

**Instrumentos de evaluación y diagnóstico en la edad  
comprendida de 0 a 6 años: Descripción, utilización y  
grado de satisfacción en los Centros de Atención  
Temprana de la Comunidad Valenciana**

---

[Escriba el subtítulo del documento]

Trabajo de investigación presentado por: Darío Rico Bañón  
Dirigida por Dr. Francisco Alcantud Marín Departamento de Psicología  
Evolutiva y de la Educación.

11/12/2009

## Contenido

<b>CAPÍTULO I JUSTIFICACIÓN Y OBJETIVOS.....</b>	<b>3</b>
1. JUSTIFICACIÓN.....	3
2. OBJETIVO .....	5
2.1. Objetivos específicos.....	5
<b>CAPÍTULO II. LA ATENCIÓN TEMPRANA Y EL DESARROLLO HUMANO.....</b>	<b>6</b>
1. LA ATENCIÓN TEMPRANA .....	6
1.2. La atención temprana en la Comunidad Valenciana.....	8
2. EL DESARROLLO DEL NIÑO DURANTE LOS PRIMEROS AÑOS DE VIDA.....	12
<b>CAPITULO III EVALUACIÓN EN ATENCIÓN TEMPRANA.....</b>	<b>16</b>
<b>CAPITULO IV DESCRIPCIÓN DE LOS INSTRUMENTOS DE EVALUACIÓN Y DIAGNÓSTICO MÁS UTILIZADOS EN ATENCIÓN TEMPRANA EN EL PERÍODO DE 0-6 AÑOS.....</b>	<b>22</b>
Introducción .....	22
1. Pruebas de evaluación infantil generales de Desarrollo .....	22
2. Pruebas Relacionadas con la Comunicación y el Lenguaje .....	35
3. Pruebas de evaluación del desarrollo motor .....	42
4. Pruebas que valoran aspectos relacionados con la familia y el entorno .....	44
5. Pruebas específicas de la evaluación y diagnóstico del Trastorno del Espectro Autista. ....	47
<b>CAPÍTULO V MARCO METODOLÓGICO .....</b>	<b>52</b>
1. INTRODUCCIÓN .....	52
2. PROCEDIMIENTO .....	52
2.1.- Entrevista versus cuestionario .....	52
2.2. Consideraciones sobre la recogida de datos vía web.....	55
2.3. El cuestionario electrónico elaborado para la investigación. ....	57
<b>CAPÍTULO VI ANÁLISIS DE RESULTADOS.....</b>	<b>66</b>
1. INTRODUCCIÓN .....	66
1.1. Descripción de la muestra .....	66
1.2. Análisis y resultados .....	75

---

<b>CAPÍTULO VII CONCLUSIONES Y CONSIDERACIONES FINALES .....</b>	<b>94</b>
<b>BIBLIOGRAFÍA.....</b>	<b>97</b>
<b>ANEXOS.....</b>	<b>102</b>

## CAPÍTULO I JUSTIFICACIÓN Y OBJETIVOS

### 1. JUSTIFICACIÓN

Desde hace más de 40 años la atención temprana está desarrollándose en este país, gracias a instituciones y personas pioneras que creyeron en la necesidad de esta intervención y apostaron por ella. Hoy en día es una realidad que cuenta con el respaldo suficiente de gran número de investigaciones que avalan la efectividad de estas intervenciones, así como la necesidad de continuar por esta línea, unificando criterios de intervención a nivel multidisciplinar (Guralnick, 1989,1997), (Johnson & Walker 1991), (White, K.R. 1985), (Meisels S. J. 1985).

En los últimos años, la atención temprana ha sufrido un cambio conceptual importante y decisivo para la evolución hacia la definición de un área de competencias académica. Ha pasado del término “estimulación precoz”, que centraba la intervención en el niño, con una connotación de “demasiado pronto”, a incluir de manera determinante a la familia y su entorno, con el consensuado concepto de “atención temprana”, entendido *como el conjunto de intervenciones, dirigidas a la población infantil de 0-6 años, a la familia y al entorno, que tienen por objetivo dar respuesta lo más pronto posible a las necesidades transitorias o permanentes que presentan los niños con trastornos en su desarrollo o que tienen el riesgo de padecerlos. Estas intervenciones, que deben considerar la globalidad del niño, han de ser planificadas por un equipo de profesionales de orientación interdisciplinar o transdisciplinar* (GAT 2000).

Los Centros de Atención Temprana (a partir de ahora AT) son recursos destinados al tratamiento asistencial y/o preventivo de niños/as con problemas de desarrollo o riesgo de padecerlos, por causas de origen prenatal, perinatal o postnatal, con edades comprendidas entre los 0-6 años.

Los trastornos del desarrollo atendidos en los centros de AT son muy diversos, desde trastornos neurológicos (asociados a problemas en el parto, bajo peso, prematuridad, etc.), trastornos motrices, trastornos de origen genético, deficiencias en los órganos

sensoriales (audición y visión), independientes o asociados a otros problemas, etc. Este amplio espectro de patologías ha provocado que en ocasiones algunos centros intenten especializarse. Sin embargo, la administración rehúye de ello no permitiendo ningún Centro de AT especializado en una única patología.

Así pues, en la actualidad, nos encontramos que los Centros de AT de la Comunidad Valenciana acogen una gran variabilidad de niños/as con diferentes alteraciones y problemas en el desarrollo. Es necesaria una evaluación precisa de las dificultades que presentan cada uno de estos niños/as, no con el único objetivo de proporcionar una etiqueta diagnóstica, sino con el objeto de planificar la intervención de una manera global con el niño/a, la familia y el entorno. Una adecuada y efectiva evaluación, nos permitirá decidir si es necesaria la intervención, en que área o áreas debemos intervenir, la intensidad del tratamiento, establecer líneas base, tomar decisiones con información objetiva sobre la propia intervención, evaluar la metodología utilizada o controlar los avances del niño/a en determinadas áreas. Del mismo modo, obtener datos objetivos de la situación en la que se encuentra la familia, como están viviendo la situación o que ayudas y apoyos necesitarán.

En este proceso de evaluación, una de las fuentes principales para la recogida de datos deben ser los instrumentos de evaluación/diagnóstico que existen en el mercado, los cuales, nos proporcionan objetividad, uniformidad, e interpretación normativa a la hora de evaluar al niño/a, la familia y el entorno. Los profesionales de la AT cuando acometen el proceso de evaluación y diagnóstico, deben apoyarse siempre en este tipo de instrumentos complementando así, la información obtenida por otras vías (médica, familiar, escolar, otros profesionales, etc.).

Por ello, entendemos que es necesario que los profesionales de la AT conozcan y utilicen los instrumentos de evaluación y diagnóstico que existen en el mercado, su edad de aplicación y la finalidad u objeto de cada prueba, escala, cuestionario, entrevista diagnóstica, escala de observación, test...etc. ya que con el apoyo de estos instrumentos aumentaría la efectividad en el proceso de evaluación y diagnóstico de los niños/as atendidos en los centros.

Desgraciadamente, muchos instrumentos de evaluación y diagnóstico se han desarrollado de espaldas a la intervención con el único objetivo de conseguir una etiqueta diagnóstica y sin orientar al profesional sobre cuál o cuáles son los puntos capitales que debe tratar en la intervención. En otras ocasiones, los instrumentos se diferencian por las escuelas o bases teóricas sobre las que se sustentan. En definitiva, existen una gran cantidad de instrumentos unos de naturaleza más general y otros más específicos. Al margen de esta problemática y por si aún fuera poco, debemos añadir las diferencias de formación según los diferentes profesionales que componen los equipos de los centros de AT.

Saber el grado de conocimiento, de utilización y la satisfacción de estos instrumentos por parte de los profesionales implicados en la AT permitirá, por una parte, reflexionar acerca de nuestra forma de actuación en el proceso de evaluación y diagnóstico en nuestros centros y por otra parte, plantear futuras líneas de investigación y formación, un lenguaje común, una valoración semejante de los criterios de validez y fiabilidad, etc. para ir avanzando hacia una mayor calidad de los servicios.

## 2. OBJETIVO

Este trabajo pretende conocer y describir los diferentes instrumentos de evaluación y diagnóstico existentes para el periodo de edad comprendido entre 0 y 6 años, así como su frecuencia de utilización y grado de satisfacción por parte de los profesionales en atención temprana de la Comunidad Valenciana.

### 2.1. Objetivos específicos

1. Recopilar los diferentes instrumentos de evaluación y diagnóstico más utilizados en Atención Temprana.
2. Analizar y clasificar los diferentes instrumentos de evaluación y diagnóstico más conocidos y utilizados.
3. Conocer la utilización y satisfacción de los diferentes instrumentos en los centros de atención temprana de la Comunidad Valenciana.
4. Plantear líneas de acción para la formación tomando en cuenta los resultados de la investigación.

## CAPÍTULO II. LA ATENCIÓN TEMPRANA Y EL DESARROLLO HUMANO

### 1. LA ATENCIÓN TEMPRANA

El fundamento de la atención temprana aparece íntimamente ligado a la constatación de la importancia que tienen los primeros años de vida en el desarrollo del niño y el papel que desempeñan los factores ambientales en este desarrollo. Trabajando en condiciones de laboratorio en los años 50 y 60, los psicólogos del desarrollo descubrieron que, en contra de las creencias establecidas, los niños son seres extraordinariamente competentes y complejos, que procesan información y toman parte activa en su propio desarrollo (Appleton, Clifton y Goldberg, 1975). Así, cuando los informes de investigación indicaron que a través de la atención temprana se podía modificar significativamente el pronóstico a largo plazo de niños con trastornos del desarrollo, muchos consideraron que era una prueba confirmatoria tanto de la importancia como de la maleabilidad del desarrollo en la primera infancia (Hunt, 1961).

Otro aspecto importante a tener en cuenta es la plasticidad que caracteriza al cerebro en los primeros años de vida. La plasticidad cerebral es una propiedad del sistema nervioso central, que se refiere a la capacidad adaptativa para disminuir los efectos de lesiones, a través de cambios que modifican tanto la estructura como la función, en el medio interno y en el externo. Esta característica es debida a la capacidad que tiene el sistema nervioso para experimentar cambios estructurales-funcionales producidos por influencias endógenas o exógenas. Esto significa que es posible modificar su estructura mediante estímulos externos.

La plasticidad cerebral está presente a lo largo de toda la vida, sin embargo, dado que el proceso de diferenciación de las vías neurológicas, del proceso de mielinización del cerebro, en definitiva, todo el proceso de desarrollo del sistema nervioso central no termina hasta los dos años de vida, la plasticidad en estos años es aun, si cabe, mayor. Hay ocasiones en las que en lugar de “estimular” conviene ayudar al niño a aprender a inhibir su comportamiento, a controlar algunas conductas.

Como hemos comentado en el capítulo anterior, el concepto y definición de lo que se entiende como “Atención Temprana”, ha ido evolucionando a lo largo de los años, desde un modelo centrado en exclusivamente en el tratamiento del niño con un trastorno del desarrollo y con una connotación de “antes de lo que toca” (modelo de estimulación precoz) hasta la actualidad, que se considera la Atención Temprana como un medio de prevención de la discapacidad que se centra en el niño, la familia y su

entorno. Esta nueva posición deriva directamente de la evolución conceptual del propio concepto de discapacidad introducido por la OMS en la CIF<sup>1</sup> y que tiene en cuenta no solo los aspectos *intrapersonales*, (biológicos, psicosociales y educativos) propios de cada individuo, sino también los *interpersonales* relacionados con su propio entorno (familia, escuela, cultura y contexto social).

En nuestro caso, se entiende por Atención Temprana el conjunto de intervenciones, dirigidas a la población infantil de 0-6 años, a la familia y al entorno, que tienen por objetivo dar respuesta lo más pronto posible a las necesidades transitorias o permanentes<sup>2</sup> que presentan los niños con trastornos en su desarrollo o que tienen el riesgo de padecerlos<sup>3</sup>. Estas intervenciones, que deben considerar la globalidad<sup>4</sup> del niño, han de ser planificadas<sup>5</sup> por un equipo de profesionales de orientación interdisciplinar o transdisciplinar<sup>6</sup>.((GAT), 2000)

De esta definición se puede constatar que la Atención temprana y su objeto debe centrarse tanto en el niño, su familia como en el contexto en el que se desenvuelven.

Los principales objetivos de la AT son: fomentar la salud y el bienestar infantil, mejorar las competencias emergentes, reducir los retrasos evolutivos, remediar las discapacidades existentes o posibles, prevenir los deterioros funcionales, fomentar la paternidad responsable y sobre todo la funcionalidad familiar (Shonkoff & Meisels, 2000).

Entendemos que los objetivos generales que la AT debe cubrir son<sup>7</sup> :

1. Apoyar y promover el desarrollo personal y la autonomía
2. Fortalecer las capacidades y competencias de la familia
3. Garantizar los principios de normalización e integración

---

<sup>1</sup> CIF. Clasificación Internacional del Funcionamiento, Discapacidad y Salud (2001)

<sup>2</sup> Transitorias: son aquellas necesidades que tienen una duración determinada en la vida del niño, con una incidencia funcional variable, según su evolución. Permanentes: son aquellas necesidades presentes durante toda la vida de la persona, aunque con una incidencia funcional variable, según su evolución.

<sup>3</sup> La atención temprana debe considerar a niños que tengan riesgo de cualquier patología u alteración como susceptibles de la intervención.

<sup>4</sup> Globalidad o carácter global, es decir, que prevé todos los aspectos del propio niño, así como los de su entorno, (familiar, de salud, educativo, social, etc.).

<sup>5</sup> Actuaciones planificadas: son aquellas que reúnen y estructuran los distintos elementos mediante una adecuada definición de objetivos y metas, y una sistematización de las actuaciones propuestas, y que hacen uso y disponen de los recursos necesarios para tales fines.

