

Resolución conjunta de la Dirección General de Personas con Discapacidad, de la Dirección General de Atención a la Diversidad, de la Dirección General de Atención Primaria y la Dirección General de Atención Hospitalaria, por la que se dictan nuevas instrucciones sobre el baremo para la valoración de la necesidad de atención temprana y su aplicación.

El artículo 15.3 de la Ley 6/2021, de 23 de diciembre, por la que se regula la intervención integral de la atención temprana en el ámbito de la Región de Murcia establece que la intervención de los servicios sociales especializados de atención temprana se asignará en las sesiones que requieran el menor y su familia, conforme al baremo establecido. Asimismo, señala que este baremo deberá ser aprobado mediante orden conjunta de las consejerías competentes en materia de sanidad, servicios sociales y educación, a propuesta de la Comisión Técnica de Atención Temprana.

Dicha Comisión, constituida con fecha 24 de febrero de 2022 conforme a lo previsto en el artículo 19 de la Ley 6/2021, de 23 de diciembre, en sesión ordinaria de fecha 2 de junio de 2022, aprobó el baremo para la valoración técnica de la necesidad de atención temprana.

Con la finalidad de hacer posible lo previsto en la Ley 6/2021, de 23 de diciembre, respecto a la valoración de la necesidad de atención temprana, estando en proceso de tramitación la orden conjunta de las consejerías competentes en materia de sanidad, servicios sociales y educación, y dada la necesidad de establecer, de forma provisional, el baremo a aplicar, como un documento de contenido técnico que permitiera a los equipos de orientación educativa y psicopedagógica de atención temprana y a los de sector (en adelante EOEP AT y EOEP), realizar la valoración de la necesidad de atención temprana conforme a lo previsto en la referida Ley 6/2021, con fecha 15 de julio de 2022 se emitió resolución conjunta de la Dirección General de Personas con Discapacidad, de la Dirección General de Formación Profesional e Innovación y de la Dirección

General de Asistencia Sanitaria, por la que se dictan instrucciones sobre el baremo para la valoración de la necesidad de atención temprana y su aplicación.

En la decimoquinta sesión de la Comisión Técnica, de fecha 5 de julio de 2023, se aprobó una nueva versión del texto que recoge el baremo, las instrucciones para su aplicación, los factores de riesgo biológico y/o psicosocial, y la definición de las intervenciones, emitiéndose con fecha 14 de julio de 2023, nuevamente resolución conjunta de la Dirección General de Personas con Discapacidad, de la Dirección General de Atención a la Diversidad, Innovación y Formación Profesional, y de la Dirección General de Asistencia Sanitaria, por la que se dictan instrucciones sobre el baremo para la valoración de la necesidad de atención temprana y su aplicación.

A partir de la experiencia acumulada en la implementación de la Ley 6/2021, se ha determinado la necesidad de revisar determinados aspectos del baremo, con la finalidad de mejorar su aplicación. En la decimoséptima sesión de la Comisión Técnica de Atención Temprana, de fecha 20 de noviembre de 2024, se aprobó una nueva versión del texto que recoge el baremo, las instrucciones para su aplicación y sus respectivos anexos.

Por ello, y en orden a actualizar el baremo para la valoración de la necesidad de atención temprana y su aplicación,

RESUELVO

Primero. Objeto.

La presente resolución tiene por objeto:

- Establecer el baremo para la asignación de las sesiones de intervención de atención temprana en niños y niñas con alteraciones del desarrollo y/o

con factores de riesgo, conforme a lo previsto en los artículos 15.3 y 20.5 de la Ley 6/2021, de 23 de diciembre, por la que se regula la intervención integral de la atención temprana en el ámbito de la Región de Murcia.

- b) Recoger las instrucciones para la aplicación del baremo de forma uniforme por todos los equipos de orientación educativa y psicopedagógica que lleven a cabo la valoración.
- c) Establecer los factores que se tomarán en consideración para valorar la situación de riesgo biológico y psicosocial.
- d) Definir en qué consisten las intervenciones de atención temprana recogidas en artículo 15.1 de la Ley 6/2021, de 23 de diciembre, por la que se regula la intervención integral de la atención temprana en el ámbito de la Región de Murcia.

