacionados con la edad y son por tanto evolutivos, por lo que los pacientes deben ser evaluados periódicamente.
- * Recoger fotografías de familiares y a ser posible grabaciones del niño o la niña a estudiar bajo consentimiento informado de la familia.
- * Niños o niñas con más de tres malformaciones menores, suelen tener mayor riesgo de RM.
- * Las pruebas de imagen pueden ayudar a completar los hallazgos exploratorios.
- * El examen físico se centrará en la detección de rasgos dismórficos haciendo especial hincapié en reconocer anomalías:
 - Craneofacial, especialmente alteraciones de línea media:
 - Fisuras palatinas o labio leporino.
 - Malformaciones oculares.
 - Malformaciones auriculares (apéndices, fístulas, posición y rotación).
 - Anomalías de la nariz.
 - En ocasiones se aprecian rasgos dismórficos no relevantes aisladamente pero que conforman una facies peculiar.
 - Una hipotonía intensa puede dar facies alargada y paladar ojival sin que sean rasgos expresamente malformativos.
 - Cráneo: forma del cráneo valorando cierres precoces de suturas (craneosinostosis).
 - Extremidades:
 - Deberemos observar malformaciones evidentes por segmentos, y valorar su simetría.
 - En los dedos podemos encontrarnos alteraciones del número (polidactilias u oligodactilias) o la forma (defectos de reducción, clinodactilias...).

- Valorar la longitud de los miembros y su relación con el tronco, especialmente en las displasias óseas.
 - Genitales.
 - Especial atención con los genitales ambiguos, por asociarse con mayor frecuencia con RM. Es necesaria además la asignación de sexo lo más precozmente posible.
 - Especialmente en los masculinos es posible encontrar alteraciones en la forma y tamaño. La hipospadias es la malformación más frecuente aunque se asocia raramente con RM, pero puede acompañarse de alteraciones renales y tener un carácter familiar.
 - Imprescindible valoración de la visión (incluyendo fondo de ojo) y audición. Consulta Oftalmología y ORL. ⁽¹⁹⁾
 - Valoración de Enfermería atendiendo a las necesidades básicas del niño o la niña y de la familia y/o cuidadores.
3. Una vez confirmada la sospecha de discapacidad intelectual se derivará a otras especialidades para confirmar el diagnóstico etiológico, al CAIT para iniciar intervención, al E.O.E. para valoración psicopedagógica y dictamen de escolarización y a Trabajador Social de referencia ante la sospecha de factores de riesgo psicosocial.
- Previamente a la derivación se comunicará a la familia el diagnóstico o la sospecha de una forma comprensible. Se creará un ambiente lo más empático posible, teniendo en cuenta al menor, poniendo especial cuidado en establecer contacto visual, dirigiéndose hacia el frecuentemente a lo largo de cualquier entrevista.
4. Se elaborará el Plan de Cuidados de Enfermería (Anexo 4).

Pediatra/ Médico de Familia

Actividades	Características de calidad
<p>3º</p> <p>Derivación a Centro de Atención Infantil Temprana (CAIT)</p>	<ol style="list-style-type: none">1. Mediante los medios informáticos cuando estén disponibles en la aplicación DIRAYA. En su defecto, mediante el “Documento de Interconsulta de Centros Sanitarios a Centros de Atención Infantil Temprana” cumplimentando la clasificación de la Organización Diagnóstica de Atención Temprana (ODAT) ⁽¹⁴⁾.2. Gestión de cita telefónica por el Servicio de Atención a la Ciudadanía (SAC) mediante contacto directo con CAIT.3. El SAC contará con el listado de los CAIT de referencia, nombre de profesional de contacto, número telefónico, FAX y correo electrónico si lo hubiera.4. Se enviará para facilitar la priorización una copia del Documento de Interconsulta mediante Fax o correo electrónico.5. En caso de existir demora en el CAIT de referencia se informará de ello al Referente de Distrito de Atención Temprana y/o a la Consultora Provincial de Atención Temprana en la Delegación de Salud.6. El SAC contará con el listado de Referentes de Distrito y Provinciales.7. La valoración por CAIT debe realizarse antes de 15 días y la intervención se iniciará antes de 30 días.

Equipo del Centro de Atención Infantil Temprana

Actividades	Características de calidad
<p>4º</p> <p>Diagnóstico funcional e intervención en CAIT</p>	<ol style="list-style-type: none">1. Preferentemente el CAIT deberá contar con un equipo multidisciplinar cuyos profesionales posean formación de postgrado específica en Atención Temprana, Psicología del Desarrollo, Intervención Familiar, Diagnóstico.