<sup>6</sup> Interdisciplinar y transdisciplinar son métodos de trabajo, ambas implican la coordinación entre los profesionales de las áreas de Salud, Educativa y Servicios Sociales

<sup>7</sup> Recomendaciones técnicas para el desarrollo de la Atención Temprana

Federación Estatal de Asociaciones de Profesionales de Atención Temprana - GAT

La eficacia de los programas de Atención Temprana y la evolución de los niños/as con alteraciones en su desarrollo está constatada firmemente y no es objeto de este trabajo, pero en cualquier caso esta dependerá en gran medida de la fecha de detección, del momento de inicio de la intervención y de la intensidad del tratamiento. El término "temprano" significa empezar pronto, es decir en el mismo momento del nacimiento o en los primeros meses, no esperar para empezar la intervención.

## 1.2. La atención temprana en la Comunidad Valenciana

### 1.2.1. Centros de Atención Temprana y sus beneficiarios

En la Comunidad Valenciana contamos con un total de 24 Centros de AT en las tres provincias. En concreto existen 9 centros en Alicante, 2 en Castellón y 13 en Valencia.

Los centros de AT disponen de profesionales especializados en el desarrollo infantil y atención temprana. El personal se compone de: Coordinador/a, Psicólogo/a o pedagogo/a, fisioterapeuta, logopeda y estimuladores/as (grado medio en el área terapéutica, generalmente maestros/as de educación infantil o educación especial o audición y lenguaje). El número de estas figuras profesionales dependerá, por una parte del número de usuarios autorizados por la Conselleria de Bienestar Social para cada Centro y por otro, las patologías más frecuentes atendidas en cada centro.

El estatuto para las personas con discapacidad de la Comunidad Valenciana, Ley 11/2003, en su artículo 37 cita la AIT pero, en este caso, definiendo los Centros de Atención Temprana como un formato especializado de centros de atención diurna que son *"recursos destinados a las personas con discapacidad, mediante un equipo multidisciplinar,...., con el objetivo común de potenciar las capacidades y la autonomía de las personas con discapacidad, fomentando la interacción con el medio familiar y social,..."*

Los niños/as que solicitan ser atendidos en los Centros de AT necesitan obligatoriamente la derivación al Centro por un médico/a pediatra (del Servicio de Salud Pública) recomendando el tratamiento o la valoración en estos servicios especializados. Así reza la Orden de 21 de Septiembre de 2001 de la Conselleria de Bienestar Social por la que se regulan las condiciones y requisitos de funcionamiento de los centros de atención precoz, y en la que se indica que, los niños/as candidatos a Atención Temprana son:

*"Niños de 0 a 3 años, con discapacidad o riesgo de padecerla hayan sido valorados de riesgo por los equipos correspondientes de pediatría de los centros hospitalarios y de atención primaria de la Conselleria de Sanidad y por el Equipo de Valoración del Centro de Valoración y Orientación Provincial" .*

La edad de los usuarios ha sido objeto de modificación. La Orden arriba mencionada habla de una edad de 0 a 3 años, pero con la publicación de la **Ley 12/2008**, de 3 de julio, de protección de la infancia y la adolescencia de la Comunitat Valenciana, se ha producido un cambio sustancial en el rango de población a la que se presta atención desde los centros de atención temprana. En su disposición adicional segunda, se modifica el título del artículo 31 de la Ley 5/1997, de 25 de junio, de la Generalitat, por la que se regula el sistema de servicios sociales en el ámbito de la Comunitat Valenciana, que pasarán de denominarse “centros de estimulación precoz” a “centros de Atención Temprana”. A su vez se modifica el apartado 2 del artículo 31 de la misma Ley, que queda redactado del siguiente modo:

*“Sus beneficiarios son **niños y niñas entre 0 y 6 años** con discapacidad o riesgo de padecerla, siendo prioritaria la atención entre 0 y 4 años. Podrá proseguirse el tratamiento asistencial en estos centros hasta la edad máxima de 6 años, siempre que se considere necesario para garantizar una mejor evolución e integración en el recurso educativo más adecuado, sin forzar el curso lógico del programa de intervención temprana”*

Por otra parte, también se modifica el artículo 37 de la citada Ley, sobre el Estatuto de la Personas con Discapacidad, que queda redactado del siguiente modo:

*“Centros de Atención Temprana: son recursos destinados al tratamiento asistencial y/o preventivo de niños con problemas de desarrollo o riesgo de padecerlos por causas de origen prenatal, perinatal o postnatal con edades comprendidas entre los 0 y los 6 años. La asistencial global que brindan estos centros se encuentra encaminada a potenciar y desarrollar al máximo sus posibilidades físicas, psíquicas y sensoriales, mediante programas sistemáticos y secuenciados que abarcan todas las áreas de desarrollo infantil. Su actuación se coordinará con las unidades educativas”*

El número de profesionales de cada Centro de AT depende del número de niños/as atendidos. Ateniéndonos a lo que reza la ORDEN de 21 de septiembre de 2001, de la Conselleria de Bienestar Social, por la que se regulan las condiciones y requisitos de funcionamiento de los Centros de Estimulación Precoz. [2001/9607]:

*“Las ratios mínimas del personal, para una plantilla de 35 niños, serán de:*

- a) 1 psicólogo/pedagogo.*
- b) 0,5 fisioterapeutas.*
- c) 2 estimuladores*
- d) 0,5 logopedas.”*

Con lo que se puede inferir que la plantilla de profesionales que trabajan en los Centros de AT oscila entre 5 y 7 trabajadores/as.

Podemos clasificar a la población infantil susceptible de tratamientos de Atención Temprana en tres categorías atendiendo a las etiologías que originan o pueden originar retraso en el desarrollo:

**Riesgo Biológico:** Originado por alguna alteración o disfunción biológica, como malformaciones congénitas que afecten a las funciones del S.N.C., traumatismos, infecciones, metabolopatías, cromosomopatías, alteraciones sensoriales, etc.

**Riesgo Ambiental:** Derivado de situaciones socioeconómicas de pauperadas, malnutrición, progenitores drogodependientes, alcohólicos, maltrato, etc.

**Alto Riesgo:** Se considera en esta categoría a aquellos niños nacidos prematuros de bajo peso al nacer (< 2500 gr.) y los de muy bajo peso (< 1500 gr.). La prematuridad se entiende como la gestación inferior a las 37 semanas.

### *1.2.2. Objetivos y prestaciones con los beneficiarios de la Atención Temprana*

Las prestaciones que los usuarios/as atendidos en los Centros de AT de la Comunidad Valenciana están recibiendo se dirigen hacia el niño, la familia y el entorno y se pueden sintetizar en:

1. Estudio de la problemática del niño, diagnóstico y evaluación de sus necesidades.
2. Ofrecer la atención y tratamientos que precise el niño en las siguientes áreas:
  - a. Estimulación cognitiva y sensorial
  - b. Fisioterapia y Psicomotricidad
  - c. Logopedia y desarrollo del lenguaje
  - d. Psicológica
3. Ejercer funciones de información, orientación, formación y apoyo familiar.
4. Orientar sobre recursos externos beneficiosos para el desarrollo del niño y que faciliten el más alto nivel de integración.
5. Participar activamente en la coordinación entre las instituciones que traten al niño promoviendo el diseño conjunto de un plan de acción y la evaluación de su seguimiento.
6. Realizar una intervención interdisciplinar.

*“ Las prestaciones obligatorias, sin perjuicio de las adicionales que pueda prestar el Centro, consistirán en una asistencia integral concretada en: Diagnóstico, que será contrastado con los equipos correspondientes de las Unidades Materno-Infantiles del Sistema de Salud Pública, tratamiento, orientación y seguimiento; coordinación con los recursos comunitarios; atención individual y familiar, en ésta última atención se dotará*

*a los padres de pautas a aplicar con el fin de conseguir conductas estimuladoras y educativas sobre sus hijos.*

*En los supuestos de alteraciones neurológicas que puedan hacer prever una discapacidad motórica, obligatoriamente, se prestará tratamiento fisioterapéutico especializado. Asimismo, en los supuestos de atención a niños hipoacúsicos se prestará tratamiento logopédico especializado.*

*La atención directa, que será realizada en régimen ambulatorio, se desarrollará en horario comprendido entre las 09 y las 18 horas.” ORDEN de 21 de septiembre de 2001, de la Conselleriade Bienestar Social, por la que se regulan las condiciones y requisitos de funcionamiento de los Centros de Estimulación Precoz. [2001/9607]*

Los objetivos que se vislumbran de estas prestaciones y que son los que persiguen los profesionales de la AT son:

En relación al niño:

- Reducir los efectos de una deficiencia o déficit sobre el conjunto global del desarrollo del niño.
- Optimizar, en la medida de lo posible, el curso del desarrollo del niño.
- Introducir los mecanismos necesarios de compensación, de eliminación de barreras y adaptación a necesidades específicas.
- Evitar o reducir la aparición de efectos o déficits secundarios o asociados producidos por un trastorno situación de alto riesgo.
- Considerar al niño como sujeto activo de la intervención.

En relación a la familia:

- Orientar a la familia sobre pautas de actuación con el niño y dinámica familiar.
- Derivar a la familia realizando una actuación coordinada a cualquier otro servicio cuando requiera de estos.
- Apoyo emocional, social, informativo y formativo relacionado con la información diagnóstica o trastorno del desarrollo infantil de su hijo.
- Información, orientación y apoyo relacionado con el desarrollo personal del niño y sus necesidades cotidianas.
- Apoyo a la reorganización del conjunto de la unidad de convivencia.
- Orientación sobre otros apoyos económicos, sanitarios, educativos y sociales.
- Información sobre asociaciones de padres, usuarios y otras relacionadas.

En relación al entorno:

- Análisis de los contextos e itinerarios previsibles de desarrollo infantil con expresión de factores facilitadores y barreras.
- Informe de la necesidad de actuaciones singulares de eliminación de barreras/apoyos facilitadores en el entorno de cada niño y familia que lo necesiten.
- Coordinar las acciones de intervención con los servicios que estén implicados (Servicios sociales, Servicios de salud, Servicios Educativos....)
- Promoción de la sensibilización del entorno comunitario respecto del desarrollo infantil y la comprensión del niño con trastornos en el desarrollo.
- Apoyo a la extensión de las redes de apoyo social y autoayuda.
- Apoyo, asesoramiento y participación en la formación del voluntariado y los profesionales de los servicios sociales, sanitarios y educativos en lo que atañe a desarrollo infantil y a los trastornos del desarrollo.
- Participación en la formación y dirección de los grupos de autoayuda.
- Participación en los órganos compartidos de reflexión y coordinación genérica con otros recursos que se determinen reglamentariamente en el ámbito municipal/comarcal.
- Participación en la elaboración, desarrollo y evaluación de programas comunitarios de prevención en su ámbito territorial.

## 2. EL DESARROLLO DEL NIÑO DURANTE LOS PRIMEROS AÑOS DE VIDA

La Psicología Evolutiva, en términos generales, trata de estudiar el cambio psicológico que ocurre a lo largo de la vida humana y que llamaremos desarrollo humano. En los últimos años, existe un cierto consenso en la documentación científica a la hora de definir tanto el contenido como el término utilizado. Frecuentemente, encontramos la misma definición bajo la etiqueta de Psicología Evolutiva, Psicología del Desarrollo o en términos generales bajo la denominación de 'Desarrollo Humano'. A nuestro entender, esta profusión coincidente de definiciones se debe a la propia evolución epistemológica e histórica de la Psicología Evolutiva. Así, (Palacios, 1999) define la Psicología Evolutiva como "la disciplina que se ocupa de estudiar los cambios psicológicos que en una cierta relación con la edad, se dan en las personas a lo largo de su desarrollo, es decir, desde su concepción hasta la muerte". Su objeto de estudio, se materializa en "la descripción, explicación y optimización del cambio intraindividual de comportamiento a lo largo del ciclo vital y de las diferencias interindividuales, así como de las semejanzas, en el cambio intraindividual" (Baltes & Reese, 1977). El objeto de la Psicología del Desarrollo es describir los procesos de cambio, explicar por qué ocurren y suministrar bases para intervenir, ya que "el proceso evolutivo está siempre abierto a la posibilidad de ser optimizado por la interacción modeladora del entorno" (Marchesi & Palacios, 1983). Lefrançois, define la Psicología del Desarrollo como el estudio de los cambios en la conducta y el pensamiento de los seres humanos debidos al tiempo. Los

componentes del desarrollo se centran en el crecimiento, maduración y el aprendizaje. El crecimiento se refiere a los cambios físicos (fundamentalmente cuantitativos). La maduración son cambios que se producen con cierta independencia del ambiente como pueden ser los cambios sexuales en la adolescencia, relacionados con la herencia. Ahora bien, casi todos los procesos madurativos tienen relación con el aprendizaje o al menos con la oportunidad de realizar la actividad. Por último, el aprendizaje se define como los cambios relativamente permanentes que se deben a la experiencia (cambios cualitativos). En resumen, el desarrollo es el proceso gradual por el que nos adaptamos a nuestro ambiente (Lefrançois, 2001). Aunque el desarrollo relativo al crecimiento físico se detiene, el desarrollo en términos de cambios y adaptación continúa durante todo el ciclo vital (Datan & Rodeheaver, 1987). El estudio del Desarrollo Humano, se ha convertido en una ciencia multidisciplinar que toma elementos de la biología, fisiología, medicina, educación, psicología, sociología y antropología para explicar los cambios producidos en función del tiempo (Baltes P. , 1987).