Segundo. Baremo para la asignación de la intervención de atención temprana en niñas y niños con alteraciones en el desarrollo y/o con factores de riesgo.

1. La valoración de la necesidad de atención temprana se realizará conforme a:

a) El Anexo I, que describe las áreas de intervención de atención temprana susceptibles de prescripción, en función de las distintas alteraciones en el desarrollo que presente el niño o la niña. En relación a ello, las diferentes modalidades de intervención se agrupan en las siguientes áreas de intervención:

- 1. Área psicológica/pedagógica
Incluye: a) apoyo psicopedagógico
b) atención psicológica
- 2. Estimulación global
Incluye: a) estimulación global
b) estimulación multisensorial

3. Área de lenguaje

Incluye: a) logopedia
b) rehabilitación auditiva

4. Área motora

Incluye: a) fisioterapia
b) psicomotricidad

5. Orientación y apoyo familiar

b) Las situaciones y los factores de riesgo biológico y psicosocial establecidos en el Anexo II.

c) Las definiciones de las modalidades de intervención en atención temprana descritas en el Anexo III.

2. El Equipo de Orientación Educativa y Psicopedagógica (en adelante, EOEP) de atención temprana o de sector, emitirá el informe de valoración técnica de la necesidad de atención temprana, conforme a lo establecido en el artículo 22 de la Ley 6/2021, de 23 de diciembre, por la que se regula la intervención integral de la atención temprana en el ámbito de la Región de Murcia, asignando la intensidad y las áreas de la intervención que requiera el menor y su familia.

3. La asignación de la intensidad se realizará conforme a uno de los siguientes módulos de atención:

Módulo I: 4 sesiones semanales (sólo para niños/as con alteraciones graves del desarrollo que precisen intervención con esta intensidad de forma justificada).

Módulo II: de 2 a 3 sesiones semanales.

Módulo III: 1 sesión semanal.

Módulo IV: máximo 22 sesiones anuales, para casos de seguimiento y para aquellos casos en que se requiera una atención sistemática cuya periodicidad

podrá variar.

Módulo V: máximo 22 sesiones anuales para sesiones de orientación y apoyo familiar en aquellos casos en que el informe de valoración determine específicamente su necesidad en el proceso de intervención, en cuyo caso podrá asignarse adicionalmente.

Módulo VI: 5 o 6 sesiones, con carácter excepcional (sólo en los casos de alteraciones sindrómicas asociadas a pluridiscapacidad que requieran intervención en al menos tres áreas de desarrollo diferentes).

Módulo PRE: con carácter excepcional se asignará este módulo cuando el niño o la niña requiera una atención provisional inmediata, con un máximo de 3 sesiones semanales, de forma previa a la valoración técnica de la necesidad de atención temprana y la asignación del módulo de atención definitivo.

4. La Dirección General de Personas con Discapacidad asignará mediante resolución, el módulo y el área de la intervención que requiera el menor y su familia, según el informe de valoración del EOEP.

5. Cuando se produzca la incorporación de la niña o el niño al CDIAT, el equipo técnico del centro elaborará el Plan Individual de Atención Temprana (PIAT), conforme a lo establecido en el artículo 24 de la Ley 6/2021, de 23 de diciembre. El PIAT recogerá el número de sesiones a realizar dentro del intervalo del módulo asignado, ajustándose a lo establecido en el informe de valoración respecto al área de intervención y a las orientaciones; adaptándose a las necesidades de cada niña o niño y su familia, y a su evolución.

Tercero. Instrucciones para la aplicación del baremo.

1. Las intervenciones realizadas desde los tres sistemas implicados (sanitario, educativo y de servicios sociales) deben ser compatibles y llevarse a cabo de manera coordinada. El informe de valoración deberá considerar los apoyos de los que tenga constancia que el niño o la niña pueda estar recibiendo desde

cualquiera de esos sistemas. Estos apoyos no se considerarán duplicidad a la hora de asignar los módulos de intervención cuando el informe de valoración determine que existe complementariedad.

2. La intensidad no podrá superar las 4 sesiones semanales, excepto en los casos en que se justifique, mediante informe del EOEP, la necesidad de una intensidad mayor, por el tipo de alteración y el momento evolutivo en el que se encuentra el niño o la niña, especialmente en etapas iniciales del diagnóstico. En ningún caso, el número de sesiones semanales podrá ser superior a 6.

