



COL·LECCIÓ IMAS

Innovació i Metodologia en Afers Socials

Núm. 70. Novembre 2024

ISSN: 2659-5273

Desenvolupament infantil

Detecció precoç. Criteris de cribratge a l'atenció primerenca

Miguel Ángel Capó Juan

Facultat d'Infermeria i Fisioteràpia. Universitat de les Illes Balears.
Servei de Valoració i Atenció Primerenca. Conselleria de Famílies i Afers Socials.
Govern de les Illes Balears.



El contingut de la REVISTA *ALIMARA* de l'IMAS està subjecte a una llicència de Reconeixement No Comercial_Sense Obra Derivada 4.0 Internacional de Creative Commons

Resum

Aquest estudi pretén construir Criteris de Cribatge a l'Atenció Primerenca (CCAP) com una eina àgil, objectiva i estàndard, per a la Unitat Diagnòstica Infantil d'Atenció Primerenca de les Illes Balears (Espanya). Es tracta de la primera proposta de criteris que contemplen els aspectes rellevants en la població de zero a sis anys per determinar la gravetat del trastorn o risc de patir-lo, i indicar la idoneïtat de la intervenció en els Serveis de Desenvolupament Infantil i Atenció Primerenca.

La seqüència de l'estudi va requerir: revisió a PubMed, DIALNET, CINALH i APA PsycInfo; una anàlisi qualitativa després d'una taula rodona amb anàlisi DAFO i una anàlisi quantitativa descriptiva i de fiabilitat d'un qüestionari de percepció d'utilitat dels CCAP. Els participants a l'estudi (N=18) són els professionals i personal administratiu del servei. Després de la recerca es destaca que els CCAP són una eina útil, que utilitza un llenguatge comú per les diferents disciplines, i que genera consciència sobre la importància de la derivació en cada cas. El qüestionari de percepció d'utilitat dels CCAP mostra una fiabilitat consistent (0,812), obtenint una mitjana global de 4,39 sobre 5,00.

Paraules clau

Programes de cribatge diagnòstic, programes d'intervenció primerenca, desenvolupament infantil.

Introducció

L'Atenció Primerenca (AP) s'adreça a infants que tenen un trastorn del desenvolupament o que estan en risc de patir-lo. Precisament, és l'atenció que aconsegueix reduir el trastorn del desenvolupament per infants de zero a sis anys i les seves famílies ([GAT, 2000](#)). En línia amb això, l'article 26 de la Convenció sobre els Drets de les Persones amb Discapacitat, fet a Nova York el 13 de desembre de 2006, ja destaca la importància de l'atenció a una edat primerenca. El terme "trastorn del desenvolupament" es refereix a un grup heterogeni de deficiències que donen lloc a limitacions funcionals substancials ([Kim, 2022](#)). Però, més enllà del trastorn, està el risc de patir-lo, i és aquest també, un fonament dins l'AP.

A Espanya, els inicis de l'AP es fonamenten sota drets constitucionals i lleis sobre discapacitat i promoció de l'autonomia. En concret, l'article 13 del Reial decret legislatiu 1/2013, de 29 de novembre, indica la necessitat d'iniciar programes d'atenció integral el més aviat possible. Així com la disposició addicional tretzena de la Llei 39/2006, de 14 de desembre, per la qual es concedeix protecció especial als menors de tres anys. La garantia de l'AP, atorgada de manera autònoma en carteres de serveis comunitaris, i a nivell nacional a través de la Llei Orgànica 8/2021, de 4 de juny, de protecció integral de la infància i l'adolescència contra la violència, que en el seu article 12.5, confia a les administracions sanitàries i als serveis socials competents, a més dels educatius, que puguin garantir una AP de manera universal i integral.

Al nostre país, els estudis a l'àmbit de la Pediatria d'Atenció Primària situen al voltant de l'11% els infants de zero a sis anys, que presenten dificultats en el desenvolupament (Peña et al., 2022). La prevalença de possibles trastorns del desenvolupament varia segons l'edat i l'evolució dels protocols de detecció precoç. En alguns casos, és difícil determinar el trastorn, però malgrat això, s'ha d'objectivar el risc de patir-lo segons els criteris de cribatge establerts. Les inquietuds i observacions dels pares i l'avaluació de les fites ajudaran a la identificació de diferències, per la qual cosa, cal comptar amb la visió familiar per contrastar la visió professional (Ruper et al., 2023). Per això, la família és l'eix clau per poder fer un diagnòstic ràpid (Manea et al., 2015).

Alguns autors afirmen que el 10% de la població infantil de zero a sis anys hauria de ser objectiu de la xarxa d'atenció (Peña et al., 2022). Especialment, la detecció i la intervenció precoç poden reduir les possibilitats de futurs trastorns del desenvolupament i prevenir seqüeles secundàries (Chung et al., 2020). Així, en el cas de les Illes Balears, es considera una

prevalença mínima del 7% en menors de sis anys d'acord amb l'article 27 del Decret 29/2023, de 15 de maig.

Al mateix temps, cal determinar com cada comunitat organitza els seus recursos per evitar la duplictat d'atenció. L'actuació en infants de zero a sis anys depèn actualment dels tres àmbits (social, sanitari, educatiu). Arrel de la coordinació interadministrativa es pot considerar que hi ha casos que no requereixen el suport de totes les administracions. No obstant això, la prevalença pot variar molt, considerant especialment l'article 36 de la Llei 9/2019, de 19 de febrer, que exposa la no duplictat de diagnòstic ni de prestacions al mateix infant, tret de quan quedi explícitament justificat. D'aquesta manera, és necessari que la xarxa pròpia dels Serveis de Desenvolupament Infantil i Atenció Primerenca (SEDIAP), pugui gaudir d'una quota de sessions o places que es vagi ampliant d'acord les necessitats. Aquest fet, també permetria l'atenció a més infants, amb un augment de la prevalença, comptabilitzant infants dins la xarxa d'AP que es troben actualment atesos a altres àmbits.

D'aquesta manera, cal justificar i contrastar criteris ben definits per justificar el requeriment d'atenció en cada cas. De fet, moltes pràctiques pediàtriques encara no tenen processos de cribatge estandarditzats per identificar els infants amb retards en el desenvolupament (Frehn et al., 2023). En coherència, alguns estudis expliquen que els professionals necessiten conèixer i millorar la vigilància del desenvolupament, les proves de cribatge del desenvolupament, el coneixement sobre problemes de desenvolupament i els factors de risc (Kim, 2022).

El Pla d'Acció Estatal per a la Implementació de la Garantia Infantil Europea (2022-2030), aprovat pel Consell el juliol de 2022, estableix, com a mesura 24, de l'àmbit 1 de l'eix 2, el, "Desenvolupament d'un sistema integral de serveis d'AP que coordini les actuacions sanitàries, els serveis socials i educatius, i que inclogui un sistema d'indicadors de seguiment, avaluació i millora contínua", i com a mesura 23 "l'Acord en els Consells Territorials de Serveis Socials i Sanitaris sobre els serveis que haurien d'incloure la prestació pública d'AP, així com la seva qualitat, com a base mínima i igualitària per a tot l'Estat" assenyalant-se, com entitats responsable d'ambdues mesures, als Ministeris de Drets Socials i Agenda 2030 i de Sanitat, així com a les CCAA. I, en aquesta mateixa línia, s'estableix com objectiu 2.2, de l'àmbit 1 de l'eix 2, «Garantir l'accés d'AP a tots els infants. Garantir l'accés universal, gratuït i ràpid a l'AP, definit com un dret subjectiu, a tots els menors de sis anys" i com a fita mig termini, pel 2025, aconseguir un «Acord entre l'Administració General de l'Estat i les CA. sobre quins serveis comuns ha d'oferir el sistema d'AP a tot l'Estat i la qualitat d'aquests». En aquesta línia, els beneficis de la detecció precoç

inclouen l'oportunitat d'una intervenció precoç, que ha demostrat que millora els resultats del desenvolupament i millora les habilitats adaptatives (Okoye et al., 2023).