2. El CAIT ha de tener fácil acceso y comunicación mediante transporte público, careciendo de barreras arquitectónicas y con separación arquitectónica o funcional entre el centro y otros servicios que puedan prestarse en el mismo local.
3. Intervención en centros de atención infantil temprana.
 - Fase de acceso.
 - o Derivación al CAIT por parte del Pediatra de Atención Primaria mediante documento de derivación o a través de sistema de información cuando esté desarrollado.
 - o Se abrirá una Historia de Atención Temprana, que recogerá cada una de las fases de la intervención en el CAIT y que se actualizará a medida que se produzcan cambios en la evolución y que contendrá los siguientes documentos:
 - Datos personales.
 - Motivo de la solicitud.
 - Documentos de derivación.
 - Informes médicos y pruebas médicas realizadas.
 - Entrevista inicial.
 - Valoración inicial: hoja de resultados de las pruebas estandarizadas utilizadas.
 - Programa Individualizado de Intervención.
 - Evaluaciones posteriores.
 - Informes realizados.
 - Diario de Incidencias a lo largo del proceso de intervención.
 - Reuniones de coordinación realizadas con los distintos profesionales implicados (educativo y sanitario).
 - Informe de derivación.
 - o Se solicitará a la familia el consentimiento informado para:
 - Aceptación del plan de intervención a seguir.
 - Utilización de datos en archivo informático (Ley de protección de datos) y cesión de datos entre administraciones implicadas en el seguimiento y tratamiento de la discapacidad intelectual.
 - Entrevista de acogida.

- o Este primer encuentro es de especial importancia para disminuir el estado de ansiedad y angustia ante la situación de incertidumbre por la que puede estar pasando la familia.
- o Permitirá un conocimiento mutuo entre la familia y el servicio favoreciendo una relación de empatía entre ambas partes.
- o Recogida de información por parte del profesional sobre el o la menor (datos biográficos, antecedentes clínicos e informes anteriores), la familia y el entorno.
- o Se informará a los padres y madres de:
 - Funcionamiento del centro (trabajo que se realiza, como se realiza, cartera de servicios y horarios posibles).
 - Profesional de referencia y resto de profesionales.
- o Se facilitará información comprensible y homogénea sobre el proceso que origina la asistencia, sus derechos y deberes con respecto al centro, respetando la privacidad y sus valores culturales.
- o Identificar la construcción que realiza la familia sobre su hijo o hija con discapacidad, confirmando o refutando sus hipótesis iniciales.
- Fase de evaluación:
 - o Se valora toda la documentación aportada sobre el o la menor durante la entrevista de acogida.
 - o Evaluación del niño o la niña:
 - Observación de la conducta espontánea.
 - Aplicación de pruebas estandarizadas para la evaluación del desarrollo:
 - * Escala de Desarrollo Psicomotor de la Primera Infancia (0-3 años) de Brunet-Lézine (revisada 1997). ⁽³¹⁾
 - * K-ABC: Batería de Evaluación de Kaufman para Niños (2 años y medio – 12 años y medio). ⁽³²⁾
 - o Evaluación de la familia y entorno: ⁽³³⁻³⁶⁾
 - Identificar puntos fuertes y débiles de la familia y su red de apoyo.
 - Realizar Test de Apgar familiar. (Anexo 5).
 - Valorar las posibilidades de acceso de la familia a los

recursos comunitarios (asociaciones, Escuelas Infantiles, Ludotecas...).

- Implicación de los diferentes miembros de la familia que interactúan habitualmente con el niño o la niña.
 - Se recabará información del personal en contacto con el niño o la niña en la Escuela Infantil, colegio o Equipo de Orientación Educativa (EOE).
 - Observación en la Escuela Infantil o colegio en los casos necesarios.
- o Elaboración de hipótesis diagnóstica:
- Una vez recogida toda la información se elaborará la hipótesis sobre el diagnóstico funcional (siguiendo la terminología de la Organización Diagnóstica para la Atención Temprana (ODAT) y a partir del mismo el plan de intervención por parte del equipo del Centro.
 - Se valorará la necesidad de remitir al pediatra de referencia para determinar la pertinencia de la realización de pruebas o consultas a otros especialistas para aclarar o descartar otros diagnósticos.
 - El diagnóstico funcional se revisará a lo largo de toda la intervención para efectuar los cambios oportunos.
- o Devolución de la información:
- Una vez finalizado el proceso de valoración se realizará una entrevista de devolución de la información a los padres. Éste se constituye como un momento crucial y se debe realizar de forma que los ayude a entender y ajustar sus expectativas, aceptando y afrontando esta nueva situación.
 - Se preguntará a la familia sobre la información ya recibida y sobre la interpretación que hacen de esa información, procurando no censurar en ningún momento ni esas informaciones ni esas interpretaciones. Debe tenerse en cuenta que los familiares necesitarán tiempo, a veces mucho, y repetidas entrevistas para asumir lo que se les intenta transmitir, lo cual es imprescindible para una correcta comprensión.
 - Se dará la información básica y directrices de la intervención (profesional-referente, programa de intervención individualizado, tipo de intervención...).^(37,38)