3. En los casos de niños/as atendidos en la Unidad Regional de Atención Integral del Paciente Pediátrico con Enfermedad Crónica Compleja y Necesidades Paliativas (URAIP-PECCP), se tendrán en especial consideración las condiciones de confortabilidad, sin que ello conlleve necesariamente la prescripción de intervenciones con una periodicidad semanal. En estos casos adquirirá especial relevancia la coordinación de los profesionales de los EOEP, el sistema sanitario y el CDIAT.

4. A la hora de prescribir los módulos de intervención, se debe tener en cuenta que no implique una sobrecarga excesiva sobre la niña o el niño o la familia y que no se altere en exceso su horario escolar.

5. En el momento de establecer la intensidad, se deberá tomar en consideración la opinión de la familia, priorizando la óptima integración familiar, escolar y social, así como la participación y autonomía del niño o la niña en sus entornos naturales, hecho que quedará reflejado como observaciones en el PIAT, justificando la intensidad aplicada.

6. Se podrá prescribir el módulo I en los casos con alteraciones graves múltiples, alteraciones motoras severas (entre las que podemos destacar las de origen neurológico, neuromuscular, osteoarticular o neurodegenerativo), alteraciones

severas del desarrollo (entre las que se encuentran las asociadas a discapacidad intelectual grave y profunda) y trastornos del espectro autista grado 2 y 3.

7. Cuando la valoración determine que el niño o la niña no requiere necesariamente una atención semanal, se prescribirá el módulo IV, en el que la periodicidad de las sesiones será establecida por el CDIAT, en función de las necesidades de la niña o el niño y su familia. En una próxima revisión, se podrá determinar la conveniencia de mantener esta intensidad, aumentarla o disminuirla.

Específicamente, se podrá asignar el módulo IV en los siguientes casos:

- a) Niños/as con factores de riesgo biológico y psicosocial (Anexo II).
- b) Niños/as con desfases madurativos leves, no compatibles con discapacidad, y para los que un apoyo temporal puede mejorar su pronóstico evolutivo. Aquí pueden incluirse, entre otras, algunas condiciones de riesgo, como la prematuridad; unas prácticas de crianza y estimulación inadecuadas; o las plagiocefalias que estén provocando o puedan provocar efectos inadecuados sobre el desarrollo armónico del niño/a.
- c) Niños/as con desfase leve del desarrollo del lenguaje oral con normalización en el resto de áreas.

8. El módulo V se establecerá para sesiones de orientación y apoyo familiar, en aquellos casos en que el informe de orientación determine específicamente su necesidad en el proceso de intervención. Se podrá prescribir este módulo en situaciones tales como:

- a) Familias con problemas de comprensión por dificultades con el idioma o cognitivas.

b) Familias con dificultades en la adaptación familiar relacionadas con la aceptación de la discapacidad, sus necesidades y características.

c) Familias en situación o en riesgo de exclusión social.

9. Sólo se podrá prescribir el Módulo VI, en los casos de alteraciones sindrómicas asociadas a pluridiscapacidad y que requieran al menos de intervención en tres áreas de desarrollo diferentes. Este hecho deberá ser estar explícitamente justificado en el informe de valoración.

10. El módulo PRE se asignará con carácter excepcional cuando el niño o la niña requiera una atención provisional inmediata.

La adopción de estas medidas provisionales requiere de una decisión por parte del servicio de pediatría que justifique esta medida especial, que requiera de intervención en algún área de desarrollo, cuyo aplazamiento podría perjudicar al niño o niña. Para realizar este tipo de derivación es requisito imprescindible que el niño o la niña presente una de las siguientes situaciones:

a) ingreso en UCI (neonatal o pediátrica), y cuya situación suponga riesgo neurológico. Estas situaciones pueden ser derivadas al sistema de Atención Temprana, tanto durante el ingreso en estas unidades, como al alta de las mismas.

b) Cuadros sindrómicos previamente no atendidos en AT, que conlleven déficit visual o auditivo grave o riesgo neurológico.

c) Regresión evidente de habilidades psicomotoras o hitos del desarrollo previamente adquiridos.