La Resolució de 28 de juny (2023) de la Secretaria d'Estat de Drets Socials, per la qual es publica l'Acord del Consell Territorial de Serveis Socials i el Sistema d'Autonomia i Atenció a la Dependència, estableix la fitxa de ruta per a la millora de l'AP a Espanya sobre un marc comú d'universalitat, responsabilitat pública, equitat, gratuïtat i la qualitat que promou la creació d'un Grup de Treball Tècnic per elaborar documents de consens en cinc àrees temàtiques fonamentals:

1. Marc conceptual d'AP 2. Criteris comuns de detecció i prevenció; 3. Catàleg de prestacions i serveis essencials; 4. Estàndards de qualitat per a prestacions i serveis essencials; 5. Sistemes d'informació i coordinació.

Situació i context de l'estudi

Avui dia, molts països de l'OCDE ofereixen exàmens en àrees específiques de desenvolupament per cribratge i detecció precoç ([Rah et al., 2021](#)). Actualment, Espanya com a membre de l'OCDE, també ofereix seguiment del desenvolupament i exàmens de cribratge en algunes àrees, especialment en les sensorials. Cada comunitat atén a la seva pròpia organització normativa i de funcionament pel que fa a les unitats d'avaluació, així com les referides a la intervenció terapèutica de la xarxa d'AP.

En algunes comunitats hi ha unitats d'avaluació diagnòstica, que tendeixen a programar i emetre una resolució sobre si la prestació de serveis és adequada. A les Illes Balears, és la Unitat de Diagnòstic Infantil i Atenció Primerenca (UDIAP) que depèn dels serveis socials, la que realitza aquesta avaluació, programació i resolució administrativa. En altres comunitats, com Andalusia, els facultatius de les "Unitats d' Atenció Infantil i Primerenca" prenen aquesta decisió des dels serveis sanitaris. Fins i tot, en algunes comunitats, com Catalunya, les famílies poden acudir a la valoració inicial als serveis, que, al seu torn, proporcionen també l'atenció terapèutica ([Capó-Juan, 2022](#)).

Les unitats d'avaluació diagnòstica són aquelles que, en funció dels seus criteris de cribratge, han de prescriure la necessitat de derivació a una SEDIAP per rebre la intervenció. Els programes de cribratge estandarditzats garanteixen que els infants es puguin trobar en seguiment per detectar signes primerencs ([Devescovi et al., 2020](#)). A les Illes Balears, les UDIAP que es conformen per professionals d'àrees de desenvolupament com la psicologia, la fisioteràpia, la teràpia ocupacional, la logopèdia, el treball social, entre

d'altres, prescriuen aquesta necessitat. Així, en cada cas, quan una família sol·licita una valoració, es determina el tècnic o tècnics més adequats de la unitat d'avaluació diagnòstica, acompanyant aquesta avaluació per part del treballador social sempre que sigui possible. D'aquesta manera, atès que encara no hi ha unitats d'avaluació diagnòstica a totes les comunitats autònomes amb professionals especialistes de diverses àrees del desenvolupament, delegant aquestes actuacions exclusivament a professionals mèdics, cal desenvolupar criteris estandarditzats que determinin la detecció i prioritat d'AP en diferents àmbits de desenvolupament.

Un document de referència és la Classificació internacional de funcionament, discapacitat i salut: versió infància i adolescència (CIF-IA), que descriu i avalua la salut i la discapacitat a través de criteris universals durant les dues primeres dècades de vida ([Organització Mundial de la Salut, 2011](#)). La CIF-IA, més enllà d'una classificació, va promoure una manera més social d'entendre i interpretar la discapacitat, els dèficits o deficiències, les limitacions en l'activitat i les restriccions en la participació a través de la seva interacció amb l'entorn. A Espanya, les unitats d'avaluació diagnòstica habituen a utilitzar la "Organización Diagnóstica en Atención Temprana (ODAT)", que és l'instrument nacional de taxonomia específica per classificar els trastorns del desenvolupament infantil. Va ser elaborat per la Federació Estatal d'Associacions de Professionals d'Atenció Primerenca ([GAT, 2004](#)). L'ODAT va considerar diferents taxonomies diagnòstiques utilitzades per als trastorns infantils i va incloure factors de risc (primer nivell) i trastorns (a un segon nivell) en una única classificació ([Belda, 2006](#)). Posteriorment, en un tercer nivell, en el 2011, va considerar els recursos i suports per a la intervenció. Aquesta eina és el punt de partida en l'avaluació inicial, la programació i la prescripció, per orientar-se posteriorment cap a la planificació, avaluació i la intervenció.

La literatura indica l'existència de programes específics de detecció precoç de dèficits auditius, autisme, entre d'altres ([Deng et al., 2022](#); [Steiner et al., 2018](#); [Kim, 2022](#)). Però cal destacar que no hi ha cap eina capaç de traduir aquest dèficit, sigui quina sigui la seva naturalesa, en una puntuació que determini la rellevància de rebre AP a la xarxa. És evident la importància d'un criteri comú, que porta al tècnic de la unitat d'avaluació diagnòstica d'AP, de qualsevol especialitat, a valorar la necessitat de la prescripció. Així mateix, es destaca la importància de derivar al SEDIAP el més aviat possible, amb la recomanació del perfil professional, la temporalitat i el tipus d'intervenció requerida en aquest moment. Tot i que es tracti d'una proposta de prescripció, amb caràcter obert i canviant segons les necessitats de l'infant i la seva família ([Capó-Juan, 2022](#)).

Necessitats d'estudi

Quan un tècnic de la UDIAP ha de decidir si deriva a un infant i a la seva família al SEDIAP, hi ha alguns punts de vista, que generen més o menys acord o desacord. És important establir uns "Criteris de Cribatge d'Atenció Primerenca" (CCAP), el més objectius possible, que siguin requisits per a la derivació a tractament, i al seu torn, siguin coneguts pels professionals de l'àmbit educatiu, sanitari i dels serveis socials. Establir criteris generals es basa en una triple necessitat, d'una banda un ús adequat dels recursos, de l'altra per no generar desavantatges entre els diversos candidats a atendre, i finalment per tenir una eina en comú. Així, es generaria el mateix llenguatge diagnòstic per a qualsevol àrea de desenvolupament, per promoure l'autonomia i, a llarg termini, la participació i la inclusió en la comunitat. Per tant, l'objectiu principal de l'estudi és construir uns CCAP consensuats pels tècnics d'AP de les UDIAP de les Illes Balears (Espanya).