El desarrollo humano es una concatenación de procesos y desarrollos mutuamente condicionados entre ellos y con el entorno. En el desarrollo psicomotor es donde mejor se puede observar la secuencia de procesos y la concatenación de los mismos. Desde la fecundación hasta la organización del individuo adulto se produce una serie de cambios genéticamente regulados en un cierto orden cronológico y espacial. El proceso por el cual el organismo llega a desarrollar las funciones adultas se denomina ontogénesis. El desarrollo psicomotor del niño ocurre en forma secuencial, esto quiere decir que una habilidad ayuda a que surja otra. Es progresivo, se van acumulando las funciones simples de forma que el desarrollo de varias funciones de carácter simple puede dar pie a la aparición de otra más compleja. El desarrollo de todo niño sigue unos patrones que gobiernan el desarrollo de todos los individuos de la especie "homo sapiens".

Si a la hora de explicar el desarrollo humano en general, el dominio de lo biológico y el de lo psicológico no están delimitados, en el caso particular de los primeros años de vida de niños que presentan algún tipo de trastorno del desarrollo, esta delimitación aún se hace más difícil. En tres simposios sucesivos celebrados en la University of Minnesota (USA) los años 1955, 1965 y 1980 bajo el título general "The concept of development", investigadores de primera línea trataron de "fijar" el concepto de desarrollo. En el primero hubo un fuerte predominio de los enfoques biológicos, abundan las definiciones, pero se mantiene una orientación generalista. El simposio de 1965 refrenda el declive del "paradigma" del aprendizaje (de moda hasta comienzos de los 60) como "explicación" del desarrollo (Harris, (1957)); se reconoce tímidamente el auge del cognitivismo pero aun no se menciona a Piaget que había escrito sus obras básicas 30 años antes. El tercero es un mosaico de temas en torno al desarrollo (Piaget, entre otros) pero con la explícita confesión final de que "es dudoso que logremos dar una versión grandiosa acerca de cómo procede el desarrollo" (Collins, 1982). La opinión de Gelman equivale a reconocer que el desarrollo habrá que

abordarlo en lo sucesivo por dominios: crecimiento físico, motricidad, socialización, conocimiento,...

La caracterización del desarrollo como proceso de diferenciación y/o integración es, en realidad, antigua. La morfogénesis da como resultado, la generación de un organismo funcionalmente integrado: una totalidad que es más que la suma o yuxtaposición de sus partes. Se puede ilustrar esta aproximación al desarrollo con múltiples ejemplos. Uno de ellos es el del movimiento. Al nacer, los movimientos del niño son más bien "globales", poco diferenciados e incordiados (no puede mover la cabeza ella sola, ni un brazo, ni menos una mano, etc.). Poco a poco los movimientos se irán individualizando y coordinándose mutuamente: sostendrá y desplazará su cabeza; será capaz de extender un brazo y se guiará con la vista para alcanzar algo atrayente; su mano, al comienzo, se cierra toda ella sobre el objeto para atraparlo pero más tarde lo hará con los dedos y finalmente sólo con el pulgar e índice (pinza). En el dominio de la comunicación ocurre algo parecido. La primera comunicación madre-hijo hace intervenir muy particularmente el tacto (cenestesia) o el oído. Luego harán su entrada la mirada, el gesto, la emisión sonora inarticulada, los sonidos silábicos, la palabra, etc. El lenguaje, tal como lo practica el niño desde los 2 años y medio, integra cada vez mejor el gesto, la entonación y la palabra.

El tema de las causas del desarrollo ha sido abordado directamente por un grupo de psicólogos ingleses cuyas aportaciones aparecen en el libro *Causes of Development* (Butterworth, 1990). Esta discusión explícitamente interdisciplinar arroja escasas luces sobre el tema en sí y sólo desvela su extraordinaria complejidad. O, por decirlo más rotundamente: queda en evidencia que *no tiene sentido hablar de causas del desarrollo*. La razón básica es que el organismo, en su vertiente tanto psicológica como orgánica (ambas inseparables) es un sistema complejo compuesto por diversos subsistemas imbricados y ligados mutuamente por bucles de retroalimentación y propulsión (feed-back y feed-forward). Cada subsistema (el genético, el nervioso, el musculoesquelético, etc.) se auto-regulan según leyes propias. Otro tanto cabría decir de los dominios cognitivo, motivacional-emocional, comunicativo-lingüístico, etc. Lo que el observador constata como cambio o metamorfosis son una sucesión de estados del sistema global que es resultado de transacciones, a cada instante, entre esos subsistemas y con el entorno. Intentar desvelar *causas* en esa maraña de interacciones entre subsistemas (algunos de ellos difusamente acotados) es bastante ilusorio. Es decir, de la interacción de procesos a un nivel surgen procesos a otro nivel y estos, a su vez, ejercen retroacción sobre los anteriores.

Desde que nacemos hasta que llegamos a la plena madurez, las personas seguimos un proceso de desarrollo complejo, continuo e irreversible. Este proceso de desarrollo implica cambios orgánicos y psicológicos que afectan a nuestras capacidades y competencias. En el desarrollo humano, se pueden determinar etapas en las que todos o la gran mayoría de los niños/as ya han adquirido una habilidad o competencia. La evolución o el desarrollo de los niños /as puede compararse a una escalera en la que

cada peldaño implica un hito evolutivo y no alcanzarlo, podría implicar un retraso en los siguientes o que los siguientes hitos se adquiriesen de forma no normativa, condicionados por la falta de competencia en el primero.

Existen un gran número de causas que producen una alteración en el desarrollo. En función de las características de esta alteración podremos poner en marcha un programa de intervención u otro, por lo que resulta de vital importancia conocer con más o menos exactitud cuál es la causa del retraso o alteración del desarrollo. Es aquí donde los equipos de Atención Temprana tienen su principal aportación. Evaluar al niño, la familia y su contexto e iniciar la intervención lo antes posible con el objeto de ir optimizando el desarrollo del niño/a para que pueda ir subiendo peldaños en el complejo crisol del desarrollo humano.

### CAPITULO III EVALUACIÓN EN ATENCIÓN TEMPRANA

Una de las principales tareas que la Atención Temprana debe acometer es el llamado proceso de evaluación del niño/a que acude al Centro de Atención Temprana. La evaluación es uno de los temas de estudio e investigación principales en psicología, que ha evolucionado enormemente producto del desarrollo de la disciplina y la interacción con otras ciencias afines. No es objeto de este trabajo el análisis histórico de esta disciplina para lo cual existen excelentes manuales de autores españoles que realizan un riguroso análisis histórico<sup>8</sup>. Nuestro objetivo en este capítulo es explicar cómo entendemos debe ser el proceso de evaluación, en Atención Temprana.

Fernández Ballesteros propone la siguiente definición de la disciplina “evaluación psicológica” (Ballesteros, 1992, pág. 17):

*(...)es aquella disciplina de la psicología científica que se ocupa de la exploración y análisis del comportamiento de un sujeto humano con distintos objetivos básicos o aplicados (descripción, diagnóstico, selección/predicción, explicación, cambio y/o valoración) a través de un proceso de toma de decisiones en el que se encardinan la aplicación de una serie de dispositivos, tests y técnicas de medida y/o evaluación.*

Como se puede observar, en Psicología (y otro tanto ocurre en áreas afines como educación, fisioterapia, logopedia, etc.) se utilizan diferentes términos para referirnos a este proceso global o a partes de este proceso.

(Buela-Casal G., 1997, pág. 97), sintetizando sobre la evaluación psicológica:

*Por todo ello, la evaluación psicológica constituye el estudio científico, a través de diferentes procedimientos de recogida de información (entre otros muchos los tests), de las actividades o características psicológicas de una persona, ambientes específicos y/o intervenciones con el objetivo de alcanzar unos objetivos propuestos (entre ellos el diagnóstico).*

Tamarit lo expresa del siguiente modo (1992):

*“la evaluación, trata de recabar información detallada sobre las dificultades, capacidades, estilos y potencial de aprendizaje, preferencias, etc. del individuo evaluado cara a establecer un programa educativo terapéutico. Por tanto, el objetivo fundamental de la evaluación es facilitar una intervención adecuada. Evaluación e intervención son dos aspectos de un mismo proceso”*

<sup>8</sup>Pelechano 1976, 1988, Martorell, 1988, Silva 1982

Como vemos en las diferentes definiciones el objeto de la evaluación incluye aspectos como descripción, diagnóstico, predicción, explicación, cambios, características de la persona, ambientes, dificultades, capacidades, estilos, potenciales, preferencias, intervención.

Estamos de acuerdo en que la evaluación es un proceso a través del cual obtenemos información del niño con el objetivo de tomar decisiones para generar las estrategias de intervención adecuadas. La evaluación del desarrollo es un proceso que nos permite por una parte entender las competencias del niño y su contexto y por otra parte diseñar los programas de intervención que ayudarán al niño y su familia a desarrollar todos sus potencialidades. *“La interacción entre el niño y el ambiente es continuo, recíproco e interdependiente. No podemos analizar un niño sin su referencia al contexto, al igual que no podemos analizar el contexto sin su referencia al niño. Los dos forman una unidad inseparable que consiste en un conjunto de variables interrelacionadas o un campo interaccional”* (Bijou, 1978, pág. 29)

Es fundamental entender la importancia de ver la evaluación y el desarrollo de los planes de intervención como un proceso continuo. Este proceso debe estar vinculado inexorablemente a la planificación de los objetivos de intervención tanto del niño como de la familia. Integrar la evaluación y diagnóstico con la planificación de la intervención ofrece la oportunidad de elevar la calidad y la profesionalidad de la atención en la atención temprana.

La evaluación se centrará en las áreas afectadas y en las mejor desarrolladas, o sea en los puntos fuertes y débiles del niño, la familia y el contexto, para de este modo planificar la intervención de manera individualizada. La evaluación no sólo está únicamente dirigida al diagnóstico, sino que este es un proceso dentro de la evaluación. Es muy importante determinar si el niño tiene algún déficit o retraso en comparación con niños/as de su misma edad. La evaluación es necesaria para obtener información sobre las necesidades del niño y de la familia para conseguir una intervención efectiva con el principal objetivo de optimizar su desarrollo global.

La evaluación y el diagnóstico consiste, en general, en un proceso que implica varios pasos, a saber: la determinación de la necesidad y del área a evaluar; la selección del instrumento de medida del área a evaluar; el contraste de la medida obtenida con algún estándar que permita la toma de decisiones o el etiquetado diagnóstico

El proceso de evaluación y diagnóstico implica como ya hemos dicho diferentes fases, tal como se muestra en la tabla 1.

- a) Determinación de las necesidades de evaluación: Se trata de definir qué es lo que se persigue con el proceso de evaluación y diagnóstico. En unos casos, el objetivo es llegar a un diagnóstico es decir a asignar al niño dentro de un grupo de características generales y por tanto etiquetarlo. En otros

casos, lo que nos interesa es solo conocer los niveles de desarrollo del niño con la finalidad de orientar su programa educativo.

- b) En función de cuál sea el objetivo de la evaluación se procederá a la selección del o los instrumentos de medida adecuados, teniendo en cuenta que si lo que deseamos es terminar el proceso con una etiqueta diagnóstica, deberemos ser más exigentes en el tipo de instrumento que elegimos. En particular, debemos elegir siempre que sea posible el instrumento o test más específico y que reúna las características psicométricas óptimas, es decir, máxima validez y fiabilidad.
- c) El proceso de cuantificación o aplicación de los test o instrumentos de medida seleccionados consiste como su nombre indica en seguir las instrucciones de los respectivos instrumentos.
- d) El proceso de evaluación no finaliza cuando se cuantifica el rasgo o característica a medir. Únicamente con la cuantificación no obtenemos información suficiente. Necesitamos contrastar el valor numérico con algún tipo de estándar que nos permita concluir si el niño mantiene o no un desarrollo en el área correspondiente, adecuado a la edad en unos casos o transformar la puntuación obtenida según un baremo para poder sacar conclusiones diagnósticas. En el caso de evaluaciones de intervención la información debería referirse a los objetivos de intervención para saber si han sido cubiertos, de qué forma o que modificaciones son necesarias introducir en el programa.
- e) La última fase, hace referencia al etiquetado diagnóstico. Existen diferentes clasificaciones internacionales y normas diagnósticas. Por ejemplo la DSM-IV o la Clasificación Internacional de Deficiencias y Discapacidades. Al final de lo que se trata es de emitir un informe diagnóstico con valor administrativo basado en una de estas clasificaciones y avalada por los instrumentos de medida utilizados. El diagnóstico en estos casos tiene solo un valor administrativo ya que permite acceder a nuevos recursos para el niño salvo raras ocasiones, no aporta información relevante para el programa de intervención.

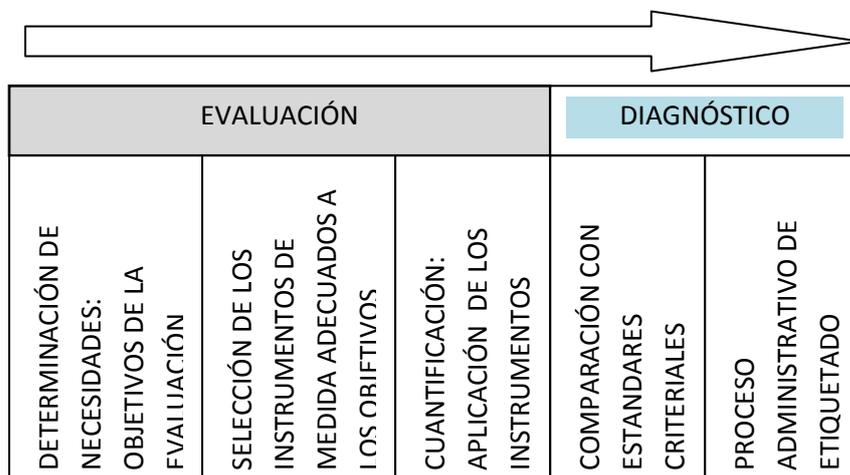


Tabla nº1. Flujo del proceso de evaluación y diagnóstico.