Cuarto. Intervenciones de atención temprana.

1. Las intervenciones en atención temprana deben atender a las niñas y los niños y sus familias desde una perspectiva global que tome en consideración todos los aspectos que pueden influir en la evolución de la situación, evitando de este modo intervenciones parciales o fragmentadas.

2. La familia y el niño o la niña serán considerados sujetos activos de la intervención, siendo la familia el principal agente impulsor de su desarrollo. En las intervenciones, será prioritario asegurar canales efectivos de comunicación con las familias que faciliten aspectos tales como:

- Comunicación de situación de progreso del niño o la niña.
- Información complementaria vinculada al mantenimiento, en los casos que proceda, de prótesis, ayudas técnicas o materiales adaptados de necesaria utilización para asegurar la aplicación de la intervención.
- Formación en la aplicación de estrategias específicas y utilización adecuada de materiales adaptados.
- Refuerzo de técnicas de capacitación familiar.

3. Las intervenciones se podrán realizar en locales propios de los centros prestadores de servicios, así como en el domicilio familiar o en otros entornos naturales de la niña o el niño cuando sea procedente, debiendo, en este último caso, realizarse de una forma coordinada. En cualquier caso, tales intervenciones deben considerar la globalidad del niño o la niña, debiendo ser planificadas por un equipo de profesionales de orientación interdisciplinar o transdisciplinar.

4. Cada sesión tendrá una duración de una hora, de la cual 45 minutos se dedicarán a atención directa a la niña o el niño y 15 minutos a la familia. Los 15 minutos de atención a la familia podrán ser acumulados por los Centros de Desarrollo Infantil y Atención Temprana (CDIAT) siempre que con ello se dé una mejor atención a la familia. Este tiempo de atención a la familia será adicional al número de sesiones de orientación y apoyo familiar asignadas.

5. Las intervenciones con las niñas o los niños y sus familias podrán realizarse en sesiones individuales o grupales. Todas las intervenciones que correspondan conforme al baremo que se aprueba con la presente resolución, ya sean grupales

o individuales, deberán ser contempladas en el Plan Individual de Atención Temprana.

6. Durante el proceso de intervención integral en atención temprana, será imprescindible organizar reuniones interdisciplinares de coordinación con aquellos recursos sanitarios, educativos y sociales que se estime necesario.

Contra la presente resolución, que no agota la vía administrativa se podrá interponer recurso de alzada ante la Consejera de Política Social, Familias e Igualdad, en el plazo de un mes, a contar a partir del día siguiente al de su notificación, conforme a lo previsto en los artículos 121 y 122 de la Ley 39/2015, de 1 de octubre, del Procedimiento Administrativo Común de las Administraciones Públicas.

La Directora General de Personas con Discapacidad
Miriam Pérez Albaladejo

El Director General de Atención a la Diversidad
Pedro Mondéjar Mateo

La Directora General de Atención Primaria
Josefa Marín Hernández

La Directora General de Atención Hospitalaria
Irene Marín Marín

ANEXO I. Relación de alteraciones del desarrollo con las áreas de intervención de atención temprana susceptibles de prescripción (opcionales).

		AREA Psicológica/ Pedagógica	AREA Estimulación global	AREA Lenguaje	AREA motora	Orientación y apoyo familiar
Alteraciones en el desarrollo motor	Retraso motor		√		√	√
	Retraso psicomotor		√		√	√
	Alteración motora de origen neurológico, neuromuscular, osteo-articular o neurodegenerativo		√		√	√
Alteraciones visuales	Ceguera	√	√		√	√
	Deficiencia visual grave	√	√		√	√
Alteraciones auditivas	Implantados	√	√	√	√	√
	Hipoacusia leve y moderada		√	√	√	√
	Hipoacusia severa y profunda	√	√	√	√	√
Alteraciones en el desarrollo cognitivo	Capacidad intelectual límite	√	√	√	√	√
	Discapacidad intelectual ligera	√	√	√	√	√
	Discapacidad intelectual moderada	√	√	√	√	√
	Discapacidad intelectual grave y profunda	√	√	√	√	√
Alteraciones del lenguaje oral	Alteración del inicio del desarrollo del lenguaje expresivo (condiciones: no idiomático; posterior a los 2 años; y que no se explique por otro trastorno o alteración)			√		√