Mètode

Disseny de l'estudi

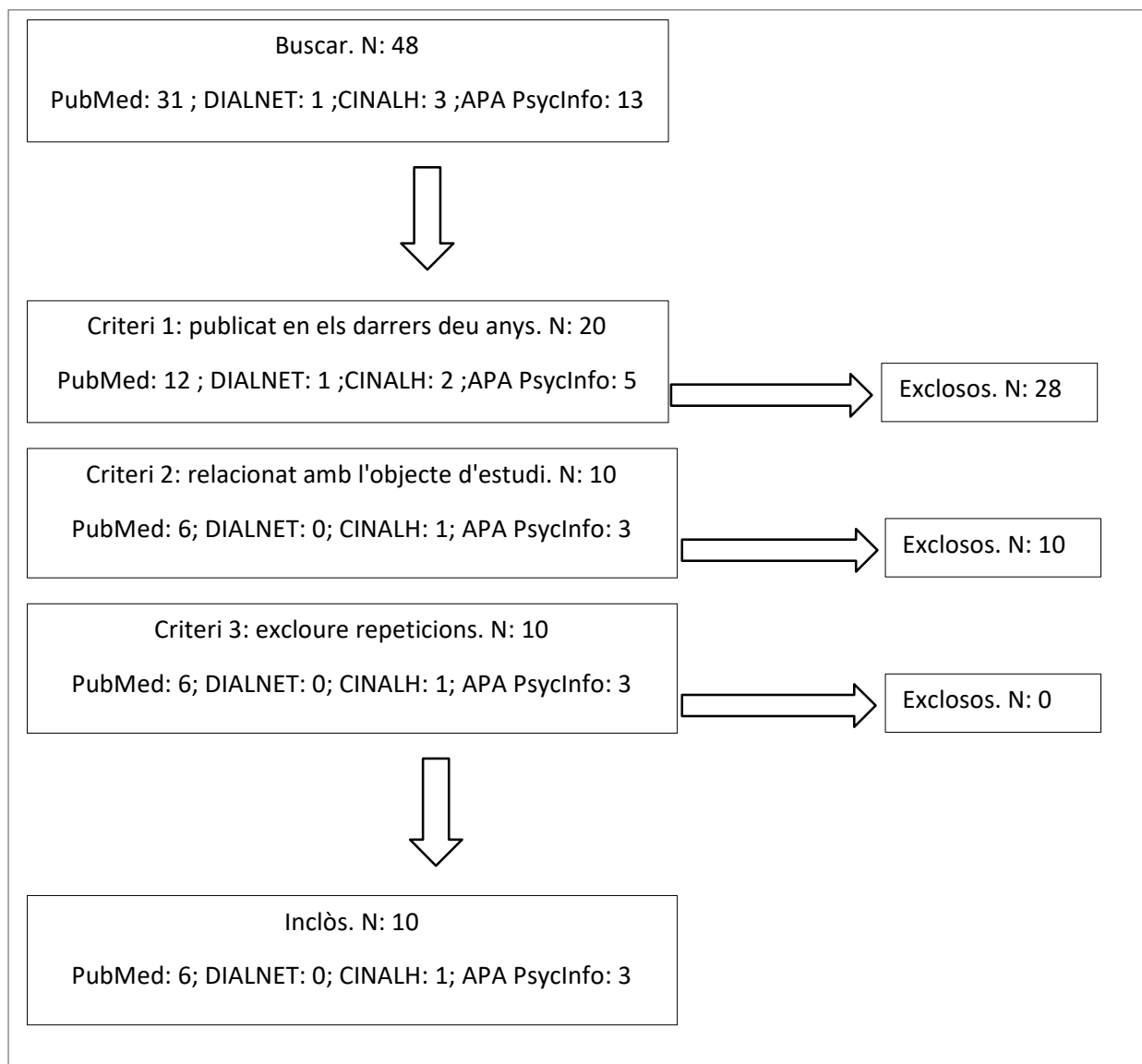
Metodologia de revisió bibliogràfica inicial en la primera fase de l'estudi per elaborar els CCAP, utilitzant mètodes sistemàtics i explícits per tal de minimitzar els biaixos, proporcionant així resultats més fiables a través dels quals es poden extreure conclusions i prendre decisions.

En una segona fase metodològica observacional i descriptiva es realitza inicialment una anàlisi qualitativa, després de taules rodones de debat amb grup de discussió, i s'extreuen conclusions mitjançant una anàlisi DAFO. Posteriorment, una altra anàlisi descriptiva quantitativa dels resultats obtinguts del qüestionari sobre la percepció d'utilitat dels CCAP.

Fases detallades de l'estudi

Inicialment, la revisió bibliogràfica es realitza al setembre de 2022 utilitzant les paraules clau en anglès: <<diagnostic screening programs, early intervention programs, infant development>> (programes de cribatge diagnòstic, programes d'intervenció precoç, desenvolupament infantil), amb l'operador booleà AND. Finalment, s'obtenen N:10 articles que s'utilitzen per elaborar els CCAP.

Figura 1. *Diagrama*



Després de la revisió, es preparen els CCAP. És tracta d'un instrument de sis preguntes, amb una puntuació de fins a dos punts per pregunta, que té com a objectiu respondre sobre la gravetat i la prioritat per derivar un infant i a la seva família a un SEDIAP.

A l'octubre de 2022, els CCAP es van presentar mitjançant estratègia de taula rodona, amb l'objectiu de debatre cada pregunta i la puntuació atorgada. Es van organitzar taules rodones a Mallorca, Menorca i Eivissa.

A les taules es va comptar amb el rol de moderador per part del cap de l'àrea tècnica, que va coordinar i vincular el grup de discussió generat a cada taula. El moderador va fer aportacions, va conciliar el treball dels membres, va indicar el torn de paraula, va anunciar els horaris i va mantenir un ambient de polèmica però de bona actitud entre els participants. Els expositors o participants dels grups de discussió eren tècnics de de la

UDIAP i personal d'administració i gestió del servei. Cada participant va exposar el seu punt de vista, d'acord la seva pròpia àrea de coneixement.

Les tres taules rodones van incloure una introducció i presentació de vint minuts dels CCAP per part del moderador. Posteriorment, va continuar el cos de discussió o debat, on els participants van indicar els seus punts de vista durant un màxim de deu minuts per participant, per discutir aquells aspectes o punts sobre els criteris que consideressin rellevants. La taula rodona va continuar amb una sessió de preguntes i respostes. Finalment, el moderador va presentar les conclusions recollides en el debat per incloure millores en els CCAP mitjançant una anàlisi DAFO. La taula rodona va durar tres hores a Mallorca amb dos descansos intercalats de quinze minuts. A Eivissa i Menorca la durada va ser d'una hora sense descans. La diferència de durada de les taules es troba relacionada amb el número de professionals de cada unitat.

Un cop millorats els CCAP, es van donar a conèixer a través de diverses ponències (desembre de 2022 i gener de 2023) a més de dos-cents professionals d'altres zones de les Illes Balears, especialment professionals de l'educació i de la salut que atenen a la mateixa població.