- Hasta la puesta en marcha del Sistema de Información, se cumplimentará por parte del Centro de Atención Infantil Temprana, la ficha individual de usuario, que se remitirá al profesional que derivó el caso y a la Consultora Provincial de Atención Temprana de cada Delegación Provincial de Salud, en el plazo aproximado de un mes.
- La intervención la llevará a cabo por un Equipo multidisciplinar, de forma inter o transdisciplinar. Las decisiones son tomadas por el equipo, atendiendo a las necesidades del niño o la niña y la familia teniendo en cuenta las opiniones individuales de sus miembros.
- Hasta la puesta en marcha del Sistema de Información, el CAIT envía ficha individual y Plan de actuación al Pediatra que lo derivó para su seguimiento.
- Fase de intervención:
 - o En función de los datos y conclusiones obtenidas en la valoración se realizará un Programa de Intervención Individual que atienda la vertiente bio-psico-social del niño o la niña y la familia.
 - o Este programa se facilitará al profesional sanitario de referencia y a la Escuela Infantil o colegio en cada caso. En este Programa se recogerá:
 - Las distintas áreas de intervención (Motora Gruesa y Fina, Cognitiva, Comunicación, Social y Autoayuda) divididas en objetivos y éstos, a su vez, desgranados en actividades. Éstos se adecuarán a actividades de la vida diaria.
 - Profesionales que van a intervenir.
 - Metodología de la intervención.
 - Modalidad de la intervención (individual, grupal, ambas).
 - Contexto de la intervención (CAIT, Domicilio, otros).
 - Recursos materiales y personales.
 - Cronograma.
 - Intensidad y frecuencia de las sesiones.
 - Las actuaciones con la familia relacionadas con la intervención, pautas educativas, relación con hermanos u otros miembros de la familia, relaciones de pareja.

- La intervención sobre el entorno: la familia extensa, grupo de amistades y entidades afines a través de tratamiento conjunto con el niño o la niña, madres/padres, escuela de padres, actividades de ocio y convivencias, guardería, escuela, etc.
- o Una vez realizado el Programa se informará de éste de forma clara a la familia y se verán las actuaciones conjuntas previstas y las aclaraciones oportunas destinadas a la información/ formación y adquisición de habilidades y competencias que la capaciten para ser parte activa del tratamiento.
- o Se realizará una evaluación continua del Programa de Intervención, y en función de la evolución, se revisará y/o modificará el mismo, emitiendo un informe con periodicidad anual como mínimo.
- o La duración de la intervención será la que precise cada menor y se extenderá hasta que se consigan los objetivos propuestos, ya sean educativos, sociales o sanitarios, o alcance los 6 años de edad y las características del servicio lo permitan.
- o La atención directa se realizará, habitualmente, en la sede de los CAIT y, en los casos que lo requieran, podrán realizarse desplazamientos hasta el domicilio familiar, Escuelas Infantiles, Centros de Educación Infantil, o Centros Sanitarios donde se encuentren integrados.
- o La intervención a la familia se hará de forma individual y/o grupal buscando el intercambio de información, dudas y otros aspectos relacionados con la intervención de su hijo o hija, pautas educativas, relación con hermanos u otros miembros de la familia, relaciones de pareja. Se intervendrá sobre la familia extensa, grupo de amistades y entidades afines a través de tratamiento conjunto con el niño o la niña, madres/padres, cursos de formación, actividades de ocio y convivencias, escuelas infantiles, colegios, etc. Se facilitará a la familia información sobre todos aquellos recursos administrativos que puedan ayudarles a nivel asistencial, legal, de ayudas económicas, asociaciones y otras.
- o El Plan de Intervención se revisará a lo largo de todo el proceso para efectuar los cambios oportunos. Si esto ocurre, hasta la puesta en marcha del Sistema de Información, se realizará el informe de seguimiento que indicará los cambios producidos en el transcurso de la intervención

que supongan una variación en el Plan Inicial y/o en el diagnóstico. Este se remitirá al profesional que derivó el caso y a la Consultora Provincial de Atención Temprana.