Resumiendo el contar con un sistema de evaluación nos permitirá:

1. Decidir si es necesaria la intervención
2. Decidir en qué área/as debemos intervenir (encontrar puntos fuertes y áreas de dificultad) y que atención debe recibir.
3. Planificar la intervención (intensidad de tratamiento, metodología, objetivos...)
4. Tomar decisiones con información objetiva sobre la intervención.
5. Evaluación (control de los avances a nivel general y en determinadas área).

Fue J.McKeenCattell en 1890 quien definió los test mentales por primera vez, entendiéndolos como procedimientos que permitían obtener información objetiva de las personas cuando se enfrentaban a tareas tipo. Han pasado ya muchos años desde aquella definición y estos instrumentos de medición psicológica han ido contribuyendo a muchas áreas del conocimiento. Pero si bien cierto que este crecimiento ha ido acompañado de ciertos abusos y de grandes expectativas que no se han cumplido, creemos firmemente que su utilización dentro del proceso de evaluación puede aportar mucha información no únicamente sobre el niño sino también sobre su familia y el contexto donde se desenvuelven.

Es este autor,(Cronbach, 1990, pág. 32) cien años después de la definición de Catell quien define el test psicológico como un procedimiento sistemático para observar la conducta y describirla con ayuda de escalas numéricas o categorías establecidas.

Anastasi A., Urbina S. (1998), definen la prueba psicológica como una medida objetiva y estandarizada de una muestra de conducta. Con las pruebas psicológicas, como en cualquier otra ciencia, se hacen observaciones sobre una muestra pequeña pero cuidadosamente elegida, de la conducta del individuo.

Roger en (Roger, 1995) utiliza el término “*psychologicaltesting*” para referirse a aspectos técnicos de los test (fiabilidad, validez, etc.) y “*psychologicalassessment*” para aludir al modo en que los test son usados para tomar decisiones conjuntamente con otras fuentes de información.

La evaluación es un proceso sistemático que implica la recogida de información de diferentes fuentes con el objetivo de conocer la realidad que se nos presenta. Entendemos que en este proceso se debe recoger toda la información de todos los profesionales involucrados para identificar, diagnosticar, y evaluar cualquier alteración en el desarrollo evolutivo del niño/a. La aplicación de tests debe ser únicamente una parte del proceso global de la evaluación del niño/a. La evaluación es un concepto mucho más amplio, que debe integrar la información recogida de todas las fuentes. Del mismo modo, esta no debe limitarse exclusivamente al niño/a sino que debe ampliar su objeto al contexto donde se desenvuelve.

En la evaluación/diagnóstico en AT entendemos que debe integrarse el uso de instrumentos de medida para la recogida de información. “La testología es un modo o método de recoger información acerca de las personas mientras que la evaluación psicológica es un proceso”.(Pelechano, 1988, pág. 27).

Así puesPelechano (pag. 28) en el mismo libro nos resume las ventajas de la utilización de tests en la evaluación:

*(a) Se caracterizan por tener un modo de aplicación, corrección y, en muchos de ellos, de interpretación de sus puntuaciones normalizado, lo que minimiza -si no elimina de raíz- los sesgos interpretativos del evaluados a la hora de recoger, calificar y situar al individuo dentro de su grupo de referencia.*

*(b) Los resultados se expresan en términos de cuantificación, lo que acentúa la precisión y objetividad de las descripciones... y por otra parte posibilitan una mayor capacidad de diferenciación. Ello, además, facilita la determinación objetiva tanto de la mejora como del empeoramiento.*

*(c) Son económicos y eficaces a la hora de la recogida rápida de información cuantitativa...*

*(d) En algunos casos representan el mejor modo y, en otros el único conocido para recoger cierto tipo de datos....*

A modo de conclusión, entendemos el testing (expresión anglosajona traducida como la acción de aplicar tests) como un método de recogida de información acerca de las personas, que debe estar imbuido dentro del proceso de evaluación en atención temprana. Por otra parte, extrayendo aspectos de las definiciones anteriormente citadas por los autores, se entienden el test como una medida objetiva y estandarizada de una muestra de conductas. Esta estandarización se entiende como una uniformidad de los procedimientos de calificación y aplicación de la prueba (protocolos de corrección, instrucciones, materiales, normas...) .

Si que es cierto que en el universo de los test psicológicos se incluyen ciertas técnicas que no acatan todas las características que se refieren a los test ( uniformidad, estandarización, objetividad, interpretación normativa), de ahí que se utilice el término prueba o técnica para hacer referencia a estos últimos. En cualquier caso y acometiendo el tema que nos lleva, la evaluación psicológica debe hacer uso de los test, técnicas, o pruebas que considere oportuno para cumplir con sus objetivos.

## **CAPITULO IV DESCRIPCIÓN DE LOS INSTRUMENTOS DE EVALUACIÓN Y DIAGNÓSTICO MÁS UTILIZADOS EN ATENCIÓN TEMPRANA EN EL PERÍODO DE 0-6 AÑOS**

### **Introducción**

Al inicio de este trabajo una de nuestras tareas fue una completa revisión de las escalas, tests, cuestionarios, pruebas de cribado, entrevistas diagnósticas...etc. existentes para el periodo de edad que nos interesaba. Para recopilar estos instrumentos de evaluación y diagnóstico en el periodo de 0 a 6 años, se ha consultado en las bases de datos especializadas, revistas, catálogos, manuales de uso de pruebas, artículos, etc. Nuestro objetivo ha sido conseguir suficiente información sobre ellas para, por una parte, confeccionar el listado que debíamos incluir en el cuestionario y por otra, describir y clasificar las más utilizadas.

Nuestra clasificación ha sido esta:

1. Pruebas de evaluación infantil generales de Desarrollo.
2. Pruebas de comunicación y lenguaje.
3. Pruebas de evaluación del desarrollo motor.
4. Pruebas que valoran aspectos relacionados con la familia y el entorno.
5. Pruebas específicas de la evaluación y diagnóstico del Trastorno del Espectro Autista.
6. Otras

En el anexo se incluye un listado completo de todas las pruebas que se incluyeron en el cuestionario electrónico. En este capítulo se describen las más conocidas y utilizadas.

### **1. Pruebas de evaluación infantil generales de Desarrollo**

### *1. Escala de desarrollo psicomotor de la primera infancia de Brunet-Lezine*

1. **Autor/es:** O. Brunet, I. Lezine
2. **Aplicación:** Individual
3. **Edad de aplicación:** Edad de aplicación: De 0 a 30 meses. Ampliada hasta los 6 años.
4. **Duración:** Para niños menores de 15 meses entre 25 y 35 minutos, para más edad hasta 60 minutos.
5. **Finalidad:** Evaluación del nivel madurativo del niño en las cuatro áreas que explora: (P) Control postural, (C) Coordinación óculo – motriz, (L) Lenguaje/Comunicación, (S) Sociabilidad/Autonomía.
6. **Características:** Permite obtener una Edad de Desarrollo y un Cociente de Desarrollo global del niño, así como una valoración parcial de la Edad de Desarrollo y del Cociente de Desarrollo del niño en cada una de las áreas exploradas. Se recoge información de la observación del niño al proponerle una serie de tareas y del comportamiento del niño (esta última se recoge a partir de preguntas a los padres).
7. **Material:** Cuenta con una maleta donde incluye todo el material necesario para la aplicación de la prueba
8. **Editorial:** Psymtéc

### *2. Escala de madurez mental de Columbia (CMMS)*

1. **Autor/es:** B. B. Burgemeister, L. H. Blum e I. Lorge
2. **Aplicación:** Individual
3. **Edad de aplicación:** entre 3 años y 6 meses y 9 años y 11 meses.
4. **Duración:** Variable, entre 20 y 25 minutos.
5. **Finalidad:** Evaluación de la capacidad mental y del grado de madurez intelectual, preferentemente en niños con deficiencias motoras, cerebrales o verbales. Aprecia también posibles perturbaciones del pensamiento conceptual.
6. **Baremación:** Se replicaron en 1975 los estudios originales para equiparar los ocho niveles de la prueba y alcanzar una tipificación española propia.
7. **Material:** Está formada por 92 elementos con dibujos que reproducen formas geométricas, personas, animales, vegetales y objetos de la vida corriente. Estos elementos están distribuidos en series que forman 8 escalas o niveles superpuestos. Dependiendo de la edad cronológica del sujeto se le aplica un nivel u otro.
8. **Características:** Se basa en la localización del dibujo que es distinto a los demás o no se relaciona con ellos. No precisa de lenguaje expresivo y basta con que el sujeto comprenda las instrucciones iniciales y señale con el dedo. Se obtiene:

una puntuación centil, un eneatispo y una puntuación en forma de Índice de Madurez (I.M.).

9. **Editorial:** TEA Editores

### *3. Inventario de Desarrollo Batelle (BDI)*

1. **Autor/es:** J. Newborg, J.R. Stock, L. Wnek. Adaptación española de De la Cruz y González.
2. **Aplicación:** Individual
3. **Edad de aplicación:** 0-8 años
4. **Duración:** Puede variar de 1 hora a hora y media
5. **Finalidad:** Valorar las áreas del desarrollo: social, adaptativa, motora, comunicación y cognitiva. Uno de los propósitos fundamentales con el que se creó la prueba fue el de poder proporcionar información sobre los puntos fuertes y débiles en diversas áreas del desarrollo del niño, para facilitar la elaboración de programas de intervención individualizados. Se utiliza en el ámbito clínico, en la evaluación en edades tempranas y en el área de la educación especial.
6. **Características:** Cuenta con una prueba de cribado que se puede pasar entre 10 y 20 minutos dependiendo de la edad del niño. Está compuesto por 341 ítems divididos en las siguientes áreas: Personal/Social, Adaptativa, Motora (Motricidad Gruesa y Motricidad Fina), Comunicación (Receptiva y Expresiva), Cognitiva. Los resultados, obtenidos en Edades Equivalentes de Desarrollo en cada área, se pueden transformar en Cocientes de Desarrollo, los cuales permiten comparar los resultados obtenidos por sujetos de distintas edades. Los datos obtenidos se recogen a través de la aplicación de las pruebas en situación estructurada, observación del niño en su entorno habitual y entrevista con padres y/o profesores.
7. **Editorial:** TEA ediciones

### *4. Escala de evaluación del comportamiento neonatal: NBAS*

1. **Autor/es:** T. Berry Brazelton, J. Kevin Nugent
2. **Aplicación:** Individual
3. **Edad de aplicación:** Periodo de edad que va de los primeros días de vida hasta el final de los dos meses de edad en niños nacidos a término. Hasta 48 semanas en niños prematuros.
4. **Duración:** El examen se administra en un periodo de veinte a treinta minutos

5. **Finalidad:** Suele aplicarse como instrumento de cribado, y está construida para una valoración interactiva del repertorio conductual del recién nacido (orientación hacia estímulos visuales, auditivos y sociales) así como de las condiciones neurológicas (como son los reflejos) de los niños en el periodo neonatal. Otra finalidad de este instrumento es su posibilidad de ser empleado como procedimiento de enseñanza de los padres.
6. **Características:** Su aplicación incluye la observación de dieciocho conductas reflejas y veintiocho ítems comportamentales y 7 ítems suplementarios que denotan el grado de fragilidad y de calidad de la conducta de niños de alto riesgo. Esta escala concibe al niño como un ser activo, competente y social. Busca obtener la ejecución óptima o mejor posible del niño, y se evalúa la capacidad del niño para modular sus sistemas en respuesta a la manipulación externa que recibe (capacidad de habituación de auto-organizarse, y de controlar la actividad motora y los estados).
7. **Editorial:** Barcelona [etc.] : Paidós, 1997.

#### *5. Escalas Bayley de desarrollo infantil (BSID)*

1. **Autor/es:** N. Bayley
2. **Aplicación:** Individual
3. **Edad de aplicación:** Niños de 2 a 30 meses de edad,
4. **Duración:** 30 minutos para niños menores de 15 meses de edad y aproximadamente una hora para niños con más de 15 meses.
5. **Finalidad:** Evaluación del desarrollo mental y psicomotor en edad temprana. Pretende obtener una valoración lo más completa posible del desarrollo del niño así como un medio de compararlo frente a otros niños de su misma edad. Los ítems se distribuyen en un orden creciente de dificultad, lo que representa la concepción de un proceso madurativo de las capacidades en el desarrollo cognitivo y motor. Concretamente, la escala mental evalúa: la agudeza sensorio-perceptiva, discriminación y capacidad de respuesta a estímulos, la adquisición temprana de la permanencia (constancia) del objeto y de la memoria, el aprendizaje y capacidad de resolución de problemas, las vocalizaciones al comienzo de la comunicación verbal, y la capacidad temprana para generalizar y clasificar. Por su parte, la escala psicomotora evalúa el grado de control del cuerpo, la coordinación de las grandes masas musculares y la habilidad manipulativa de manos y dedos.
6. **Características:** La información que proporciona inicialmente este conjunto de escalas es la de un índice de desarrollo mental, un índice de desarrollo motor, y una edad de desarrollo equivalente en las escalas mental y motora respectivamente.
7. **Material:** Cada escala dispone de su propia hoja de registro. La escala mental contiene 178 ítems y la escala motora 111. Además, complementariamente

existen 30 ítems adicionales, que se valoran en una escala de 5 puntos, en la hoja de registro del comportamiento. Aquí el examinador valora el comportamiento del niño durante la administración de las escalas.