Posteriorment, es va desenvolupar un qüestionari de quatre preguntes sobre la utilitat percebuda dels CCAP, dirigit a professionals de la UDIAP. Pel qüestionari es van triar frases tancades i un mètode quantitatiu anònim (Abarca et al., 2013, p.128). Al qüestionari, els enquestats havien d'indicar la seva especialitat i després seguir els preceptes de l'escala Likert de l'1 al 5, segons l'acord, comunament utilitzada per mesurar opinions, actituds o comportaments. L'escala Likert constava de cinc opcions de resposta: dues opcions negatives (completament en desacord 1 i en desacord 2), una opció neutral o intermèdia (ni en desacord ni en acord 3) i dues opcions positives (d'acord 4 i completament d'acord 5). L'anàlisi dels resultats del qüestionari de percepció d'utilitat dels CCAP es va quantificar mitjançant la versió 28 de SPSS Statistics. Es van establir estadístiques descriptives (mitjanes i desviacions estàndard), així com la significació mitjançant proves no paramètriques (Kruskal Wallis) entre grups per especialitats i illes. La fiabilitat del qüestionari també es va estudiar utilitzant les variàncies (alfa de Cronbach) i el coeficient de correlació entre classes. També es va considerar el nivell d'acord entre els dos avaluadors, o jutges amb la intenció de classificar els ítems en categories mútuament excloents mitjançant l'índex kappa de Cohen. L'opinió considerada va ser la dels dos responsables del servei, l'àrea administrativa i l'àrea tècnica, que s'encarreguen del servei a nivell autonòmic.

Mostra

Els participants de l'estudi van ser el 100% de la mostra possible de treballadors en actiu de la UDIAP. Es recull l'opinió de N=18, dels quals 14 són tècnics (10 a Mallorca, 2 a Menorca i 2 a Eivissa i Formentera). Els altres 4 són personal d'administració i gestió (2 caps d'àrea a Mallorca, 1 delegat principal a Menorca i 1 delegat principal a Eivissa i Formentera).

Pel que fa als perfils professionals dels tècnics, especialistes en AP, dels quals trobem quatre titulats en psicologia (dos a Mallorca, un a Eivissa i Formentera, i un altre a Menorca), quatre titulats en treball social (dos a Mallorca, un a Eivissa i Formentera, i un altre a Menorca), tres fisioterapeutes a Mallorca, tres logopedes a Mallorca.

Resultats

Després de la primera fase de l'estudi (revisió) es van establir els sis CCAP: la percepció familiar, els signes d'alerta, el retard en el desenvolupament, el diagnòstic, el suport dins d'altres sistemes i l'edat.

Cap criteri per si mateix té més rellevància que la resta, amb una puntuació màxima de dos punts per criteri.

A partir de la segona fase de l'estudi i pel que fa a les taules rodones, es van modificar quatre criteris augmentant la puntuació i es van afinar alguns conceptes:

- Pel que fa al primer criteri, es va indicar que per a la percepció familiar s'havien d'utilitzar preferentment els "Qüestionaris d'Edats i Etapes" en tercera versió espanyola (Ages & Stages Questionnaires ASQ-3), i també que l'existència d'una àrea de risc (negra) era suficient per obtenir la puntuació màxima. En aquest criteri es va descartar utilitzar, de manera complementària, altres eines realitzades per a professionals i no per a la família.
- En referència al tercer criteri, es va debatre si la puntuació de retard en àrees de desenvolupament s'havia de concebre amb una puntuació superior o inferior a dotze mesos per als dos punts i més o menys de sis mesos per a un punt. Finalment, i a favor de la detecció precoç es va reduir a sis i tres mesos respectivament.
- Pel que fa al quart criteri, referit a l'aplicació de l'ODAT, es va considerar que marcar tants diagnòstics era complex, i generava un desavantatge en àrees del llenguatge, per la qual cosa es va decidir rebaixar el requisit a tres diagnòstics per obtenir la puntuació màxima del criteri.
- En el cinquè criteri, referent a l'atenció en el sistema educatiu, sanitari o d'un altre tipus, es va considerar que sense cap suport l'infant obtindria la màxima puntuació

del criteri. Ara bé, tot i ser un criteri molt condicionat segons cada situació, s'estableix:

- Si es rep una o dues hores de suport escolar setmanal, o una o dues sessions hospitalàries, es podria puntuar amb un punt, ja que l'atenció podria ser o considerar-se insuficient.
- Si es rep més de dues hores o sessions de suport, no s'obtindria puntuació perquè es podria considerar prou atès.
- Si l'infant està rebent una beca escolar per treballar el mateix que es pretén treballar a través d'AP, no s'obtindria puntuació perquè es podria considerar prou atès.
- Si la informació de suport extern no es declara i no es pot comprovar o verificar, no es puntuaria el criteri.

Pel que fa a la puntuació del qüestionari, el disseny inicial del qüestionari va establir que la prioritat de derivació seria en casos superiors a 10 punts. De la mateixa manera, també es va considerar important atorgar una derivació amb nivells de prioritat d'acord la puntuació. Així, un primer nivell (urgent i important) amb 11-12 punts i un segon nivell (urgent o important) de 9-10 punts. Ara bé, després dels grups de discussió (taules rodones) i per a què cap criteri per si mateix determinés la derivació, es va considerar que una puntuació ≥ 8 punts era més que suficient per determinar la derivació a un SEDIAP.

Finalment, després dels grups de discussió (taules rodones) es van extreure aportacions rellevants mitjançant una anàlisi DAFO. Determinant internament les debilitats de les puntuacions baixes en alguns criteris (opinions ja considerades), les fortaleces dels criteris indicant que reflecteixen tots els aspectes rellevants, i que, al seu torn, redueixen la incertesa en la derivació del tècnic ja que els criteris són una eina objectiva. Des d'una font externa, les oportunitats eren donar a conèixer els criteris a altres professionals per entendre quan un infant serà derivat a un SEDIAP, i es van determinar com amenaces que alguns professionals interpretessin que és tractava d'una eina per reduir les derivacions.

La taula 1 assenyala els sis CCAP finals després dels anàlisis i millores realitzades.

Taula 1. Criteris de Cribatge d'Atenció Primerenca. Proposta final.