- o Módulos de intervención:
 - La medición de la duración de las sesiones se hará utilizando la Unidad de Medida de Atención Temprana ⁽³⁸⁾ (1 UMAT = 45 minutos / mes), tanto en actividad directa (menor) como indirecta (familia y entorno), cuyo número se adaptará a cada caso.
 - La pertinencia del número de UMAT se realizarán desde cada Delegación Provincial de Salud, a través de la figura de la Consultoría Provincial.
 - En función del número de sesiones se establecerán los siguiente módulos:
 - * Menor:
 - Tipo A, menos de 2 UMAT.
 - Tipo B, entre 2 y 4 UMAT.
 - Tipo C, entre 4 y 6 UMAT.
 - Tipo D, entre 6 y 8 UMAT.
 - Tipo E, más de 8 UMAT.
 - * Familia-Entorno:
 - Tipo A, menos de 1 UMAT.
 - Tipo B, 1 UMAT.
 - Tipo C, 2 UMAT.
 - Tipo D, más de 2 UMAT.
- o Todos los resultados obtenidos de la entrevista, observaciones y las valoraciones efectuadas se recogerán y se añadirán a la historia.
- Fase de derivación:
 - o Cuando se considera el final de la intervención en un Centro de Atención Infantil Temprana, debido a la correcta evolución, a la edad o porque se desplace a otro centro a continuar su intervención, se realizará protocolo de derivación.
 - o El Centro de Atención Infantil Temprana emitirá un informe en el que se especificará:
 - Datos personales.
 - Diagnósticos.

- Historia de la Intervención: situación inicial, evolución, situación actual.
- Conclusiones y Propuesta de intervención futura.
- o La derivación se realizará de forma consensuada por todos los profesionales implicados en el PIAT una vez que se cumpla alguno de los criterios antes mencionados.
- o El fin del Programa de Intervención lo formalizará el pediatra a propuesta del profesional del CAIT. En situaciones de discrepancia persistente entre profesionales sobre el cumplimiento de los criterios para el alta o la conveniencia de ésta, la decisión se trasladará a la Unidad de Coordinación de Atención Temprana de la Delegación Provincial de Salud.
- o Cuando la derivación se realice a un Centro Educativo se hará a través del Informe de Escolarización (Anexo 6).
- o A ser posible se realizará una reunión del profesional del Centro de Atención Temprana con el profesional al que se haga la derivación (Equipo de Orientación Educativa o maestro del centro educativo y en su caso profesional de Atención Temprana del EOE especializado) para facilitar la correcta incorporación al nuevo centro.

4. Historia de atención temprana.

- Los datos de la historia de atención temprana se recogerán a través del Sistema de Información de AT, cuando esté disponible.
- Cada menor tendrá una Historia de Atención Temprana en el CAIT, que se irá actualizando a través de todo el proceso de intervención. Entre sus objetivos se encuentra facilitar el trabajo interdisciplinar de los profesionales que intervienen a lo largo del proceso facilitándoles el acceso a la información.
- La historia de AT deberá contener la siguiente documentación:
 - o Datos personales.
 - o Motivo de la solicitud.
 - o Derivación, documentos.
 - o Informes médicos.
 - o Pruebas médicas realizadas.
 - o Entrevista inicial.
 - o Valoración inicial: hoja de resultados de las pruebas estandarizadas utilizadas.
 - o Programa Individualizado de Intervención.

- o Evaluaciones posteriores.
- o Informes realizados.
- o Diario de incidencias a lo largo del proceso de intervención; se anotará cualquier dato significativo a lo largo de la intervención. También se recogerán las reuniones de coordinación realizadas con los distintos profesionales implicados (educativo y sanitario).
- o Informe de derivación.

Pediatra AH/ Pediatra perteneciente a la Unidad de Neuropediatra/ Otros Especialistas

Actividades	Características de calidad
<p style="text-align: center;">5º</p> <p>Diagnóstico Etiológico</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Generalmente se necesita un seguimiento prolongado para poder llegar a un diagnóstico etiológico o sindrómico de discapacidad intelectual. A pesar de ello, entre un 20-30% de los casos no se llegará a conocer la etiología. ^(2,39-40) (Anexo 7). 2. Es preciso realizar un adecuado diagnóstico diferencial que incluya la presencia de un trastorno del lenguaje o un trastorno generalizado del desarrollo (TGD) ⁽¹⁹⁾. 3. El diagnóstico etiológico se debe basar en una historia clínica y un examen físico detallado, el cuál ya nos puede orientar hacia alguna enfermedad en concreto y a la realización de las pruebas complementarias adecuadas. <ul style="list-style-type: none"> • Historia clínica (ver actividad 2, punto 2). • En algunos casos el diagnóstico procederá de los cribados neonatales implantados, como el de hipotiroidismo, fenilcetonuria... y déficit de la cadena media de la Acyl-Coenzima A dehidrogenasa ⁴¹ • Pruebas complementarias principales que deberían solicitarse en el proceso diagnóstico del paciente con discapacidad intelectual de causa no aclarada: ^(2,3,4,19,42-45) <ul style="list-style-type: none"> o Cariotipo convencional independientemente del grado de severidad de RM, del sexo o de la presencia o no de rasgos dismórficos (resolución mínima de 500 bandas) en busca de anomalías numéricas y estructurales.