		AREA Psicológica/ Pedagógica	AREA Estimulación global	AREA Lenguaje	AREA motora	Orientación y apoyo familiar
	Trastorno del lenguaje asociados a causas biomédicas (parálisis cerebrales, cuadros sindrómicos, discapacidades auditivas, disgnosias,...)	√		√	√	√
	Trastorno del desarrollo del lenguaje (TDL, según CIE-11) [a partir de 3 años]			√		√
	Trastorno fonológico de carácter funcional y persistente [a partir de 3 años]			√		√
	Trastorno de la fluidez verbal (tartamudeo de más de 9 meses de duración) [a partir de 3 años]	√		√		√
Alteraciones del comportamiento	Dificultades persistentes en la atención y/o el control de los impulsos [a partir de 3 años]	√				√
	Trastorno de la conducta y/o las emociones	√				√
Alteraciones del desarrollo	Trastornos del desarrollo/TEA	√	√	√	√	√
Alteraciones graves múltiples		√	√	√	√	√
Retraso madurativo	0-3 años	√	√	√	√	√

ANEXO II. SITUACIONES Y FACTORES DE RIESGO BIOLÓGICO Y PSICOSOCIAL

Se consideran situaciones de riesgo de padecer alteraciones en el desarrollo las siguientes:

- a) Situación de riesgo biológico: niños y niñas que en los periodos pre, peri o posnatal, o durante los primeros años de vida, han sufrido procesos patológicos que podrían alterar su desarrollo madurativo.
- b) Situación de riesgo psicosocial: niños y niñas que conviven de forma continuada con situaciones de exclusión social, estrés o desajuste sostenido de la interacción familiar y funciones parentales, con alta probabilidad de derivar en un trastorno o retraso evolutivo de no mediar intervención.

Cuando se den estas situaciones de riesgo biológico y/o psicosocial se prescribirá el módulo IV para seguimiento.

Los factores que se tendrán en cuenta como situaciones de riesgo biológico y/o psicosocial son los recogidos a continuación.

A. Factores de bajo riesgo biológico

A.1. Factores de riesgo biológico

PRENATALES:

- Antecedentes familiares de trastornos auditivos, visuales, neurológicos o psiquiátricos de posible recurrencia.
- Embarazos gemelares o múltiples de mayor orden (atendiendo a criterio de edad gestacional y peso).
- Síndromes malformativos somáticos y anomalías congénitas.
- Factores genéticos.
- Factores físicos intrauterinos.

PERINATALES:

- Recién nacido con ventilación mecánica durante más de 24 horas.
- Recién nacido hijo de madre con consumo de sustancias tóxicas (alcohol u otras drogas).
- Recién nacido hermano afecto de patología neurológica no aclarada o con riesgo de recurrencia.
- Hermano gemelo si el otro reúne algún de los criterios de inclusión.

POSTNATALES:

- Infecciones postnatales del SNC.
- Enfermedades crónicas de curso complicado que originan asistencia sanitaria y hospitalizaciones continuas.
- Epilepsia con exploración neurológica normal.

A.2. Factores de riesgo biológico asociados a prematuridad

PREMATURIDAD > 32 semanas y otro de los siguientes:

- Respiratorio: distrés respiratorio (enfermedad de membrana Hialina), apnea del prematuro, displasia broncopulmonar.
- Cardiovascular: ductus arterioso persistente, hipotensión arterial.
- infeccioso: sepsis precoz y/o tardía.
- Metabólico: hipoglucemia, acidosis metabólica, hiperbilirribinemia.
- Crecimiento intrauterino retardado.
- Digestivo: enterocolitis necrotizante.

B. Factores de alto riesgo biológico

ETAPA NEONATAL:

- Prematuridad < 32 semanas.
- Prematuridad > 32 semanas y alteración cerebral: hemorragia intraventricular, hidrocefalia posthemorrágica, leucomalacia periventricular.
- Peso al nacer < 1.500 gr.
- Peso al nacer inferior a -2 desviaciones estándar del peso para su edad gestacional.
- Examen neurológico anormal mantenido durante más de 7 días.
- Perímetro craneal superior o inferior a -2 desviaciones estándar.
- Convulsiones en periodo neonatal.