Primer criteri. <i>Percepció familiar.</i>	Puntuació en els següents àmbits: comunicació, motricitat gruixuda, motricitat fina, resolució de problemes, social i individual. Test: Qüestionaris d'edats i etapes en castellà.	2 punts (una zona negra)
		1 punt (una zona grisa)
Segon criteri. <i>Observació tècnica.</i> Signes d'alerta o senyals d'advertència segons les situacions següents	-Situació 1. Si als 3 mesos el nen no somriu, no fixa la mirada, no agafa bé el cap, no reacciona als sorolls o sempre té les mans tancades. -Situació 2. Si als 6 mesos el nen no s'acosta a l'origen dels sons, no produeix sons, no té intenció d'agafar objectes, no utilitza cap de les mans, les cames sempre estan estirades i tenses, no exigeix a l'adult o no estira els braços per atrapar-lo. -Situació 3. Si als 9 mesos el nen no pot quedar-se quiet, no li interessa mirar ni tocar, o no balbuceja. -Situació 4. Si als 12 mesos el nen no és capaç de mantenir-se dret mentre s'aferma a un moble (encara que no camini), no busca comunicar-se amb l'adult, no explora noves joguines, no entén ordres senzilles (salutació, acomiadament, aplaudiment,...), no respon al seu nom o no produeix síl·labes repetides. -Situació 5. Si als 18 mesos el nen no camina, no sap el nom d'alguns objectes o persones familiars, no assenyal amb el dit, no participa en jocs d'imitació o no diu paraules intencionades. -Situació 6. Si als 24-36 mesos encara té un repertori comunicatiu pobre, dificultats per entendre ordres simples, dificultats presents en les relacions socials, tendència a l'aïllament i majors dificultats pràctiques i motrius gruixudes (salts). -Situació 7. Si un nen major de 36 mesos està estancat, sense cap tipus de progressió, a nivell evolutiu en una o diverses àrees segons la situació prèvia.	2 punts (compliment de la totalitat d'una situació)
		1 punt (compliment parcial d'una situació)
Tercer criteri. <i>Observació tècnica.</i> Retard evolutiu	S'observarà si el retard psicomotriu i del llenguatge és inferior o superior a sis mesos. Per a la seva determinació es poden utilitzar taules de desenvolupament estandarditzades, com la Haizea-Llevant, entre d'altres. En el cas dels nadons prematurs, l'edat es corregirà fins als 24 mesos.	2 punts (més de sis mesos)
		1 punt (més de tres mesos)
Quart criteri <i>Diagnòstic tècnic.</i> Aplicació de l'ODAT	Aplicació de l'Organització Diagnòstica en Atenció Temprana (ODAT), instrument nacional de taxonomia específica per classificar els trastorns del desenvolupament infantil. Les unitats d'avaluació diagnòstica marcaran els diagnòstics entre els tres primers eixos en el nivell I (factors de risc) i els tres eixos següents en el nivell II (trastorns disfuncionals).	2 punts (tres o més diagnòstics)
		1 punt (dos diagnòstics)
Cinquè criteri. <i>Atenció a altres serveis relacionats</i>	Es mesura el suport d'altres recursos: -S'atorgaran puntuacions més altes en els casos en què el nen no vagi a cap guarderia de la xarxa pública o no tingui cap tipus d'ajuda i així ho indiqui l'informe escolar. A més, el nen no rebrà suport educatiu. -Si el nen no rep suport suficient, ha d'estar marcat com a clarament insuficient en l'informe escolar o sanitari presentat. -Si el nen en el seu horari té més de dues hores setmanals o està rebent una beca escolar per treballar el mateix que es pretén treballar a través de l'Atenció Primerenca, el suport es considerarà suficient i no puntuarà en el criteri. Un nen que també rep atenció hospitalària (fisioteràpia) ja rep suport. ADVERTIMENT. Si no es declara la informació, el criteri es considerarà suficient.	2 punts (sense suport)
		1 punt (suport insuficient)
Sisè criteri <i>Edat de l'infant</i>	Es tindrà en compte l'edat del nen segons el següent: Prioritat 1. Infants de 0 a tres anys Prioritat 2. Infants de 3 a 4,5 anys Prioritat 3. Infants de 4,5 a 6 anys	2 punts (de 0 a 3 anys)
		1 punt (de 3 a 4,5 anys)

Nota. Cada criteri pot rebre tres puntuacions: 0, 1 o 2 punts.

Després dels debats de les taules rodones i un cop acordats el CCAP, els participants de l'estudi van completar el qüestionari, de quatre preguntes, de percepció d'utilitat dels CCAP. Les preguntes del qüestionari i els resultats obtinguts es mostren a les taules següents (taules 2 i 3).

Taula 2. Qüestionari de percepció d'utilitat CCAP. Descriptiu per zones (tècniques i administratives) i per població per el conjunt de l'illa.

Preguntes	Tota la mostra (N = 18)	Àrea Tècnica (N=14)	Àrea Administratiu i de gestió (N=4)	Mostra Mallorca (N=12)	Mostra Eivissa (N = 3)	Mostra Menorca (N = 3)
1. Conec i entenc cadascun dels sis GSC	4,17 (0,78)	4,36 (0,72)	3,50 (0,58)	4,25 (0,75)	4,00 (1,00)	4,00 (1,00)
2. Els GSC són una eina perquè qualsevol tècnic, independentment de la disciplina, pugui prioritzar la seva prescripció per a l'Atenció Primerenca	4,33 (0,48)	4,43 (0,49)	4,00 (0,00)	4,42 (0,51)	4,33 (0,58)	4,00 (0,00)
3. Els GSC són una eina útil que permet generar més consciència de prioritat a l'hora de prescriure	4,50 (0,51)	4,50 (0,50)	4,50 (0,58)	4,58 (0,51)	4,67 (0,58)	4,00 (0,00)
4. L'SGC ha de ser una eina susceptible de millora i oberta a canvis	4,55 (0,61)	4,64 (0,48)	4,25 (0,96)	4,58 (0,67)	4,67 (0,58)	4,33 (0,58)
Total	4,39 (0,62)	4,48 (0,57)	4,06 (0,68)	4,46 (0,62)	4,42 (0,67)	4,08 (0,51)

Nota. Es mostra la mitjana i la desviació estàndard entre parèntesis. Si hi ha significància (test de Kruskal Wallis) entre diferents agrupacions, s'indica amb *.

Taula 3. Qüestionari de percepció d'utilitat CCAP. Descriptius per grups professionals (àrea tècnica)

Preguntes	Psicologia (N=4)	Treball social (N = 4)	Fisioteràpia (N = 3)	Logopèdia (N = 3)
1. Conec i entenc cadascun dels sis GSC	4,25 (0,96)	4,50 (1,00)	4,33 (0,57)	4,33 (0,58)
2. Els GSC són una eina perquè qualsevol tècnic, independentment de la disciplina, pugui prioritzar la seva prescripció per a l'Atenció Primerenca	4,50 (0,58)	4,50 (0,58)	4,33 (0,57)	4,33 (0,58)
3. Els GSC són una eina útil que permet generar més consciència de prioritat a l'hora de prescriure	4,50 (0,58)	4,50 (0,58)	4,67 (0,58)	4,33 (0,58)
4. L'SGC ha de ser una eina susceptible de millora i oberta a canvis	4,50 (0,58)	4,75 (0,50)	5,00 (0,00)	4,33 (0,58)
Total	4,44 (0,63)	4,56 (0,63)	4,58 (0,51)	4,33 (0,49)

Nota. Es mostra la mitjana i la desviació estàndard entre parèntesis. Si hi ha significància (test de Kruskal Wallis) entre grups professionals, s'indica amb *.

A partir dels resultats de l'anàlisi del qüestionari de percepció d'utilitat dels CCAP, en tota la població d'estudi, es van calcular les mitjanes de les correlacions, entre les variables que formen part de l'escala, a partir de les variàncies (alfa de Cronbach) s'obté un resultat de

0,812 basant-se en elements estandarditzats. En aquesta línia, el coeficient de correlació interclasse amb la mitjana, calculant cada subjecte per separat, dona el mateix valor que l'alfa de Cronbach, havent utilitzat models de consistència de dues vies.

Pel que fa als resultats d'opinió de les enquestes als dos responsables del servei, l'àrea administrativa i l'àrea tècnica, utilitzant l'índex kappa de Cohen, es va considerar que, a partir de 4, segons l'escala Likert, significaria un sí, convertint aquesta puntuació en 10. D'aquesta manera, els dos avaluadors es van posar d'acord en dues preguntes (la segona i la quarta), tots dos en desacord en la primera pregunta, i en la quarta pregunta el primer avaluador va estar d'acord i el segon en desacord. La puntuació de l'índex indica 0,6957.