- o Cariotipo de alta resolución en caso de cariotipo convencional normal. Estudiar a los padres en casos de traslocaciones.
- o Estudio molecular para síndrome X frágil (Gen FMR1) en todos los varones, y en mujeres con historia familiar sugestiva de retraso mental ligado al cromosoma X.
- o Estudios metabólicos básicos (aminoácidos en sangre y orina, lactato y piruvato plasmático, carnitina, acetoacetato e hidroxibutirato, CPK) para el diagnóstico de enfermedades metabólicas como causa de Retraso Mental (Anexo 8).
- Pruebas complementarias a realizar orientadas según historia clínica y exploración ^(2,16,18,19,21,43-45) (Anexo 9).
 - o Resonancia magnética craneal, especialmente en caso de microcefalia, macrocefalia, alteraciones neurológicas, convulsiones, rasgos dismórficos y asfisia perinatal. Sólo ante la presencia de síndromes asociados a calcificación intracraneal, el estudio de imagen de elección sería el TAC craneal.
 - o Estudio de microdeleciones sindrómicas en caso de sugerirlo el fenotipo (Williams, Prader-Willi...) ⁽⁴⁶⁻⁴⁹⁾.
 - o En niñas con regresión psicomotora temprana (< 18 meses), pérdida de habilidades manuales con movimientos estereotipados de las mismas (lavado, frotamiento, llevárselas a la boca) y comportamiento autista testar el gen MECP-2 en busca del Síndrome de Rett. En caso de ser negativo, descartar el síndrome de Angelman ⁽⁵⁰⁻⁵²⁾.
 - o En caso de malformaciones congénitas asociadas o antecedentes familiares de herencia no convencional, estudio de regiones subteloméricas.
 - o En RM moderado o severo con hipotonía intensa, con o sin crisis convulsiva y signos de afectación neurológica encefálica, deberemos realizar la determinación de glicoproteínas deficiente en carbohidratos, ácidos orgánicos en sangre y orina, y guanidil-acetato.
 - o En caso de sospecha de enfermedad de depósito, valorar la realización de glucosamino-glicanos y oligosacáridos en orina, linfocitos vacuolados en sangre periférica/médula ósea.
 - o Biopsia muscular en caso de sospecha de enfermedad neuromuscular, para estudio anatomopatológico de las fibras musculares y estudio de cadena respiratoria.
 - o En caso de sospecha de enfermedades peroxisomales, realizar estudio específico en fibroblastos.

- o En caso de hallazgos compatibles en la exploración de fondo de ojo (mancha rojo cereza, retinosis pigmentarias...), realizar estudio específico según la enfermedad sospechada.
 - o Si ha habido episodios de crisis convulsivas, episodios paroxísticos o se sospecha un síndrome que se acompañe de enfermedad epiléptica, debería realizarse un EEG.
 - o Electromiograma y electroneurograma, en caso de sospecha de enfermedad neuromuscular y/o desmielinizante.
 - Pruebas complementarias de rescate ante las siguientes situaciones:
 - o Cribado de enfermedades metabólicas en menores procedentes de adopción internacional o cuando no haya constancia de que se haya realizado. ⁽¹⁵⁾
 - o Cribado ampliado de enfermedades metabólicas (tras su implantación) en menores en los que no se haya realizado por cualquier causa⁽⁴³⁻⁴⁴⁾.
 - o Completar el despistaje de hipoacusia neonatal en caso de no haberse realizado.
 - o Serología TORCH, en caso de clínica sugestiva y falta de datos de estudio de serología prenatal.
 - o Estudio tiroideo ante la aparición de clínica compatible, con prueba del talón normal.
4. Derivación a genética clínica / dismorfología de menores con retraso en el desarrollo ante:
- Retraso mental moderado o severo de causa desconocida tras realización de estudios previos.
 - Anomalías cromosómicas u otros test genéticos anormales.
 - Retraso del desarrollo asociado a anomalías congénitas, rasgos dismórficos o problemas multisistémicos.
 - Retraso mental moderado o severo si existe consanguinidad de los padres o historia familiar de retraso en el desarrollo.
5. Derivación a la Unidad de Salud Mental Infanto-Juvenil (USMIJ) para diagnóstico diferencial y al CAIT para intervención cuando se sospeche trastornos de conducta, Trastornos Específicos del Lenguaje (TEL), Trastornos del Espectro Autista (TEA).
6. Realización de Informe dirigido al pediatra referente de AP.