8. **Otros:** Existe una nueva revisión de esta escala publicada en 1993 la cual se aplica a niños de 1 a 42 meses.
9. **Editorial:** Tea ediciones

### 6. Evaluación de la conducta adaptativa. Vineland

1. **Autor/es:** Sara S. Sparrow; David A. Balla, and Domenic V. Cicchetti 1984.
2. **Aplicación:** individual
3. **Edad de aplicación:** De 3 a 18 años
4. **Duración:** 60 a 90 minutos
5. **Finalidad:** Medida válida y flexible de la habilidad social y personal. Cubre un amplio campo de comportamientos adaptativos: Comunicación (comunicación receptiva, expresiva y escrita), Habilidades de la vida diaria (habilidades personales, domésticas y comunitarias), Socialización (relaciones interpersonales, ocio y tiempo libre, y habilidades de imitación). Se puede usar especialmente para la evaluación y diagnóstico de personas con dificultad en la realización de tests. Básicamente mide la conducta adaptativa.
6. **Características:** Se componen de tres escalas: 1) Vineland-S en forma de encuesta; 2) Vineland-E en forma ampliada; y 3) Vineland-C para clase. Esta tercera escala se utiliza para niños de 3 a 12 años y se completa por el profesor. Las dos primeras utilizan un formato de conversación para obtener los datos durante las entrevistas a padres y tutores. Se obtienen puntuaciones estandarizadas, percentiles, niveles adaptativos y edades equivalentes. Han sido publicadas recientemente normas complementarias para individuos con autismo (Carter *et al.*, 1998).
7. **Editorial:** ¿?

### 7. Guía Portage de la educación preescolar

1. **Autor/es:** S. M. Bluma, M. S. Shearer, A. H. Frohman y J. M. Hilliard
2. **Aplicación:** Individual
3. **Edad de aplicación:** Niños de 0 a 6 años
4. **Duración:** Variable, sin límite de tiempo
5. **Finalidad:** Ha sido elaborada para evaluar el comportamiento de un niño y planear un programa de estudios (currículum) con metas realistas que conduzcan a la adquisición de destrezas adicionales. Ayuda a evaluar las conductas que el niño está aprendiendo y a proporcionar técnicas sugeridas

para enseñar otras conductas. Esta prueba mide cinco áreas del desarrollo infantil (socialización, lenguaje, autoayuda, cognición y desarrollo motriz).

6. **Características:** La Guía Portage contiene 578 fichas relativas a cinco áreas del desarrollo más una sección sobre cómo estimular al bebé. Cada ficha indica el área de desarrollo que evalúa, la edad de aplicación, el objetivo a conseguir y la descripción detallada de las actividades a realizar para conseguir dicho objetivo dentro del proceso de intervención.
7. **Editorial:** TEA ediciones

### *8. Curriculum carolina*

1. **Autor/es:** Johnson-Martín, N. M., Jens, K.G. Attermeier, S. M. y Hacker, B. J. (1986, 1990, 1994)
2. **Aplicación:** individual
3. **Edad de aplicación:** 0-24 meses.
4. **Duración:** variable
5. **Finalidad:** El Currículo Carolina, es un método de Evaluación y Ejercicios para bebés y niños pequeños con necesidades especiales. Proporciona estrategias de intervención pedagógica. Programa con 26 secuencias lógicas que abarcan 5 áreas: cognición, comunicación, adaptación social, motricidad fina y motricidad gruesa.
6. **Características:** Se basa en las secuencias normales del desarrollo pero sin suponer que debía existir un desarrollo más o menos igual en todos los campos (por ejemplo: un niño puede manifestar un desarrollo cognitivo normal junto con un desarrollo motriz muy lento). Por lo tanto se diseñó el programa de modo que se pudiese usar tanto con niños con desarrollo lento, pero siguiendo un modelo normal, como con los que padecen limitaciones múltiples cuyos modelos de desarrollo son notablemente atípicos. Antes de comenzar el programa se hace una evaluación del niño en colaboración con los padres, para lo cual se identifica qué ítems realiza de las veintiséis secuencias de desarrollo propuesta en el currículo. Después de realizar esta evaluación se obtiene que ítems están superados, cuales están en vías de superarse y cuáles no están superados, esto se presenta en un cuadro de progreso del desarrollo que nos muestra las habilidades del niño/a en cada una de las áreas.
7. **Material:** El Cuadernillo de Valoración tiene ítems de las 26 secuencias del Currículo, con espacios para anotar las valoraciones de varias semanas.
8. **Editorial:** TEA Ed.

### *9. Escala de desarrollo de Gesell*

1. **Autor/es:** A. Gesell

2. **Aplicación:** Individual
3. **Edad de aplicación:** Desde 21 meses hasta 6 años de edad.
4. **Finalidad:** Evaluación de la inteligencia infantil. Mide la condición de desarrollo en cinco áreas: motora gruesa, fina, lenguaje, adaptativa, personal/social.
5. **Material :**Costa de 150 ítems.
6. **Características:** Publicada inicialmente en 1925. En la escala el cociente de desarrollo (CD) de un sujeto se determina con una puntuación de prueba, la cual es evaluada valorando la presencia o ausencia de la conducta asociada con la maduración, este CD es paralelo al concepto de cociente de inteligencia (CI) similar a la escala de Binet.

### *10. Escala de Aptitudes y Psicomotricidad para Niños de McCarthy*

1. **Autor/es:** D. McCarthy
2. **Aplicación:** Individual
3. **Edad de aplicación:** Entre dos años y medio y ocho años y medio.
4. **Duración:** 45 minutos aprox.
5. **Finalidad:** Evaluación del desarrollo cognitivo y psicomotor. Evaluación de las aptitudes cognoscitivas y psicomotoras del niño a través de una amplia serie de tareas de tipo lúdico
6. **Características:** La batería está integrada por 18 tests que, agrupados según criterios variables en cada caso, dan lugar a 6 subescalas, cada una de las cuales está formada por varios tests: 1ª/ Verbal, que aprecia la madurez de los conceptos verbales en el niño y su aptitud expresiva. 2ª/ Perceptivo-manipulativa, que evalúa la capacidad de razonamiento a través de tareas lúdico-manipulativas. 3ª/ Cuantitativa, que mide la facilidad en el manejo y comprensión de conceptos cuantitativos y símbolos numéricos. 4ª/ Memoria, que aprecia diversos aspectos de la memoria inmediata (de tipo visual, acústico, verbal y numérico). 5ª/ Motricidad, que evalúa diversos aspectos de la aptitud motora (grandes movimientos de las extremidades, motricidad fina, coordinaciones diversas, etc. 6ª/ General cognitiva, formada por todos los tests que se incluyen en las subescalas Verbal, Perceptivo-manipulativa y Cuantitativa, ofrece una evaluación de los procesos mentales cognoscitivos de tipo general. Se obtiene un Índice General Cognitivo equiparable al CI. Da información sobre el proceso de lateralidad en el niño.
7. **Editorial:** Tea ediciones

### *11. Escala Haiza-llevant*

1. **Autor/es:** Programa Haizea y el EstudiLlevant.
2. **Aplicación:** Individual

3. **Edad de aplicación:**Edad de aplicación: 0 a 5 años
4. **Duración:**30 minutos
5. **Finalidad:**Permite comprobar el nivel de desarrollo cognitivo, social y motor de niños/as desde el nacimiento a los cinco años. No se utiliza para realizar diagnóstico, sino para reconocer el desarrollo del niño/a.
6. **Características:** Compuesta por 97 elementos distribuidos en las siguientes áreas: Las áreas que valora esta escala son: - Área de socialización 18 ítems, - Área de lenguaje y lógico-matemática 16 ítems, - Área de manipulación 12 ítems, - Área postural 17 ítems. Además incluye 8 signos de alerta a cualquier edad y 13 signos de alerta para edades determinadas, que indican la posibilidad de alteraciones y recomiendan una evaluación más completa y especializada.
7. **Material:**
  - Objeto llamativo: pelota pequeña roja
  - Papel
  - Tijeras
  - 5 cubos
  - Coche de juguete
  - Sábana o pañuelo pequeño
  - Vaso
  - Dos títeres de guante
  - Lápiz y bolígrafo
  - Lámina de objetos comunes.
  - Diez tarjetas en las que aparecen: vaso, zapato, perro, coche, cuchara, casa, reloj, cuchillo, calcetín.
  - Tarjeta con una línea larga y otra corta.
  - Cuatro tarjetas de colores (rojo, amarillo, azul y verde).
  - Tarjeta con los cinco primeros números impresos.
  - Muñeca
  - y mesa..
  - Cuchara
  - Peine
  - Tarjeta de un animal y tarjeta de 4 animales
8. **Editorial:** Ikastaries S.A.

### **12.Escala leonhardt-2003**

1. **Autor/es:** M. Forns, M. Leonhardt, C. Calderon
2. **Aplicación:** Individual
3. **Edad de aplicación:** De 0 a 2 años
4. **Duración:** variable
5. **Finalidad:** Evalúa las siguientes áreas del desarrollo:1. Postura-Motricidad.2. Sentido Auditivo( reconocimiento y uso significativo de señales auditiva, voces

- y ruidos).3.Interacción-Comunicación. 4. Sentido Táctil: Conocimiento y Motricidad fina.5.Desarrollo Cognitivo. 6.Hábitos( desarrollo de la autonomía en relación a la comida, control de esfínteres, vestirse...).
6. **Baremación:** No dispone.
  7. **Características:** La Escala Leonhardt de desarrollo para niños/as ciegos consta de 173 ítems. Es útil para comprobar cómo el niño evoluciona después de la intervención.

### *13. Escalas Reynell-Zinkin para niños pequeños con déficits visuales.*

1. **Autor/es:** J. Reynell 1986
2. **Aplicación:** Individual
3. **Edad de aplicación:** Entre los 3 meses y los 5 años.
4. **Duración:** Variable
5. **Finalidad:** Instrumento para medir el desarrollo mental en niños con deficiencias visuales.
6. **Baremación:** Con muestra británica.
7. **Características:** Se compone de 149 ítems. Las escalas/factores que evalúa son: Adaptación Social (evalúa la capacidad de respuesta social a las personas y el desarrollo de las capacidades de cooperación, actividades de la vida diaria...), Comprensión Sensoriomotriz(evalúa la capacidad de exploración y el conocimiento de objetos concretos y su manejo),Exploración del Ambiente( evalúa capacidad de orientación del niño y capacidad de ubicación de cosas en el ambiente),Comprensión verbal( evalúa aspectos que van desde la respuesta inicial a sonidos y su reconocimiento, hasta comprensión de frases e instrucciones verbales),Vocalización y Lenguaje Expresivo (estructura) (explora el desarrollo relacionado con la producción de sonidos y el posterior uso de palabras y frases),Lenguaje expresivo (vocabulario y contenido), Comunicación. Esta última evalúa la capacidad de niño para nombrar objetos, indicar su uso, expresar la posición con respecto a otro, describir acciones. La prueba nos da una puntuación directa, y su correspondiente edad equivalente. Existen varios baremos dependiendo del déficit visual que tenga en niño.
8. **Editorial:** Madrid: Mepsa,

### *14. Cumanin cuestionario de madurez neuropsicológica infantil*

1. **Autor/es:**J.A. Portellano, R. Mateos y R. Martínez Arias
2. **Aplicación:**Individual
3. **Edad de aplicación:** De 3 a 6 años.
4. **Duración:**Entre 30 y 50 minutos.

5. **Finalidad:** Prueba de "screening" del nivel de madurez neuropsicológica para niños. Permite evaluar, de forma sencilla y eficaz, diversas áreas que son de gran importancia para detectar posibles dificultades de desarrollo en unas edades que por coincidir con el inicio de la etapa escolar son esenciales en la evolución de los niños: Psicomotricidad, Lenguaje, Atención, Estructuración espacial, Visopercepción, Memoria, Estructuración rítmico-temporal y Lateralidad.
6. **Baremación:** Cumanín se ha estudiado y baremado con una muestra muy amplia de 879 sujetos procedentes de diversos centros.
7. **Editorial:** Tea Ediciones

#### *15. Luria inicial evaluación neuropsicológica en la edad preescolar*

1. **Autor/es:** D. Manga & F. Ramos.
2. **Aplicación:** individual
3. **Edad de aplicación:** Entre 4 y 6 años
4. **Duración:** 2 horas
5. **Finalidad:** Es una batería de evaluación neuropsicológica que estudia mediante diferente número de tests cuatro dominios o funciones neuropsicológicas de nivel superior: Motricidad o funciones ejecutivas: cinco tests, Lenguaje oral o funciones lingüísticas: cinco tests, Rapidez de procesamiento: dos tests, y Memoria Inmediata: dos tests. Además permite una exploración de la lateralidad manual que aporta información acerca de la preferencia manual, la rapidez manual y la capacidad estereognósica de los hemisferios cerebrales.
6. **Material:** Durante la aplicación se emplean materiales diversos como objetos y láminas de dibujos, todos ellos incluidos en el juego completo de la prueba.
7. **Editorial:** Tea ediciones

#### *16. Escala de evaluación en la psicomotricidad en preescolar EPP*

1. **Autor/es:** M<sup>a</sup> V. de la Cruz y M<sup>a</sup> C. Mazaira
2. **Aplicación:** Individual (Algunos elementos se pueden aplicar de forma colectiva).
3. **Edad de aplicación:** De 3 a 6 años.
4. **Duración:** Variable, entre 20 y 30 minutos.
5. **Finalidad:** Evaluación de algunos aspectos de la psicomotricidad en niños
6. **Características:** Es un instrumento sencillo para realizar una primera evaluación de la aptitud psicomotora en niños. Aprecia los siguientes aspectos:

Locomoción; Equilibrio; Coordinación de piernas, brazos y manos; Esquema corporal (en el propio sujeto y en los demás)