Discussió

La Resolució de 28 de juny (2023) destaca la detecció precoç de senyals d'alerta o situacions de risc per al desenvolupament, així com les intervencions terapèutiques i altres activitats dirigides als infants, la seva família i el seu entorn amb l'objectiu de millorar les condicions del seu desenvolupament. Així mateix, també pretén millorar la qualitat de les accions i serveis d'AP, i desenvolupar i utilitzar instruments o guies dirigides a agents comunitaris i a altres professionals implicats en AP per identificar factors de risc i/o signes d'alerta del desenvolupament que garanteixin l'eficàcia en la detecció de trastorns del desenvolupament o risc de patir-lo.

El primer criteri basat en la percepció familiar mitjançant l'ASQ-3 compta amb el suport de diversos resultats obtinguts, i altres estudis amb mostres poblacionals considerables (Valla et al., 2017; Nozadi et al., 2019; Carlos-Oliva et al. 2020;). Partir de l'opinió de la família es fa fonamental, ja que sovint detecten quan alguna cosa no va bé (Ruper et al., 2023). Per tant, l'ús d'una eina validada es converteix en l'expressió escrita de diverses percepcions. La tercera versió del "ASQ-3" (Squires i Bricker, 2009) es una excel·lent eina, àgil i ràpida de completar, en la qual la família ofereix la seva perspectiva de la situació de l'infant segons l'edat, en els àmbits de comunicació, motricitat gruixuda, motricitat fina, resolució de problemes i socio-individual. La lectura del qüestionari ens permet situar l'estat evolutiu de cada àrea en tres zones. Una zona de puntuació blanca on l'infant està per sobre de les expectatives, una zona de puntuació grisa on l'infant està just per sobre de les expectatives o una zona negra que indica que s'està per sota de les expectatives. Romero-Otalvaro et al., (2018) van establir una sensibilitat del 88%, especificitat del 94%, com a valors predictius positius del 88% i valors predictius negatius del 96%. Diversos estudis destaquen la utilitat de l'ASQ-3 com a eina per detectar i predir el risc de trastorns del neuro-desenvolupament.

El segon criteri es basa en l'observació tècnica. Aquest segon criteri posa èmfasi en les situacions d'alarma en el neuro-desenvolupament sense centrar-se en el resultat d'una prova, convertint-se així en una visió pràctica del desenvolupament. Els senyals d'alerta es refereixen a un retard cronològic significatiu en l'aparició d'adquisicions evolutives, a la persistència de patrons que haurien d'haver desaparegut o a l'existència de signes anòmals a qualsevol edat (García Pérez i Martínez Granero, 2016). Els senyals d'alarma destacats en les set situacions del segon CCAP es contrasten amb el neuro-desenvolupament de l'infant (Medina Alva et al., 2015) i les escales evolutives. En qualsevol cas, cal destacar que un signe d'alerta no pressuposa l'existència d'un problema sinó que requereix una exploració i seguiment (Álvarez Gómez i Giner Muñoz, 2007).

La importància del tercer criteri es basa en l'observació tècnica del retard del desenvolupament per determinar si és superior a tres o a sis mesos. En aquest cas, es poden utilitzar taules de desenvolupament estandarditzades, com la Haizea-Llevant, que inclou 97 indicadors que es distribueixen en les àrees de socialització, llenguatge i lògica-matemàtica, manipulació i postura fins a cinc anys (Fernández, 1988).

Relacionat amb els dos criteris anteriors, un quart criteri tracta sobre el diagnòstic tècnic mitjançant l'aplicació de l'ODAT (Belda, 2006). L'ús de l'ODAT ha d'estar present donada la seva validesa i utilitat. L'ús de la CIF-IA no es va considerar en aquest criteri, ja que l'ODAT és més específica, operativa i àgil.

Un cinquè criteri es basa en si l'infant és atès dins del sistema educatiu, sanitari o d'un altre tipus. Les bases reguladores de la majoria de comunitats autònomes estan compromeses amb la bona gestió dels recursos, així com amb una transició adequada d'un sistema a un altre. La duplictat de recursos a diferents àmbits no ofereix una major garantia de millora. Per tant, un major nombre de sessions, sobretot quan ja hi ha atenció d'altres àmbits, no sempre es tradueix en millors resultats (Capó-Juan, 2022). Cal tenir en compte, que a partir dels quatre anys i mig, es recomana invertir en la transició al sistema educatiu mitjançant sessions d'AP. Així, al seu torn, la UDIAP i els SEDIAP han de gestionar bé els recursos per evitar que un infant en la mateixa situació i necessitat que un altre sigui atès amb menys suport (Decret 85/2010, de 25 de juny). En aquesta línia, un sisè criteri es centra en l'edat, entenent que l'AP s'adreça a infants de zero a sis anys, <<amb atenció prioritària als més afectats i als més petits amb un mateix nivell d'afectació>> i <<atesos per SEDIAP fins que els serveis generals puguin cobrir les necessitats assistencials, ja sigui educatiu, sanitari o social>> (Decret 85/2010, de 25 de juny). És precisament gràcies al potencial de la neuroplasticitat, major en els primers anys de vida, que s'indicaran processos susceptibles de modificació a través d'una intervenció terapèutica basada en una programació

específica (Martínez-Morga i Martínez, 2016; Kim, 2022; Capó-Juan, 2022). Així mateix, la Llei 39/2006, de 14 de desembre, concedeix protecció especial als menors de tres anys.

En relació a la taula 2 que mostra els resultats del qüestionari de percepció d'utilitat dels CCAP, per àrees (tècniques i administratives) i analitzant les mitjanes globals i descartant la mitjana de la primera pregunta de l'àrea administrativa (3,50), la resta de respostes senyalen una puntuació superior o igual a 4,00, destacant el resultat del qüestionari en el seu conjunt de l'àrea tècnica de Mallorca respecte l'àrea tècnica de Menorca. Així com l'àrea tècnica en el seu conjunt respecte a l'àrea administrativa. Finalment, la quarta pregunta sobre si el CCAP han de ser una eina susceptible de millora i oberta a canvis, s'obté de mitjana per tota la mostra la puntuació més alta (4,55). Aquest fet determina que es tracta d'una eina oberta i no estancada, que pretén evolucionar segons les necessitats i corrents de pensament. Tant la desviació estàndard com la variància determinen la dispersió de les dades, malgrat això, val la pena considerar que quan s'analitza la mitjana d'una mostra petita, la variació pot ser més gran per un petit canvi. D'aquesta manera, a partir de la desviació trobem que en la primera pregunta hi ha una major dispersió a Eivissa i a Menorca. Això podria ser indicatiu que en el moment de respondre el qüestionari els CCAP encara no es coneixien adequadament i, especialment segons la mitjana, l'àrea administrativa demostra un major desconeixement.

Diversos estudis emfatitzen la importància del coneixement sobre competències per als usuaris, intermediaris i productors/investigadors del coneixement per donar suport a la pràctica basada en l'evidència (Mallidou et al., 2017). Per aquest motiu, el personal administratiu també ha d'augmentar els seus coneixements com a part de l'equip, coneixent millor les eines podran informar i oferir una major qualitat de servei a l'usuari. Alguns autors indiquen que les eines d'avaluació, com a recurs vàlid i fiable per identificar el risc de problemes de desenvolupament, han de millorar (Canal-Bedia et al., 2015). Cal destacar el consens existent amb desviació estàndard (0,00), en dos grups, a la segona pregunta sobre la utilitat de l'eina perquè qualsevol tècnic, independentment de la disciplina, pugui prioritzar la seva prescripció per a l'AP, determinant així que el personal avaluat entengui la intenció dels CCAP, fet que valida l'objecte d'estudi.