**Profesionales del SSPA, Centros de Atención Infantil Temprana (CAIT)/
Centros Educación Infantil/ Servicios Sociales Comunitarios (SS SS CC)/
del EOE.**

Actividades	Características de calidad
<p>6º</p> <p>Intervención sobre familia con factores de riesgo social que puedan influir en el desarrollo</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Tras la detección del riesgo social se derivará a la Unidad de Trabajo Social del centro (Hospital, Centro de Salud o Centro de Servicios Sociales Comunitarios) a través de Documento de Derivación específico. <ul style="list-style-type: none"> • Intervenciones del Profesional de Trabajo Social sobre familias con factores de riesgo social: <ul style="list-style-type: none"> o Entrevista donde se cumplimentará la Historia Social. o Valoración social donde se detectan necesidades del niño o la niña y las fortalezas y dificultades de la familia para cubrirlas. <ul style="list-style-type: none"> - Se aplicará escala de valoración social (APGAR Familiar) o Plan de actuación: <ul style="list-style-type: none"> - Información individualizada de los riesgos detectados. - Información y promoción de los recursos existentes en la familia nuclear, extensa y en la comunidad. - Apoyo y seguimiento a lo largo del proceso de integración social. - Intervención del Profesional de Trabajo Social en coordinación con la profesional de Enfermería referente y/o profesional Enfermera Gestora de Casos, que aseguren la continuidad de las intervenciones establecidas en el plan de actuación con la familia durante el ingreso. o Coordinación interdisciplinar y derivación con informe social dirigido a: <ul style="list-style-type: none"> - Servicios de Salud (Hospital, Atención Primaria, CAIT). - Otros sectores: servicios de protección de menores, servicios sociales comunitarios, equipos de tratamiento familiar, servicios de educación, centros de información a la mujer, centros de atención a toxicomanías, etc. • Intervención sobre menores en una posible situación de desamparo al nacimiento o en ingreso por: <ul style="list-style-type: none"> o Oficio del Servicio de Protección de Menores. o Decisión de la madre de dar el recién nacido en adopción. o Detección por parte de los profesionales. 2. Plan de actuación por parte de los profesionales ante la sospecha de riesgo social:

- Interconsulta inmediata a la Unidad de Trabajo Social.
 - En los casos de sospecha de maltrato los profesionales cursarán la Hoja de Detección y Notificación de Maltrato Infantil.
 - Valoración médica, de enfermería y social de la situación del menor.
 - Información a la familia de la obligatoriedad por parte de los profesionales de comunicar la situación al Servicio de Protección de Menores.
 - Coordinación con los Servicios de la Comunidad.
 - Informe social, médico y de enfermería al Servicio de Protección de Menores.
 - La Resolución de Desamparo por parte del Servicio de Protección de Menores se hará constar en la historia clínica del menor, en la Unidad de Trabajo Social, en las Subdirecciones Médica y de Enfermería. La salida del menor del Área Neonatal u otra, se realizará de forma coordinada bajo la custodia del Servicio de Protección de Menores.
 - Si no se produce la Resolución de Desamparo, el alta de la Unidad Neonatal se realizará, como en cualquier otra situación de riesgo, entregándolo a la familia e informando a la Unidad de Trabajo Social del centro hospitalario quien lo comunicará con informes a su centro de salud y servicios sociales comunitarios.
 - Identificar una figura responsable dentro del entorno familiar, que será la referente para el grupo de profesionales que trabajan con la o el menor.
 - Se asegurará en la época neonatal la Solicitud de Tarjeta Sanitaria con asignación de pediatra.
 - La o el Trabajador Social establecerá la coordinación con los Servicios Sociales Comunitarios y los Equipos de Tratamiento Familiar.
 - En caso de detección neonatal, ambos profesionales realizarán la visita puerperal en el domicilio.
 - El pediatra de AP decidirá la derivación al CAIT en aquellos casos que lo requieran.
 - Se fomentará la adhesión al Programa de Seguimiento de Salud Infantil haciendo hincapié en asegurar el calendario vacunal.
3. Cuando los factores de riesgo sean detectados en los CAIT se remitirán al Pediatra de AP, quien tras valoración, remitirá el caso al profesional de Trabajo Social de la Zona Básica de Salud.