7. **Editorial:** tea ediciones

### *17.K-ABC -II Batería de evaluación de Kaufman para niños*

1. **Autor/es:** A. S. Kaufman y N. L. Kaufman
2. **Aplicación:** individual
3. **Edad de aplicación:** 3 años a 18 años
4. **Finalidad:** Evaluación de la inteligencia y del conocimiento. Evaluación clínica y psicopedagógica tanto de niños superdotados y normales, como de aquellos otros con problemas de aprendizaje o con necesidades educativas especiales, y puede servir de ayuda tanto en la planificación y organización educativa como en evaluación de grupos minoritarios, la evaluación infantil, la evaluación neuropsicológica y la investigación.
6. **Características:** Consiste en 18 subpruebas combinadas en 5 escalas globales llamadas: 1Procesamiento secuencial (requiere resolución de problemas con implicaciones de orden o sucesiones temporales).2. Procesamiento simultáneo(requiere solucionar problemas que se deben solucionar de forma integral, global o sintética) .3. Aprendizaje .4.Conocimientos (requiere la demostración del conocimiento de hechos, conceptos de lenguaje y habilidades estimuladas por la escolaridad o el ambiente familiar y 5. Planificación.
7. **Editorial:**Madrid: TEA, 1997

### *18.K-BIT Test Breve de Inteligencia de Kaufman*

1. **Autor/es:** A. S. Kaufman y N. L. Kaufman
2. **Aplicación:** Individual
3. **Edad de aplicación:** 4 años y 90 años
4. **Duración:** 15 a 30 minutos
5. **Finalidad:**Evaluación global de la inteligencia verbal y no Verbal. Mide las funciones cognitivas a través de dos subtests, uno de carácter verbal (Vocabulario, integrado a su vez por dos pruebas) y otro de tipo no verbal Conocimientos (Matrices) que permiten la apreciación de la inteligencia cristalizada y fluida así como la obtención de un CI Compuesto.
6. **Material:** 130 ítems de respuesta libre.
7. **Editorial:** Madrid: TEA, 2000

### *19. Escala de inteligencia de Merrill Palmer*

1. **Autor/es:** R. Stutsman Ball, P. Merrifield, L.H. Stott
2. **Aplicación:** Individual
3. **Edad de aplicación:** niños entre 18 y 4 años de edad
4. **Duración:**
5. **Finalidad:** Evaluar la habilidad cognitiva general que incluye tanto tareas verbales como espaciales.
6. **Características:** Costa de 19 subtests que cubren las habilidades lingüísticas, habilidades motoras, la destreza manual, capacidad de emparejamiento. Requiere respuesta verbal.
7. **Editorial:** Psymtec

### *20. Escala de inteligencia Wechsler. WPSSI*

1. **Autor/es:** D. Wechsler
2. **Aplicación:** Individual
3. **Edad de aplicación:** De 4 a 6 años y medio
4. **Duración:** Variable entorno a 50 minutos
5. **Finalidad:** Evaluación de la inteligencia y alguna información clínica sobre la organización de la conducta.
6. **Características:** Constituido por 6 pruebas verbales (Información, Vocabulario, Aritmética, Semejanzas, Comprensión, Memoria de frases) y otras 5 manipulativas (Casa de los Animales, Figuras Incompletas, laberintos, Dibujo Geométrico, Cubos). Número total de ítems 161.
7. **Material:** Juego completo con: 25 cuadernos de anotación y material manipulativo
8. **Editorial:** : TEA, 1986

### *21. Escala manipulativa internacional de Leiter-R*

1. **Autor/es:** Gale Roid; Lucy Miller
2. **Aplicación:** Individual
3. **Edad de aplicación:** De 2 a 20 años
4. **Duración:** Entre 25 a 40 minutos

5. **Finalidad:** Es una escala efectiva para medir la inteligencia de forma precisa sin componentes culturales. Valora las funciones neuropsicológicas: Hiperactividad, problemas de aprendizaje, daños cerebrales traumáticos y autismo.
6. **Material:** El material manipulativo del test, así como sus impresiones a todo color, lo hacen muy atractivo para los niños.
7. **Características:** Es particularmente adecuada para niños y adolescentes con retrasos cognitivos, discapacitados, mudos, con problemas de habla o audición, autistas, superdotados, hiperactivos, etc. Esta revisión de la Escala Internacional de Leiter incorpora los últimos avances en la teoría y práctica de la medición en las áreas de visualización, Razonamiento, Atención y Memoria, proporcionando cocientes de desarrollo para todas ellas. Esta escala no precisa ni un apalabra por parte del examinador ni del examinado. No requiere lectura ni escritura por parte del niño o del adolescente. Es fácil de administrar y puntuar objetivamente. Incorpora una valoración del desarrollo a través de un cociente. Año publicación 1996
8. **Editorial:** Psymtec

## *22. Escala de "Screening" de Denver (DDST y DDST-II)*

1. **Autor/es:** Frakenburg, Fandall, Sciarillo y Burguess.
2. **Aplicación:** Individual
3. **Edad de aplicación:** De 3 meses a 6 años
4. **Duración:** 20 a 30 minutos
5. **Finalidad:** Evalúa aspectos del desarrollo de niño a nivel motriz, lenguaje y comunicación y personal social.
6. **Características:** Ofrece categorías en cuatro aspectos (personal-social, adaptación motriz fina, lenguaje y motricidad grosera). El niño obtiene un resultado considerado con anormal cuando se producen dos o más fallos en el área evaluada, dudoso, si se produce un fallo en varias áreas o dos en un solo área. Originalmente publicada en 1967 ha sufrido varias revisiones.
7. **Material:** Consta de un breve cuestionario y siete instrumentos de cribado.
8. **Otros:** La prueba de Denver ha sido criticada por no identificar bien a los niños con discapacidades del desarrollo, particularmente en el área de lenguaje. El valor predictivo o la capacidad de la prueba para predecir los retrasos cognitivos a una edad posterior, es escaso, salvo para los niños en los que se detectan retrasos graves. Se diseñó con el propósito de detectar (nunca predecir) el rendimiento por debajo de lo normal en comparación con los niños de la misma edad. La prueba fue reformada y reeditada como el Denver II, con una sección de lenguaje muy ampliada, la eliminación de los ítems difícil de

aplicar y la re-estandarización de una gran muestra normal. El Denver II tiene una mayor sensibilidad sobre todo para los retrasos de lenguaje.

### *23. Escala observacional de desarrollo de Secadas (EOD)*

1. **Autor/es:** F Secadas (1989,1992)
2. **Aplicación:** Individual
3. **Edad de aplicación:** Desde el nacimiento hasta los 17 años
4. **Duración:** Variable
5. **Finalidad: Se propone una triple finalidad:** 1) Diagnóstico del desarrollo evolutivo; 2) Descripción y explicación de los procesos y secuencias temporales de las principales áreas del desarrollo. 3) Procedimiento de intervención educativa destinado a recuperar aquellas formas de conducta en que los sujetos explorados acusen retraso notable.
6. **Características:** Esta escala está organizada en niveles de edad, con una serie de ítems para cada una de ellas. Aparte de las monografías básicas, por separado incluye cuestionarios de aplicación y fichas de perfil para distintas edades así como fichas breves que permiten a los padres la calificación de sus hijos. Al poder ser rellenada por los educadores y padres, nos puede servir para analizar como perciben estos el desarrollo de los niños evaluados en relación a datos observados por otras vías. Propone medidas de intervención. En la EOD los niveles de desarrollo se expresan en intervalos de tiempo, no en puntuaciones de un test reactivo. Los estímulos son conductas observables contrastadas con la experiencia.
7. **Validación:** validada con población española.
8. **Editorial:** TEA

## **2. Pruebas Relacionadas con la Comunicación y el Lenguaje**

### *1. Test de Illinois de Aptitudes Psicolingüísticas ITPA*

1. **Autor/es:** S. A. Kira, J. J. McCarthy y W. D. Kirk
2. **Aplicación:** Individual
3. **Edad de aplicación:** De 2 años y 6 meses a 10 años y seis meses
4. **Duración:** Aproximadamente 1 hora
5. **Finalidad:** El principal objetivo de esta prueba es detectar posibles fallos o dificultades en el proceso de comunicación (deficiencias en la percepción, interpretación o transmisión) que son causa de la mayoría de los problemas del aprendizaje escolar. Al mismo tiempo, de forma complementaria, intenta poner

de manifiesto las habilidades o condiciones positivas que puedan servir de apoyo a un programa de recuperación. Según los autores es una prueba de diagnóstico individual comparativo de funciones psicológicas y lingüísticas.

6. **Características:** Ahora se dispone de una nueva versión con estímulos completamente actualizados y con una tipificación basada en una amplia muestra representativa de la población española. Esta nueva versión permite que los profesionales puedan aplicar una de las pruebas más utilizadas para la evaluación de los problemas del lenguaje, con estímulos y baremos actuales, manteniendo el original enfoque teórico del ITPA
7. **Material:** Manual. Cuaderno de estímulos 1. Cuaderno de estímulos 2. Cuaderno de anotación. 2 Plantillas de corrección
8. **Editorial:** Tea ediciones 2004, 2001, 1994, 1984

## *2. Inventario de desarrollo comunicativo Mac Arthur*

1. **Autor/es:** Jackson-Maldonado D., Thal D., Marchman V. A., Fenson L., Newton T.(et al)
2. **Aplicación:** Individual
3. **Edad de aplicación:** Entre 8 y 30 meses
4. **Duración:** Entre 60 y 90 minutos
5. **Finalidad:** Los Inventarios de Desarrollo Comunicativo MacArthur reflejan el proceso normal de adquisición temprana del lenguaje mediante un conjunto de manifestaciones diversas: gestos pre-lingüísticos, vocalizaciones pre-lingüísticas, vocabulario y gramática.
6. **Características:** Es útil para el diagnóstico y tratamiento de las dificultades del lenguaje en las etapas tempranas del desarrollo, y en el campo de la investigación como herramienta esencial para estudiar los procesos de adquisición del lenguaje y de las habilidades de comunicación. Estos inventarios están pensados para ser cumplimentados por los padres o cuidadores.
7. **Baremación:** Inventario baremado con población española, la muestra obtenida fue de 1.100.
8. **Material:** Manual. Cuadernillo: vocalizaciones, primeras palabras y gestos de 8-15 meses. Cuadernillo de vocalizaciones, palabras y gramática de 16-30 meses
9. **Editorial:** Tea ediciones 2005, 2003

## *3. Escala de desarrollo del lenguaje de Reynell III*

1. **Autor/es:** Edwards, Fletcher y cols
2. **Aplicación:** Individual
3. **Edad de aplicación:** Entre 18 meses y 7 años
4. **Duración:** Entre 30 y 45 minutos

5. **Finalidad:** Esta edición revisada ofrece una medida fiable de la comprensión verbal y el lenguaje expresivo en niños. Permite evaluar cualquier niño que se sospeche pueda tener algún problema de lenguaje y ofrece guías básicas de terapia y estimación.
6. **Características:** Su ventaja principal es la identificación de la comprensión de las estructuras lingüísticas, es una medida fiable del desarrollo del lenguaje expresivo y ayuda a planificar las intervenciones.
7. **Material:** Compuesta por dos escalas: a) una de comprensión y b) otra de expresión.
8. **Editorial:** INFER-Nelson, 1997

#### *4. Plon-R Prueba de lenguaje oral navarra revisada*

1. **Autor/es:** Gloria Aguinagua, Ma. Armentia, Ana Fraile, Pedro Olangua, Nicolas Uriz
2. **Aplicación:** Individual
3. **Edad de aplicación:** 3 a 6 años de edad
4. **Duración:** Entre 10 y 12 minutos
5. **Finalidad:** El PLON ha sido una prueba para evaluar el desarrollo del lenguaje oral de los niños más pequeños. Forma, contenido y uso. Su finalidad principal es la detección fácil y rápida de los alumnos de riesgo en cuanto al desarrollo del lenguaje, que deben ser diagnosticados individualmente para poder actuar de forma compensatoria. El PLON-R mantiene los principios básicos del PLON e incorpora importantes mejoras, como un nuevo diseño de los materiales, la extensión del ámbito de aplicación a los 3 años y nuevos baremos obtenidos con muestras más amplias y representativas..
6. **Características:** El PLON-R es un instrumento sencillo de comprensión, fácil de usar, con un tiempo de aplicación breve y de gran utilidad para detectar los problemas lingüísticos de los niños
7. **Material:** Manual. Cuaderno de estímulos. Cuadernillo de anotación 3 años. Cuadernillo de anotación 4 años. Cuadernillo de anotación 5 años. Cuadernillo de anotación 6 años. Rompecabezas 4-5 años. Viñetas 6 años(3 laminas). 1 coche. 5 cuadrados
8. **Editorial:** Tea ediciones 2004

#### *5. Escala del lenguaje temprano de James Coplan*

1. **Autor/es:** J. Coplan
2. **Aplicación:** Individual
3. **Edad de aplicación:** Desde el nacimiento a los 36 meses
4. **Duración:** 10 minutos

5. **Finalidad:** Esta escala ayuda a identificar y valorar los problemas de desarrollo del lenguaje en niños y niñas de hasta los 3 años. Puede utilizarse con niños mayores si su nivel funcional se encuentra en su espectro de aplicación.
6. **Material:** Consta de 43 ítems clasificados en 3 áreas.
7. **Editorial:** ¿?