En relació amb els resultats descriptius per grups professionals (àrea tècnica), que es mostren a la taula 3, tots els resultats, tant per mitjanes de grup com per preguntes, són superiors o iguals a 4,33. La puntuació del grup de fisioterapeutes de la quarta pregunta destaca sobre la resta. Amb les mitjanes més altes destaca que els CCAP han de ser una eina susceptible de millora i oberta a canvis, tots els grups mostren resultats similars. En relació amb l'anàlisi, ni per població d'estudi per illa, ni per grup d'especialitat, aplicant la

prova no paramètrica de Kruskal Wallis per a la comparació de mostres independents de mitjanes, no es van obtenir resultats significatius. Aquest fet, és alhora positiu, ja que la mostra analitzada està en línia amb la conceptualització dels CCAP, de manera que són resultats normals, i que tot l'equip està d'acord en la presa de decisions.

En referència a l'alfa de Cronbach, els resultats també van mostrar que, si s'hagués eliminat qualsevol qüestió, la fiabilitat hauria disminuït. S'assenyala especialment en la segona pregunta que, quan s'elimina, la fiabilitat disminueix a 0,678. Per tant, observem la importància de mantenir les quatre preguntes en el seu conjunt. Segons la literatura, pel que fa al coeficient alfa de Cronbach, com més a prop està del número 1, més gran és la fiabilitat de l'instrument subjacent (Soler-Cárdenas et al., 2012). I, per tant, més coherents els elements entre sí, ja que el resultat obtingut de 0,812 indica una fiabilitat constant. Els índexs alfa de Cronbach es consideren satisfactoris quan són superiors a 0,70 (Romero et al., 2015). D'altra banda, cal tenir en compte que com més llarg sigui el qüestionari, major podrà ser l'alfa (Callejero-Guillén et al. 2020). Per tant, tenint en compte que el qüestionari analitzat consta només de quatre preguntes, es garanteix una forta fiabilitat dels resultats segons la mostra analitzada. En aquesta línia, el valor d'un coeficient de correlació intraclasse que determina la fiabilitat quan hi ha més de dos avaluadors indicaria una bona fiabilitat (Koo i Li, 2016).

Segons els resultats de l'índex Kappa de Cohen, dels dos avaluadors del servei van trobar un acord substancial, ja que segons l'índex, valors superiors a 0,695 indiquen un bon acord, demostrant així un coneixement i una comprensió similars respecte dels CCAP. D'acord Landis i Koch (1977), resultats superiors a 0,6 es consideren com a substancials i majors a 0,8 quasi perfectes. Cal assenyalar que els resultats haurien estat majors a 0,8 si a l'hora de considerar l'acord s'hagués fet a partir del 3 en escala Likert i no a partir del 4 com es va considerar.

Segons Al-Qabandi, et al. (2011) no hi ha instruments amb les propietats necessàries per garantir una detecció eficient. De fet, hi ha arguments en contra del cribatge universal centrats en les qualitats psicomètriques de les eines de cribatge i en els resultats del tractament aconseguits pels programes d'intervenció precoç. També hi ha controvèrsia sobre el cribatge en un context poblacional (Canal-Bedia et al., 2015). Per tant, els criteris proposats en aquest estudi no es basen en simples qualitats psicomètriques, sinó que ofereixen una visió àmplia basada en aspectes rellevants. És igualment útil per a professionals de diferents àrees i, a més, el temps d'inversió en el cribatge recollit pels professionals, és de 5-10 minuts un cop es coneixen les dades, fet que també pot afavorir la seva administració.

Finalment, s'ha de determinar que la intenció d'aquests criteris va més enllà d'una etiqueta diagnòstica, tenen com a objectiu determinar un cribatge que permeti iniciar la intervenció el més aviat possible. Aquesta eina podrà ajudar a garantir procediments de diagnòstic precisos i fiables, a donar suport a les famílies i a promoure la consciència i l'acceptació (Okoye et al. 2023).

Conclusió

S'assoleix l'objectiu de l'estudi, construint CCAP consensuats pels tècnics especialistes en AP de les UDIAP de les Illes Balears (Espanya).

El qüestionari de percepció d'utilitat dels CCAP mostra una fiabilitat consistent, obtenint una mitjana global de 4,39 sobre 5,00, podent indicar:

- Què, el personal tècnic coneix i entén cadascun dels sis CCAP.
- Que, els CCAP són una eina perquè qualsevol tècnic, independentment de la disciplina, pugui prioritzar la seva prescripció per a l'AP.
- Que, els CCAP són una eina útil que permet generar més consciència de prioritat a l'hora de prescriure.
- Que, els CCAP han de ser una eina susceptible de millores, oberta a canvis.

Referències bibliogràfiques

- Abarca, A., Alpízar, F., Sibaja, G. & Rojas, C. (2013). Técnicas cualitativas de investigación. San José, Costa Rica: UCR. <https://editorial.ucr.ac.cr/ciencias-sociales/item/2268-tecnicas-cualitativas-de-investigacion.html>
- Al-Qabandi, M., Gorter, J. W., & Rosenbaum, P. (2011). Early autism detection: are we ready for routine screening?. *Pediatrics*, 128(1), e211–e217. <https://doi.org/10.1542/peds.2010-1881>
- Álvarez Gómez, M.J., Giner Muñoz, A. (2007) Desarrollo psicomotor. *Rev Pediatr Aten Primaria*; 9:S57-64. <https://archivos.pap.es/files/1116-666-pdf/695.pdf>
- Belda, J.C. (2006). La ODAT: una herramienta para la Atención Temprana. *Informació Psicològica*, 87, 29-37. <https://www.informaciopsicologica.info/revista/article/view/314/267>
- Canal-Bedia, R., García-Primo, P., Hernández-Fabián, A., Magán-Maganto, M., Sánchez, A.B., Posada-De la Paz, M.(2015). De la detección precoz a la atención temprana: estrategias de intervención a partir del cribado prospectivo. *Rev Neurol*;60 (Supl. 1):S25-S29. <https://doi.org/10.33588/rn.60S01.2015023>