- Bilirrubina total > 25 mg/dl en recién nacido a término.
- Recién nacido con test de Apgar < 3 al minuto o < 7 a los 5 minutos.
- Asfixia o anoxia.
- Infección del sistema nervioso central (meningitis o encefalitis).
- Pacientes afectos de enfermedades congénitas del metabolismo susceptibles de ocasionar déficit neurológico.
- Daño cerebral evidenciado por neuro-imagen, salvo Hemorragia intraventricular grado I.

ETAPA POSTNATAL:

- Accidente y traumatismo con secuelas neurológicas motrices o sensoriales.
- Asfixia o anoxia.

C. Factores de riesgo psicosocial

Son factores de riesgo psicosocial los siguientes, siempre que se considere que pueden afectar negativamente al adecuado desarrollo del niño o la niña:

- Acusada deprivación económica que no permite cubrir necesidades básicas.
- Embarazo no deseado traumatizante.
- Rechazo del niño o la niña al nacimiento.
- Presencia de conflictos frecuentes que implican a las personas cuidadoras principales.
- Separación contenciosa que afecta al cuidado del niño o la niña.
- Ausencia de apoyos válidos de las personas cuidadoras principales que imposibilite o dificulte la adecuada atención del niño o la niña.
- Personas cuidadoras con escasas capacidades o habilidades para la atención no compensadas por el entorno de convivencia.



- Trastorno psicológico grave y no tratado en la unidad de convivencia que imposibilite o dificulte la adecuada atención al niño o la niña.
- Enfermedad grave/muerte familiar reciente que compromete la capacidad de las personas cuidadoras principales para ejercer adecuadamente su función.
- Conductas adictivas en las personas cuidadoras principales.
- Actividad ilícita de las personas cuidadoras principales en presencia del niño o la niña.
- Padres adolescentes (menores de 18 años) sin apoyo familiar válido.
- Presencia de indicadores de desprotección grave.
- Vivienda en condiciones inadecuadas de habitabilidad.
- Niños/as que se encuentran bajo tutela de la Administración pública.
- Delegación del cuidado en personas no válidas.
- Familias que no cumplimentan los controles de salud repetidamente.

ANEXO III. DEFINICIÓN DE LAS INTERVENCIONES

A. Estimulación global

Intervención de estimulación integral que contempla la globalidad del desarrollo (cognitivo, motor, socio-emocional, comunicación y relación con el entorno, hábitos de la vida diaria, autonomía y habilidades manipulativas).

La intervención se planifica mediante actividades integradas que incluyan objetivos y contenidos que afecten a diferentes áreas de forma simultánea.

Aplicación de técnicas, realización de actividades o modificación de entornos para fomentar la mayor independencia y autonomía del niño, favorecer el desempeño de sus capacidades en el entorno natural y en las actividades de la vida diaria propias de la edad del menor.

B. Estimulación multisensorial

Modalidad de intervención que consiste en la aplicación de técnicas dirigidas a proporcionar, de manera globalizada, sensaciones y estímulos específicos a niños gravemente afectados, con necesidad de apoyo extenso y generalizado, así como como a niños con retrasos y/o alteraciones cognitivas, motoras, visuales, auditivas, del comportamiento o la atención y alteraciones del desarrollo.

Puede incluir técnicas de estimulación basal, estimulación multisensorial (aulas multisensoriales y enfoque Snoezelen), integración sensorial y comunicación multisensorial, los ámbitos básicos de trabajo, en la actualidad, pueden incluir áreas tales como: somática, vibratoria, vestibular, estimulación oral, estimulación del olfato y del gusto, estimulación acústica, estimulación táctil-háptica, estimulación visual, comunicación.

C. Apoyo psicopedagógico

Modalidad de intervención global que cabe aplicar una vez que los niños y las niñas superan la etapa sensorio-motriz (sobre los 2-2 ½ años) de su desarrollo. Esta intervención incluye: la estimulación de las capacidades cognitivas y comunicativo lingüísticas, el desarrollo de las funciones ejecutivas y el aprendizaje de las habilidades de conducta adaptativa. Implica la intervención

sobre diferentes aspectos del desarrollo cognitivo, comunicativo-lingüístico y de la adaptación social, emocional y conductual, con la finalidad de favorecer el desarrollo general y el aprendizaje de diferentes estrategias propias de la etapa.