Equipo de Orientación Educativa (EOE)/ Maestro tutor/ Profesional especializado en Atención Temprana/ Maestro especialista en Pedagogía Terapéutica/ Maestro Especialista en Audición y Lenguaje/ Monitor de educación especial/ CAIT

Actividades	Características de calidad
<p>7º</p> <p>Intervención educativa en el periodo de 0-6 años</p>	<p>Las actividades descritas en cuanto a evaluación psicopedagógica, dictamen de escolarización, adaptación curricular y recursos, se refieren al periodo 3–6 años (segundo ciclo de Educación Infantil).</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Los menores con discapacidad intelectual son considerados dentro del sistema educativo como alumnado con necesidades educativas especiales (n.e.e.). Su escolarización se regirá por los principios de:⁽⁵³⁾ <ul style="list-style-type: none"> • Normalización. • Inclusión escolar y social. • Flexibilización de las etapas educativas. • Personalización de la enseñanza. • Coordinación interadministrativa. 2. La organización de la intervención educativa y la intensidad de apoyos se fundamenta en la evaluación psicopedagógica. 3. En las etapas de Infantil y Primaria la evaluación psicopedagógica será realizada por el Equipo de Orientación Educativa (EOE).⁽⁵⁴⁾ 4. Escolarización: <ul style="list-style-type: none"> • Cuando un o una menor con discapacidad solicita su admisión en un centro educativo, se realiza la evaluación psicopedagógica y se emite un Dictamen de escolarización.⁽⁵⁵⁾ • En esta evaluación se tendrá en cuenta el informe de derivación del CAIT de origen. • Procedimiento de derivación hasta la puesta en marcha del sistema de información: el Equipo Provincial de Atención Temprana (EPAT) hace llegar al Equipo Técnico Provincial para la Orientación Educativa y Profesional (ETPOEP) los informes elaborados por los CAIT. El ETPOEP remitirá dichos informes a los EOE de zona a los que corresponda la realización del Dictamen.

- Dictamen de escolarización ⁽⁵⁶⁾:
 - o En el se determinan las necesidades educativas especiales (n.e.e.).
 - o Se proponen las ayudas, los apoyos y las adaptaciones que el alumno o alumna requiere (entre ellos, recursos humanos y materiales).
 - o Se propone la modalidad de escolarización más adecuada a sus características y n.e.e.
 - o El EOE informa a los representantes legales sobre el contenido del dictamen y recoge por escrito su conformidad o disconformidad con las medidas previstas, esta opinión se anexa al dictamen de escolarización.
 - o Se remite a la Comisión Local de Escolarización. Cuando en el centro solicitado no existen los recursos requeridos en el dictamen, se propondrá la escolarización en un centro del ámbito de actuación de la comisión que cuente con dichos recursos. En el caso de que no haya centros disponibles en la zona, el expediente se remitirá a la Comisión Provincial de Escolarización/Servicio de Planificación Educativa, que deberá resolver en un plazo que permita su adecuada escolarización.
- Las Delegaciones Provinciales pueden reservar hasta tres puestos escolares vacantes por unidad para atender al alumnado con n.e.e.
- Las condiciones de escolarización se pondrán en conocimiento de los Equipos Provinciales de Atención Temprana (EPAT: Consultora de Atención Temprana de las Delegaciones Provinciales de Salud, y referentes de Atención Temprana de las Delegaciones Provinciales de Igualdad y Bienestar Social y Educación).
- Modalidades de escolarización.
 - o Las o los alumnos con n.e.e. escolarizados en centros ordinarios son atendidos en algunas de las siguientes modalidades de escolarización:
 - En grupo ordinario a tiempo completo.
 - En grupo ordinario con apoyos en periodos variables.
 - En aula de educación especial en centro docente ordinario.
 - o En su caso, tendrá que escolarizarse en determinados centros que dispongan de recursos específicos de difícil generalización.

- o La escolarización de menores con discapacidad intelectual en centros específicos de educación especial sólo se realiza cuando, por sus especiales características o grado de discapacidad, se considere que no sería posible su adaptación e inclusión social en un centro escolar ordinario.⁽⁵⁷⁾

5. Medidas educativas específicas.

- Evaluación psicopedagógica.
 - o Al inicio de la escolarización se actualizará la evaluación psicopedagógica, contextualizada al centro en el que se ha incorporado, para fundamentar las decisiones necesarias para desarrollar, en el mayor grado posible, las competencias establecidas en el currículo.
 - o La evaluación se plasmará en un Informe de Evaluación Psicopedagógica (IEP) que deberá abarcar, al menos, los puntos siguientes⁽⁵⁸⁾
 - Datos personales y escolares.
 - Diagnóstico de la discapacidad.
 - Entorno familiar y social del alumno.
 - Determinación de las necesidades educativas especiales.
 - Valoración del nivel de competencia curricular. Los ámbitos curriculares en educación infantil:
 - * Conocimiento de sí mismo y autonomía personal.
 - * Conocimiento del entorno.
 - * Lenguaje: Comunicación y representación.
 - o Orientaciones al profesorado y a los representantes legales del alumnado para la organización de la respuesta educativa: Medidas de adaptación curricular, organización de ayudas y apoyos, posibilidades de colaboración, etc.
- Programa de adaptación curricular.
 - o La adaptación curricular es una medida de modificación de los elementos del currículo con el fin de dar respuesta a las necesidades específicas del alumnado.⁽⁵⁹⁾
 - o Para el alumnado con discapacidad intelectual las adaptaciones curriculares pueden ser:
 - Adaptaciones curriculares no significativas. Se introduce o modifica algún elemento de acceso al currículo: ayudas técnicas, uso de medios metodológicos y di-