- Callejero-Guillén, A.J., Soria-Ayuda, R.E., Capó-Juan, M.A. (2020). Cuestionario Básico de Satisfacción en Fisioterapia (CUBASAFI). Medicina Naturista;14 (1):33-39.
<https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=7248973>
- Capó-Juan, M. A. (2022). PIAT: “Plan individualizado de atención temprana”. Revisión, fundamentos y requisitos del documento. Revista Española de Discapacidad, 10(2), 229-238.
<https://www.cedid.es/es/documentacion/ver-seleccion-novedad/580975/>
- Carlos-Oliva, D., Vitale, M. P., Grañana, N., Rouvier, M. E., & Zeltman, C. (2020). Evolución del neurodesarrollo con el uso del cuestionario de edades y etapas ASQ-3 en el control de salud de niños [Neurodevelopmental development with the use of the Ages and Stages Questionnaire (ASQ-3) in monitoring children's health]. Revista de neurologia, 70(1), 12-18.
<https://doi.org/10.33588/rn.7001.2019169>
- España. Illes Balears. Decreto 85/2010, de 25 de junio, por el cual se regula la red pública y concertada de atención temprana en el ámbito de los servicios sociales de las Islas Baleares. Boletín Oficial Illes Balears, 99, de 3 de julio de 2010.
https://www.caib.es/sites/transparenciaperconselleria/ca/n/decret_852010_de_25_de_juny_pel_qual_es_regula_la_xarxa_publica_i_concertada_datencia_primerenca_en_lambit_dels_serveis_socials_de_les_illes_balears/
- España. Illes Balears. Decreto 29/2023, de 15 de mayo, por el que se aprueban los principios generales y directrices de coordinación relativos al mapa, la provisión mínima de los servicios sociales, y la declaración de zonas de atención preferente en las Illes Balears. Boletín Oficial de las Islas Baleares, 66 de 18 de mayo de 2023.
https://www.caib.es/sites/institutestudisautonomics/ca/n/decret_292023_de_15_de_maig_pel_qual_saproven_els_principis_generals_i_directrius_de_coordinacio_relatus_al_mapa_i_la_provisio_minima_dels_serveis_socials_i_la_declaracio_de_zones_datencio_preferent_a_les_illes_balears/
- España. Ley 39/2006, de 14 de diciembre, de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las personas en situación de dependencia. Boletín Oficial del Estado, 299, de 15 de diciembre de 2006. <https://www.boe.es/eli/es/l/2006/12/14/39/con>
- España. Ley Orgánica 8/2021, de 4 de junio, de protección integral a la infancia y la adolescencia frente a la violencia. Boletín Oficial del Estado, 134, de 5 de junio de 2021
<https://www.boe.es/eli/es/lo/2021/06/04/8>
- Espanya. Llei 9/2019, de 19 de febrer, de l'atenció i els drets de la infància i l'adolescència de les Illes Balears.
https://www.caib.es/sites/institutestudisautonomics/ca/n/llei_92019_de_19_de_febrer_de_latencio_i_els_drets_de_la_infancia_i_ladolescencia_de_les_illes_balears/
- España. Ministerio de Derechos Sociales y Agenda 2030. Observatorio Estatal de la Discapacidad (2020). Nota de prensa. Mujeres y hombres en España 2020: cifras de discapacidad Publicado 11/08/2022 <https://www.observatoriodeladiscapacidad.info/wp-content/uploads/NOTA-OED-INE-EDAD-HOMBRES-MUJERES-2022.pdf>
- España. Ministerio de Derechos Sociales y Agenda 2030. Plan de Acción Estatal para la Implementación de la Garantía Infantil Europea (2022-2030), aprobado por el Consejo en julio

de 2022. https://www.mdsocialesa2030.gob.es/derechos-sociales/infancia-y-adolescencia/docs/PlanAccion_MAS.pdf

- España. Ministerio de Derechos Sociales y Agenda 2030. Resolución de 28 de junio de 2023, de la Secretaría de Estado de Derechos Sociales, por la que se publica el Acuerdo del Consejo Territorial de Servicios Sociales y del Sistema para la Autonomía y Atención a la Dependencia, por el que se establece la hoja de ruta para la mejora de la atención temprana en España sobre un marco común de universalidad, responsabilidad pública, equidad, gratuidad y calidad. Boletín Oficial del Estado, 163, de 10 de junio de 2023. <https://www.boe.es/boe/dias/2023/07/10/pdfs/BOE-A-2023-16057.pdf>
- España. Real Decreto 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. Boletín Oficial del Estado, 289, de 3 de diciembre de 2013. <https://www.boe.es/eli/es/rdlg/2013/11/29/1>
- Federación Estatal de Asociaciones de Profesionales de Atención Temprana (GAT). (2000). Libro Blanco de la Atención Temprana. Documento 55/2005. Real Patronato sobre Discapacidad. https://sid-inico.usal.es/idocs/F8/FDO625/libro_blanco_atenciontemprana.pdf
- Federación Estatal de Asociaciones de Profesionales de Atención Temprana (GAT) (2004).
- Organización Diagnóstica para la Atención Temprana (ODAT). Real Patronato sobre Discapacidad. <https://www.atenciontemprana.com/wp-content/uploads/2015/09/ODAT.pdf>
- Fernández, E. (1988). El desarrollo psicomotor de 1.702 niños de 0 a 24 meses de edad. [Tesis doctoral]. Universidad de Barcelona. <https://dialnet.unirioja.es/servlet/tesis?codigo=135150>
- García Pérez, M.A., Martínez Granero, M.A. (2016). Desarrollo psicomotor y signos de alarma. En: AEPap (ed.). Curso de Actualización Pediatría 2016. Madrid: Lúa Ediciones 3.0. p. 81-93. https://www.aepap.org/sites/default/files/2em.1_desarrollo_psicomotor_y_signos_de_alarma.pdf
- Instrumento de Ratificación de la Convención sobre los derechos de las personas con discapacidad, hecho en Nueva York el 13 de diciembre de 2006. Boletín Oficial del Estado 96, de 21 de abril de 2008. <https://www.boe.es/buscar/doc.php?id=BOE-A-2008-6963>
- Koo, T. K., & Li, M. Y. (2016). A Guideline of Selecting and Reporting Intraclass Correlation Coefficients for Reliability Research. Journal of chiropractic medicine, 15(2), 155–163. <https://doi.org/10.1016/j.jcm.2016.02.012>
- Landis, J. R., & Koch, G. G. (1977). The measurement of observer agreement for categorical data. Biometrics, 33(1), 159–174.
- Mallidou, A. A., Atherton, P., Chan, L., Frisch, N., Glegg, S., & Scarrow, G. (2017). Protocol of a scoping review on knowledge translation competencies. Systematic reviews, 6(1), 93. <https://doi.org/10.1186/s13643-017-0481-z>
- Martínez-Morga, M., & Martínez, S. (2016). Desarrollo y plasticidad del cerebro [Brain development and plasticity]. Revista de neurología, 62 (Supl. 1), 3-8. <https://doi.org/10.33588/rn.62S01.2016019>

- Medina Alva, M.D.P., Caro-Kahn, I., Muñoz Huerta, P., Leyva Sánchez, J., Moreno Calixto, J., Vega Sánchez, S.M.(2015). Neurodesarrollo infantil: características normales y signos de alarma en el niño menor de cinco años. Rev Peru Med Exp Salud Publica ;32(3):565-73.
<http://www.scielo.org.pe/pdf/rins/v32n3/a22v32n3.pdf>
- Peña Segura, J.L., Abenia Usón, P., Alonso Curco, X., Vidal Valls, J., Ortiz Madiaveitia, S., Ponte Mittelbrunn, J. (2022). Atención temprana. Protoc diagn ter pediatr.,1:65-73.
<https://www.aeped.es/sites/default/files/documentos/07.pdf>
- Soler-Cárdenas ,S.F., Soler-Pons, L.(2012). Usos del coeficiente alfade Cronbach en el análisis de instrumentos escritos. Rev. Med.Electrón; 34(1): 1-6.
<https://www.medigraphic.com/pdfs/revmedele/me-2012/me121b.pdf>
- Squires & Bricker. "Ages & Stages Qüestionnaire-ASQ-3 (versión española)". Paul H Brookes. Baltimore;2009. Disponible en: <http://www.bestkc.com/wp-content/uploads/2017/05/9-MESES-ASQ-SPANISH.pdf>
- Valla, L., Birkeland, M. S., Hofoss, D., & Slinning, K. (2017). Developmental pathways in infants from 4 to 24 months. Child: care, health and development, 43(4), 546–555.
<https://doi.org/10.1111/cch.12467>