Puede incluir el apoyo a los procesos de aprendizaje y de implantación de los sistemas alternativos y aumentativos de comunicación, y el uso de las TICS en los diferentes contextos.

D. Atención psicológica

Modalidad de intervención terapéutica centrada en que el niño con diagnóstico clínico, o con indicadores compatibles con una alteración o trastorno de la conducta, adquiera estrategias o habilidades cognitivas, conductuales y emocionales (control de los impulsos, relajación, autoestima, habilidades sociales...) que le permitan controlar, regular y adaptar su conducta de manera adecuada al entorno que le rodea.

E. Fisioterapia

Modalidad de intervención que consiste en la aplicación de técnicas y modelos de intervención de fisioterapia destinadas a niños que presentan o están en riesgo de presentar retraso motor, alteraciones motrices, músculo-esqueléticas, neurológicas, neurodegenerativas, neurosensoriales, cardiorrespiratorias, de la regulación orofacial, etc., con el objetivo de favorecer el desarrollo de sus capacidades motrices y el desempeño de las mismas en el entorno natural del niño.

La intervención de fisioterapia podrá incluir, si así se determina tras la valoración de la necesidad de atención temprana, la aplicación de técnicas específicas como la terapia orofacial, terapia manual, fisioterapia respiratoria, hidroterapia, etc., orientadas al tratamiento más concreto de las dificultades que el niño presenta y que buscarán mejorar su estado general de salud o ser coadyuvantes de otros tratamientos.

El fisioterapeuta realizará la valoración de la necesidad de ayudas técnicas y del material adaptado que sea preciso para favorecer la integración del niño en los diferentes entornos en los que se desenvuelve. Asimismo, asesorará y/o confeccionará dichas ayudas técnicas y material adaptado para prevenir y/o corregir alteraciones musculoesqueléticas y favorecer la autonomía del niño.

F. Psicomotricidad

Modalidad de intervención sobre los trastornos del desarrollo psicomotor o de los desórdenes psicomotores por medio de técnicas de relajación dinámica, de educación gestual, de expresión corporal o plástica, y mediante actividades rítmicas, de juego, de equilibrio y de coordinación.

Es una intervención de estimulación global, mediante ejercicios psicomotrices.

Incluye psicomotricidad relacional, en grupos de 2 a 5 niños que tengan adquirida algún tipo de movilidad autónoma.

Puede complementar a otras intervenciones para las alteraciones en el desarrollo cognitivo, de los problemas conductuales, dificultades en la comunicación, alteraciones motoras, de las dificultades de regulación emocional y social, y de las dificultades para la representación del cuerpo y del esquema corporal que tengan tanto un origen psíquico, como físico.

Su objetivo es facilitar a los niños el aprendizaje de un mejor control general y segmentario de su cuerpo, de la postura, de la coordinación general y otras habilidades motrices, y requiere que el niño planifique su acción para adaptarla a los requerimientos del ejercicio, y puede incluir la adquisición de contenidos de áreas concretas (motricidad gruesa y fina, cognitiva, comunicativa, social,...), por lo que tendrá un enfoque multidisciplinar.

Su grado de complejidad (así como los recursos técnicos y materiales que se precisen) se adecuará a las edades de los niños y a sus dificultades y necesidades concretas, y aplicará, por sistema, una metodología lúdica.

G. Logopedia

Modalidad de intervención que consiste en la aplicación de técnicas de tratamiento específicas relacionadas con la audición, la deglución, el desarrollo de la comunicación, y la adquisición y mejora de la comprensión y expresión del lenguaje, del habla y de la voz.

Aspectos a tratar:

Prerrequisitos del lenguaje: funciones ejecutivas (atención, percepción, memoria, discriminación...).

Bases anatómicas y bases funcionales del lenguaje: imitación, movilidad de los órganos fono articulatorios, atención y memoria, percepción y discriminación auditiva, respiración y soplo, ritmo y fluidez del habla.

Dimensiones del lenguaje: componente fonológico, semántico, morfosintáctico y pragmático.