#### *6. Test de vocabulario en imágenes Peabody PPVT-III*

1. **Autor/es:** Ll. M. Dunn, L. M. Dunn y D. Arribas
2. **Aplicación:** Individual
3. **Edad de aplicación:** Entre 2 años y medio y 90 años
4. **Duración:** Entre 10 y 15 minutos
5. **Finalidad:** Evaluar el nivel de vocabulario receptivo. Se trata de un test de rendimiento que mide el nivel de adquisición de vocabulario de una persona. Por otra parte puede ser utilizado para la detección rápida de dificultades o “screening” de la aptitud verbal.
6. **Baremación:** La adaptación española ha contado con una muestra representativa superior a los 2.500 sujetos procedentes de 21 provincias de España.
7. **Material y características:** Manual. Cuaderno de estímulos. Hoja de anotación. Contiene cuatro láminas de entrenamiento, 16 conjuntos de 12 estímulos, 8 grupos de edad diferentes. El sujeto debe indicar qué ilustración representa mejor el significado de una palabra dada por el examinador. Existen diferentes criterios de comienzo y terminación en función de la edad y el número de errores cometidos. El proceso de construcción de la prueba, basado en la Teoría de Respuesta al Ítem, asegura que únicamente se aplican los elementos adecuados al nivel aptitudinal del examinando.
8. **Editorial:** Tea ediciones, 2006

#### *7. Registro fonológico inducido de M. Monfort*

1. **Autor/es:** Marc Monfort; Adoración Juárez Sánchez
2. **Aplicación:** Individual
3. **Edad de aplicación:** Niños de 3 y 6 años de edad
4. **Duración:** Entre 10 y 20 minutos
5. **Finalidad:** Registrar las peculiaridades del habla del niño, en producción inducida de palabras y en repetición, si es necesario. Comparar su producción a la producción media de un grupo de niños de su edad que vive en un entorno social similar.
6. **Material:** Gráficas. Manual técnico. Hoja de registro

7. **Editorial:** CEPE 1994

*8. CSBS DP Cuestionario del bebé y niño pequeño*

1. **Autor/es:** Amy M. Wetherby & Barry M. Prizant (2001)
2. **Aplicación:** Individual
3. **Edad de aplicación:** Entre los 6 y los 24 meses.
4. **Duración:** 10 minutos
5. **Finalidad:** Evaluar la comunicación, el lenguaje expresivo y la simbolización de niños pequeños.
6. **Características:** El Cuestionario del Perfil de Desarrollo de la Escala de Conducta Comunicativa y Simbólica – CSBS/DP- consiste en 24 preguntas organizadas en 7 grupos (Emociones y Mirada, Comunicación, Gestos, Sonidos, Palabras, Comprensión y uso de Objetos), cada una de las cuales se puntúan en un rango de entre 2 y 4 puntos. Los puntos de corte nos indican si existe una preocupación sobre el desarrollo.
7. **Editorial:** Disponible en [www.equipoiridia.es](http://www.equipoiridia.es)
8. **Otros:** Los puntos de corte para las puntuaciones Subtotales y las Puntuaciones Totales han sido obtenidas del estudio normativo preliminar nacional (EE.UU.) de la CSBS-DP, basado en rendimiento de al menos 1.25 desviaciones típicas por debajo de la media, que representa puntuaciones equivalentes al percentil 10 o inferiores. Estos puntos de corte indican que hay 4 puntuaciones que pueden caer en el rango de “preocupante” o “No preocupante” – las tres puntuaciones Subtotales más la puntuación Total. Un/a niño/a debería ser derivado para una evaluación si las puntuaciones Subtotales en Comunicación o Simbolización se sitúan en el rango de “preocupante”. El desarrollo de un/a niño/a debe ser evaluado periódicamente de forma cuidadosa si la puntuación Subtotal de Lenguaje Expresivo se encuentra en el rango de “preocupante” y debe ser enviado a una evaluación si vuelve a puntuar de esta manera al completar por segunda vez el listado de chequeo 3 meses después. Se recomienda que el listado de chequeo se use como herramienta de vigilancia del desarrollo.

*9. ELA Examen logopédico de articulación*

1. **Autor/es:** Grupo Albor-Cohs
2. **Aplicación:** Individual
3. **Edad de aplicación:** De 2 años en adelante
4. **Duración:** Entre 15 y 25 minutos

5. **Finalidad:** El examen Logopédico de Articulación es una prueba de ejecución verbal que pretende evaluar el grado de dominio de los diversos fonemas del castellano.  
Para ello se propone explorar: El lenguaje espontáneo con conversaciones con el sujeto sobre temas de su interés.  
El lenguaje reproductivo a través del registro propuesto.  
El lenguaje inducido a través de las imágenes propuestas en este examen.  
Con esta exploración es posible detectar posibles problemas o retrasos tanto en el dominio de la correcta pronunciación del niño como en su grado de desarrollo fonológico.
6. **Material:** Manual. Cuadernillo. Láminas.
7. **Editorial:** Albor 1999

#### *10. EDAF Evaluación de la Discriminación Auditiva y Fonológica*

1. **Autor/es:** Mario F. Brancal, A.M. Ferrer, F. Alcantud, M. E. Quiroga
2. **Aplicación:** Individual
3. **Duración:** Variable según las capacidades y habilidades del niño. Se aconseja la aplicación en una única sesión.
4. **Finalidad:** Explora la aptitud “discriminación auditiva”. Esta compuesto por cincosubtest: “Discriminación de sonidos del medio” (DSM), “Discriminación figura-fondo”( DFF) “discriminaciónfonológica en palabras”( DFP), “discriminaciónfonológica en logotomas” y “memoriasecuencial auditiva”(MSA)
5. **Otros:** Es una prueba que te ayuda a detectar problemas de percepción, discriminación .auditiva. memoria auditiva. La valoración es cuantitativa, pues la puntuación directa de cada test se pondera y cualitativa a través de observación sistemática y entrevista. Solo recoge solo información de los aspectos perceptivo-auditivo. Es por lo tanto una prueba parcial o complementaria de otras.
6. **Material:** Manual, libro de imágenes con las figuras necesarias para las diferentes escalas. Cinta grabada con los estímulos sonoros correspondientes de las subpruebas. Protocolos donde se registran las respuestas del niño y los resultados obtenidos.
7. **Baremación:** Para el cálculo de los baremos se utilizaron las puntuaciones de 312 niños escolarizados de la provincia de Valencia de edades entre 2 años y 9 meses y 7 años y 4 meses.
8. **Editorial:** Lebón, Tea. 1998

#### *11. ELI Evaluación del Lenguaje Infantil*

1. **Autor/es:** Cristóbal Saborit Mallol; Juan Pedro Julián Marzá
2. **Aplicación:** Individual

3. **Edad de aplicación:** Niños de entre 3 años y 5 años y 11 meses
4. **Duración:** 40-60 minutos
5. **Finalidad:** Evaluación de los componentes del lenguaje implicados en los procesos de comunicación. Esta prueba evalúa el lenguaje en las primeras etapas del niño.
6. **Material:** Consta de un manual de aplicación con instrucciones, hojas de respuesta, protocolos, baremos, tablas de consulta, casos prácticos y un cuaderno de imágenes. La prueba se acompaña de un CD-ROM, con el objeto de facilitar las tareas de los profesionales.
7. **Otros:** Es una prueba global para todos los aspectos del lenguaje, sin necesidad de tener que administrar un conjunto de pruebas sin conexión entre ellas. Permite establecer el nivel articulatorio, la edad lingüística, el coeficiente de inteligencia verbal, el nivel de lenguaje expresivo y comprensivo, nivel de lecto-escritura, y nivel de inteligencia no verbal con la aplicación de prueba complementaria. Incluye aspectos como consulta de baremos, cálculo de coeficientes, realización de gráficas, informes, y propuestas de programación trimestrales y anuales. Se presentan protocolos y hojas de registro bilingües. Posibilidad de corrección manual e informática. Aporta casos tipo a modo de ejemplo de utilización y programación.
8. **Editorial:** Publicaciones de la Universidad Jaume I 2005

### *12. Exploración del Lenguaje Comprensivo y Expresivo ELCE*

1. **Autor/es:** M<sup>a</sup> Jose Lopez Gines, A. Redón Diaz, M<sup>a</sup> Dolores Zurita Salillas, (et. al)
2. **Aplicación:** Individual
3. **Edad de aplicación:** Entre 4 y 7 años
4. **Duración:** Variable
5. **Finalidad:** El lenguaje se estudia en base a tres niveles diferentes: lingüístico, neurofisiológico y psicológico. Nuestro registro del habla-lenguaje persigue dos objetivos, por una parte, hacer una valoración de la comprensión del lenguaje desde el punto de vista semántico, analítico-sintético y de pensamiento y, en segundo lugar, una evaluación cualitativa de la elocución del lenguaje
6. **Baremación:**
7. **Material:** Manual. Cuaderno de dibujos para la evaluación de la comprensión. Cuaderno de dibujos para la evaluación de la elocución. Tarjetas complementarias. Cuadernillo de respuestas de la comprensión. Cuadernillo de respuestas del test léxico-semántico. Cuadernillo de respuestas de la elocución
8. **Editorial:** ¿? 1996

### 3. Pruebas de evaluación del desarrollo motor

#### 1. Escala de desarrollo motor de Peabody 2 PDMS-2

1. **Autor/es:** M. Rhonda Folio, R. Fewell
2. **Aplicación:** Individual
3. **Edad de aplicación:** Desde el nacimiento hasta los cinco 5 años.
4. **Duración:** De 45 minutos a 60 minutos
5. **Finalidad:** El PDMS-2 tiene varios usos: Primero, los resultados de PDMS-2 pueden ser usados para estimar la relativa competencia motriz del niño con sus compañeros. Segundo, el GMQ y FMQ, pueden ser comparados para determinar si un niño es discrepante sus habilidades motoras. Tercero, el PDMS-2 tiene valor para la educación y la terapia de intervención por que los dos aspectos, cualitativos y cuantitativos, de las habilidades individuales son evaluados. El déficit de habilidades pueden ser identificadas y traducidas en metas y objetivos individuales.
6. **Características:** El PDMS-2 está compuesto por seis (6) subpruebas que miden la interrelación de las habilidades motoras en el desarrollo temprano de la vida. La sub-pruebas son: respuestas motoras, postural, locomoción, manipulación de objetos, prensión y coordinación viso-motora. Los resultados de las sub-pruebas, pueden ser usados para generar tres (3) índices globales de desempeño motor llamados compuestos: Cociente motor grueso (GMQ), cociente motor fino (FMQ), cociente motor total (TMQ)
7. **Baremación:** La muestra normativa consistió en 2003 personas residentes en 46 estados de USA
8. **Material:** El kit del PDMS-2 incluye el Manual del Examinador, La Forma para el Perfil/Resumen, Libro de Registro del Examinador, Guía para la Administración de los Ítems, Programa de Actividades Motoras, Gráfico del Desarrollo Motor Peabody, Manipulador y un programa de puntajes computarizados opcional.

#### 2. GMFM medición de la función motora

1. **Autor/es:** Rusell, rosenbaum et al. 1990
2. **Aplicación:** Individual
3. **Edad de aplicación:** Preferentemente 2 a 5 años.
4. **Duración:** Variable
5. **Finalidad:** Valorar las habilidades motrices gruesas, especialmente en niños con parálisis cerebral o traumatismo craneoencefálico. Se usa tanto para describir habilidades del niño que tenga en ese momento como para cuantificar cambios en la función producidos a través del tiempo como resultado de desarrollo, terapia o entrenamiento.

6. **Características** El test cuenta con 88 ítems. Los ítems se agrupan en 5 dimensiones: 1) Decúbitos y volteos, 2) Sedestación, 3) Cuadrupedia y de rodillas, 4) Bipedestación, 5), Andar, correr y saltar. Cada una de las dimensiones cuenta por igual para la puntuación final. El GMFM-66, mejora la interpretación de la puntuación total y de los cambios de puntuación del GMFM-88, además de contar con un programa de ordenador: "Gross motor ability estimator", al cual se introducen las puntuaciones de los ítems y las convierte en un intervalo representado en un gráfica.

### *3. PEDI Inventario de Evaluación de Discapacidad en Pediatría*

1. **Autor/es:** Feldman et al., 1990
2. **Aplicación:** Individual
3. **Edad de aplicación:** De 6 meses a 7,5 años.
4. **Duración:** variable
5. **Finalidad:** Valoración funcional del niño. Valora el progreso del niño para tomar decisiones sobre su programa terapéutico. Evalúa tres áreas de contenido: el auto-cuidado, la movilidad funcional y la función social. La actividad se mide calculando el nivel de ayuda que necesita de la persona adulta y la necesidad de modificaciones en su entorno.
6. **Características:** Incluye 3 series de valoración: habilidades funcionales, asistencia y modificaciones. Estas escalas miden la discapacidad de niño en relación a la ayuda que necesita para realizar las actividades funcionales. Este inventario puede ser usado por fisioterapeutas y educadores que conocen al niño. Además permite observar a este en diferentes contextos.

### *4. AIMS Escala de Motricidad Infantil de Alberta*

1. **Autor/es:** Pipa MC et al
2. **Aplicación:** Individual
3. **Edad de aplicación:** hasta los 18 meses.
4. **Duración:** De a 20 a 30 minutos
5. **Finalidad:** Escala de observación que evalúa la motricidad gruesa en niños desde el nacimiento hasta que adquieren la marcha independiente. Proporciona información sobre las actividades motrices del niño pudiendo medir esta actividad antes y después de la intervención. Nos da información adecuada sobre la eficacia de los programas de intervención.

6. **Características:** Consta de 58 ítems basados en descripciones según variaciones posturales :(21 en prono; 9 supino;12 sentado;16 parado). Otorga: Puntaje Total (percentiles)+Perfil.
7. **Material:**no requiere, juguetes del niño o atractivos para incentivar actividad.

#### 4. Pruebas que valoran aspectos relacionados con la familia y el entorno

##### 1. Escala HOME

1. **Autor/es:** Caldwell y Bradley 1984
2. **Tiempo de aplicación:** Alrededor de 45 minutos. Se aplica durante una visita a casa del niño.
3. **Edad de aplicación:** Tres versiones: 0 a 3 años, 3 a 6 años, y 6 a 10 años
4. **Finalidad:** Es una escala de observación que tiene como objetivo la medida de la calidad del ambiente familiar de los niños a través de distintas subescalas. Así pues mide la calidad y cantidad de estimulación que tiene lugar en el hogar del niño, así como los recursos con los que se cuentan. Da información sobre la relación padres-hijo.
5. **Características:** Cuenta con tres versiones diferentes según la edad de niño. Se ha mostrado sensible como herramienta de cribado para detectar niños en situación de riesgo. Se realiza en el propio hogar. Escala 0-3 (45 ítems): respuesta verbal y emocional de los padres al niño, grado de aceptación del niño, organización del entorno físico y temporal, materiales del juego apropiados, implicación de los padres y variedad de experiencias. Escala de 3-6 (55 ítems): material de aprendizaje, estimulación del lenguaje, entorno físico, respuesta de los padres al niño (orgullo, afecto, ternura), estimulación académica, modelado y estimulación de la madurez social, variedad de experiencias y aceptación del niño. Escala de 6-10 (59 ítems), incluye también 8 áreas muy similares a las anteriores.