dácticos específicos, aplicación de programas para el desarrollo de determinadas habilidades y destrezas básicas, etc. pero sin modificar los objetivos de la etapa educativa ni los criterios de evaluación.

- Adaptaciones curriculares significativas. Se modifican los elementos del currículo, incluidos los objetivos de la etapa o los criterios de evaluación. Las decisiones de evaluación y promoción se realizarán de acuerdo a los objetivos fijados en la adaptación curricular significativa.
- Flexibilización de la etapa educativa.
 - o Al término del primer o segundo ciclo de la etapa de Infantil, el alumnado con discapacidad intelectual podrá permanecer, con carácter excepcional, un año más en uno de los dos ciclos. La permanencia deberá ser autorizada por las Delegaciones Provinciales de la Consejería de Educación. La petición del centro deberá estar basada en un Informe del Equipo de Orientación Educativa, previa aceptación de la familia. ⁽⁶⁰⁾
 - o Al finalizar la etapa infantil, se realizará una revisión del dictamen de escolarización y se replantearán las necesidades educativas especiales y la respuesta educativa más adecuada para la etapa primaria.

6. Recursos humanos especializados.

- La o el menor con discapacidad intelectual es atendido en los centros educativos por:
 - o Profesorado ordinario.
 - o Profesorado especializado en educación especial: Pedagogía Terapéutica y Audición-Lenguaje.
 - o Profesionales de los EOE.
 - o Otros profesionales: monitores de educación especial.
- Maestro o maestra especialista en pedagogía terapéutica (P.T.)
 - o Funciones en relación con la discapacidad intelectual:
 - Elaboración de las adaptaciones curriculares significativas, en colaboración con el resto del profesorado y el asesoramiento del EOE.
 - Realización de las actividades concretas, contempladas en las adaptaciones, que requieran una atención individualizada o en pequeño grupo, dentro o fuera del aula,

para el desarrollo de capacidades básicas (autonomía, atención, etc.) o aprendizajes instrumentales (lenguaje oral, lectura, escritura, cálculo, etc.).

- Orientación a los maestros o maestras tutores en lo que se refiere al tratamiento educativo concreto del alumno o alumna.
 - Elaboración de material didáctico específico.
 - Colaboración con el tutor o tutora del aula en la orientación a los padres y madres, con vistas a lograr una participación activa en el proceso educativo.
 - Participar, junto con el resto del equipo docente, en las decisiones sobre evaluación y promoción del alumnado, de acuerdo con los objetivos fijados en la adaptación curricular.
- Maestro o maestra especialista en audición y lenguaje (A.L.).
 - o Interviene cuando las n.e.e. afectan a las competencias comunicativas y esa intervención especializada se considera necesaria y complementaria a la del profesorado de pedagogía terapéutica.
 - o Las funciones relacionadas con la discapacidad intelectual son similares a las del maestro de pedagogía terapéutica, centradas en instaurar, desarrollar y mejorar las competencias verbales y la capacidad de comunicación oral y escrita.
 - Equipos de Orientación Educativa (EOE).
 - o Funciones en relación con la discapacidad intelectual:
 - Realizar la evaluación psicopedagógica (IEP).
 - Proponer la modalidad de escolarización mediante el dictamen de escolarización.
 - Proponer las ayudas y apoyos necesarios (en IEP y dictamen de escolarización).
 - Asesorar al profesorado en la adopción de las medidas educativas necesarias.
 - Colaborar en la elaboración y aplicación de la adaptación curricular.
 - Asesorar en las decisiones sobre evaluación y promoción.
 - Asesorar a las familias sobre las medidas de atención educativa pertinentes.

- Monitores o monitoras de educación especial
 - o Sus funciones en relación con la discapacidad intelectual son:
 - Atender, bajo la supervisión del profesorado, la realización de actividades de ocio y tiempo libre.
 - Instruir y atender en conductas sociales, comportamientos de autoalimentación, hábitos de higiene y aseo personal.
 - Colaborar en los cambios de servicios, en la vigilancia de recreos y clases.
 - Colaborar, bajo la supervisión del profesorado, en las relaciones colegio-familia.