Aplicación de técnicas de tratamiento específicas para facilitar la adquisición de habilidades y estrategias comunicativas verbales y no verbales, tanto en retrasos simples de lenguaje como en trastornos graves de la comunicación (TEA, TDL...).

Aplicación de técnicas de estimulación y tratamiento para favorecer el desarrollo de la comunicación y el lenguaje oral en niños con déficit auditivo, teniendo en cuenta el tipo de pérdida auditiva y las medidas adoptadas (quirúrgica o protésica) y coordinándose con los especialistas implicados (ORL, programadores...).

Tratamiento específico para todas las alteraciones del habla derivadas de problemas neurofisiológicos (disartrias...) y malformación y disfunción fonoarticulatoria.

Este tipo de intervención se aplicaría:

Antes de los 2 años: en los casos en los que se ve especialmente comprometida la comunicación (déficits auditivos, posibles TEL o TEA, y otros trastornos que comprometan el SNC y periférico). La intervención se centrará en la comunicación, y podrá realizarse por separado o de forma complementaria a la estimulación sensorio-motriz.

Después de los 2 años: la intervención podrá ser en uno o en más de los aspectos establecidos para la intervención logopédica, lenguaje y comunicación, en función de las necesidades del niño.

H. Rehabilitación auditiva

Modalidad de intervención por la cual se enseña a los individuos con pérdida de audición (usuarios de audífonos o con implante coclear) a mejorar su capacidad de comunicación.

Conlleva el entrenamiento destinado a la escucha activa, la conciencia del sonido, la detección auditiva, la discriminación auditiva, la identificación y el reconocimiento auditivo hasta llegar a la comprensión del lenguaje oral.

Se trabaja de forma específica la lectura de labios, el entrenamiento auditivo, la utilización de audífonos y la utilización de aparatos de ampliación del sonido, como los amplificadores.

I. Orientación y apoyo familiar

La familia es una unidad de apoyo fundamental en la crianza de los niños y en promover el bienestar emocional, por lo que la orientación y apoyo familiar es una intervención clave en las primeras etapas de la vida, con la finalidad de contribuir a una parentalidad positiva. En este sentido, la familia ha de entenderse de forma amplia, teniendo en cuenta la diversidad actual en las realidades familiares, contemplando como miembros de una familia a quienes conviven y comparten vínculos afectivos y de apoyo estables.

El objetivo fundamental de esta intervención será contribuir a la capacitación parental y a la promoción de una adecuada vinculación afectiva y estilos de vida saludables y estables en la familia, como factor protector clave en el bienestar emocional de los niños y niñas.

La complejidad de la tarea de ser padres y madres requiere desarrollar en las personas que están a cargo del cuidado y educación de los niños/as una serie de capacidades o competencias que comprenden, entre otras:

- Educativas (afecto en las relaciones, adaptación a las características del niño o niña, estimulación y apoyo al aprendizaje, etc.)
- Agencia parental (percepción ajustada del rol parental, autoeficacia parental, locus de control interno, etc.)
- Autonomía personal, búsqueda de apoyo social (implicación en la tarea educativa, responsabilidad ante el bienestar del niño, visión positiva del niño y de la familia, etc.)
- Desarrollo personal (habilidades sociales, resolución de conflictos, afrontamiento del estrés, empoderar a las familias, asertividad y autoestima, planificación y proyecto de vida)

Se proponen dos niveles de intervención que podrían prescribirse, de forma paralela o simultánea:

- a) Intervención familiar individual: para tratar de forma diferenciada con cada familia situaciones de crianza específicas que pueden afectar o estar siendo afectadas por la problemática que presenta el niño. Incluye además, el refuerzo de las técnicas de capacitación familiar, refuerzo de la información y las orientaciones ya trasladadas a cada familia durante las sesiones.
- b) Intervención familiar grupal: para tratar problemáticas de interés general, o que pueden afectar a un grupo concreto de padres, hermanos o familias en general, se llevaría a cabo a través de charlas o reuniones (transición escolar, nutrición, vida diaria, problemas de conducta, afrontamiento y aceptación de la problemática,...) y talleres (de padres, hermanos, abuelos,...) en pequeño grupo (no superior a 12).