##### 2. Escalas de valoración del ambiente en la infancia temprana de Harms y Clifford(ECERS).

1. **Autor/es:** Harms T. y Clifford R.M. 1980, 1990
2. **Edad de aplicación:** 3 a 6 años
3. **Duración:** Se aplica durante una visita al colegio, observando aula y recreo, empleándose aproximadamente 3 horas.
4. **Finalidad:** Evaluación de diversos lugares y ambientes que encontramos en las escuelas infantiles.
5. **Características:** Se fundamenta en los principios básicos de: a) importancia de las *interacciones adulto-niño* en situaciones informales como son la llegada de los niños al centro, el uso del tiempo de la comida, y la atención a la higiene personal; b) la calidad del *espacio físico* del aula que incluye la variedad y calidad de los muebles, la decoración, la organización del espacio, la seguridad, el confort, la luz, etc.; c) la atención a *la estimulación y desarrollo* en todas sus áreas: lenguaje, motricidad fina y gruesa, la creatividad, las habilidades sociales, y d) *las necesidades de los educadores*. Está organizada en 7 áreas o sub-escalas denominadas: 1) cuidados personales, 2) material y mobiliario, 3) lenguaje, 4) motricidad fina y gruesa, 5) creatividad, 6) desarrollo social, y 7) necesidades de los adultos. Cada una de estas áreas se concreta en varios indicadores observables y evaluables; a su vez, cada indicador está definido por cuatro criterios de evaluación.(inadecuada, condiciones «mínimas», calidad «buena», condiciones «excelentes»). La puntuación global será el indicador de la calidad del aula o guardería.
6. **Editorial:**VisorMadrid.

### 3. STAI cuestionario de ansiedad estado/rasgo

1. **Autor/es:**C.D. Spielberger, R.L. Gorsuch y R. E. Lushene.
2. **Aplicación:** Individual
3. **Edad de aplicación:**Adolescentes y adultos, con un nivel cultural mínimo para comprender las instrucciones y enunciados del cuestionario.
4. **Duración:**aproximadamente 15 minutos.
5. **Finalidad:**Evaluación de la ansiedad como estado y como rasgo. El cuestionario comprende escalas separadas de autoevaluación que miden dos conceptos independientes de la ansiedad, como Estado y como Rasgo. La ansiedad Estado conceptualizada como un estado o condición emocional transitoria del organismo humano, caracterizada por sentimientos subjetivos, conscientemente percibidos, de tensión y aprensión, así como hiperactividad del sistema nervioso autónomo. La ansiedad Rasgo señala un relativamente estable propensión ansiosa por la que difieren los sujetos en su tendencia a percibir las situaciones como amenazadoras y a elevar, consecuentemente, su ansiedad Estado.
6. **Material:**Manual de aplicación y ejemplares auto-correctibles.

7. **Editorial:**Tea ediciones

*4. Escalas de Clima Social en la Familia. (FES, WES, CIES y CES) – 1995, 1989*

1. **Autor/es:**R.H.Moos, B.S. Moos, E.J. Trickett
2. **Aplicación:** Individual o colectiva
3. **Edad de aplicación:** Adolescentes y adultos
4. **Duración:** Variable, 20 minutos para cada escala, aproximadamente
5. **Finalidad:** Se trata de cuatro escalas independientes que evalúan las características socio-ambientales y las relaciones personales en familia, trabajo, instituciones penitenciarias y centros escolares.
6. **Características:**1. Escala de clima social en la familia (FES): compuesta por Relaciones, Desarrollo y Estabilidad.2.Escala de clima social en el trabajo (WES): compuesta por Relaciones, Autorrealización y Estabilidad/Cambio.3. Escala de clima social en instituciones penitenciarias (CIES): compuesta por Relaciones, Autorrealización y Estabilidad/Cambio. 4. Escala de clima social en el centro escolar (CES): compuesta por Relaciones, Autorrealización, Estabilidad y Cambio
7. **Editorial:** Tea

*5. Índice de Estrés parental de Abidin (Parenting Stress IndexPSI )*

1. **Autor/es:**Abidin, 1995
2. **Edad de aplicación:** De 1 mes a 12 años
3. **Finalidad:** Determinar las causas de una actuación disfuncional de los padres en sus interacciones con los hijos. Esta herramienta es una buena de cribado y de evaluación diagnóstica ofreciendo una medida del grado de estrés en el sistema familiar.
4. **Características:**La versión completa contiene 120 ítems que identifican las relaciones padres/hijo bajo situaciones de estrés. Existe una versión reducida de esta misma escala, que deriva directamente de la versión completa, pero que consta de 36 ítems. Esta versión reducida permite obtener una primera valoración del estrés general. Esta prueba está compuesta por 3 campos: Malestar de los padres, Interacción disfuncional padres-hijo, y niño difícil. Con la suma de estos tres sub-apartados se logra una puntuación final que se denomina Estrés Total. Ésta nos informa sobre el grado general de estrés que está experimentando un padre en su ejercicio como tal. Así pues, refleja las tensiones que se exploran en las áreas de malestar personal del padre, las tensiones derivadas de la interacción que mantiene con el hijo, y aquellas otras que tienen su origen en las características conductuales del niño.

## 5. Pruebas específicas de la evaluación y diagnóstico del Trastorno del Espectro Autista.

### 1. SCQ cuestionario de comunicación Social

9. **Autor/es:** M. Rutter, A. Bailey y C. Lord. Adaptación española por Jaime Pereña y Pablo Santamaría
10. **Aplicación:** Individual o colectiva
11. **Edad de aplicación:** A partir de los 4 años
12. **Duración:** Entre 10 y 15 minutos
13. **Finalidad:** El SCQ es un breve cuestionario destinado a evaluar de forma rápida (prueba de cribado o screening) las capacidades de comunicación y de relación social de niños que pudiesen padecer trastornos del espectro autista (TEA). Permite recoger los síntomas observados por los padres o cuidadores de los niños para poder decidir adecuadamente si es conveniente remitirlos a una evaluación más profunda. Esta prueba está relacionada con el ADI-R, Entrevista para el diagnóstico del Autismo revisada que permite realizar un análisis más profundo de los síntomas relevantes para el diagnóstico de los trastornos del autismo en relación con otros posibles trastornos como los relacionados con el lenguaje.
14. **Material:** Manual. Cuestionario forma A. Cuestionario forma B.
15. **Editorial:**2005

### 2. ADI-R Entrevista para el Diagnóstico del Autismo revisada

1. **Autor/es:**M. Rutter, A. Le couteur y C. Lord.
2. **Aplicación:** Individual
3. **Edad de aplicación:** Cualquiera, siempre que la edad mental del sujeto evaluado sea mayor de 2 años.
4. **Duración:**De una hora y media y dos horas.
5. **Finalidad:**Completa y profunda evaluación de aquellos sujetos en los que se sospeche la existencia de un trastorno autista o del espectro autista. Esta entrevista ha probado ser útil para el diagnóstico formal como para la planificación del tratamiento y de la atención educativa. Es una entrevista comprensiva y estructurada para padres que sondea los síntomas autistas en las esferas de la ausencia de vínculos sociales, comunicación, y conductas

ritualizadas o perseverantes. Permite el diagnóstico dentro del espectro autista del DSM-IV (APA, 1984) y la ICD-10 (OMS, 1992, 1993), con puntuaciones umbral definitorias para el diagnóstico del Trastorno Autista.

6. **Baremación:** Estudios disponibles con diversas muestras clínicas en USA que establecen puntos de corte para la práctica clínica
7. **Características:** La aplicación del ADI-R requiere el uso del protocolo de la entrevista, un cuaderno de anotación que, en 93 elementos, presenta las áreas de evaluación cubiertas por este instrumento. Este protocolo de la entrevista sirve para registrar y codificar las respuestas que va dando el informador. La corrección se realiza mediante uno de los cinco algoritmos del ADI-R. Estos algoritmos se recogen en un ejemplar en el que se registran, corrigen y combinan hasta 42 elementos básicos del ADI-R para obtener los resultados formales interpretables.
8. **Material:** Manual, protocolo de la entrevista, algoritmos diagnósticos y de la conducta actual
9. **Editorial:** Tea ediciones 2003

### *3. Ados Escala de observación para el diagnóstico del autismo*

1. **Autor/es:** C. Lord, M. Rutter, P. C. DiLavore, S. Risi
2. **Aplicación:** Individual
3. **Edad de aplicación:** Cualquiera siempre que la edad mental del sujeto evaluado sea mayor de 2 años.
4. **Duración:** Entre 30 y 45 minutos
5. **Finalidad:** Permite una evaluación y diagnóstico preciso del autismo y los trastornos generalizados del desarrollo en sujetos de distintas edades y niveles de desarrollo y del lenguaje. Esta escala es una evaluación estandarizada y semi-estructurada de la comunicación, la interacción social y el juego o el uso imaginativo de materiales para individuos en los cuales se sospecha un diagnóstico de autismo o algún TEA (trastornos del espectro autista).
6. **Características:** Esta escala incorpora el uso de situaciones sociales planificadas, denominadas en este manual como “presiones”, en donde es probable que surja un cierto tipo de comportamiento. Así pues, los materiales y las actividades estructuradas proporcionan contextos estandarizados en los cuales se pueden observar conductas sociales, de comunicación u otra que sean relevantes en los trastornos del espectro autista.
7. **Baremación:** Estudios disponibles con diversas muestras clínicas en USA que establecen puntos de corte para la práctica clínica.
8. **Material:** Manual, y protocolos de observación de los distintos módulos. La prueba completa incluye gran cantidad de material.
9. **Editorial:** tea ediciones

#### 4. Gars 2 Escala de evaluación de autistas de Gilliam

1. **Autor/es:** James E. Gilliam
2. **Aplicación:** Individual
3. **Edad de aplicación:** entre 3 y 22 años
4. **Duración:** 5 -10 minutos
5. **Finalidad:** Es una prueba para identificar a personas que padecen autismo. Basado en las definiciones de la American Psychiatric Association APA (2000) y de la Autism Society of America (2003). Es un instrumento referido a baremos que ayuda a los profesionales en la evaluación de personas que tienen dicho trastorno. También se encuentran entre sus objetivos: evaluar a personas afectadas con problemas conductuales graves, documentar progresos que se producen en las áreas que evalúa el instrumento, fijar objetivos de cambio e intervención en un Plan Individualizado y medir el autismo en proyectos de investigación.
6. **Baremación:** La escala se ha tipificado con 1.107 participantes, con edades entre los 3 y los 22 años en USA.
7. **Características:** 42 ítems, Los ítems están agrupados en tres subescalas de 14 ítems cada una : (a) Estereotipias conductuales; (b) Comunicación; (c) Interacción social; La escala puede ser completada por los padres y los profesionales en la escuela y en casa. Se proporcionan puntuaciones típicas y percentiles.
8. **Material:** Manual del examinador, cuadernos de anotación, guía conductual con objetivos educativos.
9. **Editorial:** Psyntec

#### 5. M-chat Cuestionario del Desarrollo Comunicativo y Social en la Infancia

- a) **Autor/es:** Diana L. Robins, Deborah Fein, Marianne L. Barton, and James A. Green
- b) **Aplicación:** Individual
- c) **Edad de aplicación:** niños con edad comprendidas entre 18 y 60 meses.
- d) **Duración:** 5 minutos
- e) **Finalidad:** El Cuestionario del Desarrollo Comunicativo y Social en la Infancia es una prueba de cribado (screening) utilizado para detectar trastornos del espectro autista. Basado en la prueba The Checklist for Autism in Toddlers (CHAT) de Baron-Cohen, Allen, & Gillberg, 1992
- f) **Características:** El cuestionario consta de 23 ítems (que son rellenados por los padres), subdivididos internamente en las categorías de normales o críticos. Se considera que un niño "falla" en el cuestionario si falla en 2 o más ítems críticos o si falla 3 ítems cualesquiera. No todos los casos en los que se fallen suficientes ítems tienen por que cumplir los criterios para un diagnóstico del

espectro autista. Sin embargo, existe dicha posibilidad, y se justifica que se realice una valoración diagnóstica por parte de un profesional de la salud.

- g) **Validación:** Ha sido validado en USA con una muestra de 2.500 niños de 2 años (Robins et al., 2001) y presenta una sensibilidad de 0,87, una especificidad de 0,99, un valor predictivo positivo de 0,8 y un valor predictivo negativo del 0,99. Los controles realizados dos años después demuestran que sigue siendo muy sensible y estable, por lo que se puede recomendar como instrumento idóneo de detección alternativo al CHAT en el momento actual.
- h) **Material:** Se puede encontrar toda la información sobre esta prueba, al igual que la prueba en sí con corrección vía web en:  
<http://espectroautista.info/tests/espectro-autista/infantil/MCHAT>

#### 6. IDEA Inventario del espectro autista

1. **Autor/es:** A. Rivière 1997
2. **Aplicación:** Individual
3. **Duración:** Variable
4. **Finalidad:** El inventario I.D.E.A. tiene el objetivo de evaluar doce dimensiones características de personas con espectro autista y/o con trastornos profundos del desarrollo. Presenta cuatro niveles característicos de estas personas en cada una de esas dimensiones. Cada uno de esos niveles tiene asignada una puntuación. Estas dimensiones se agrupan de tres en tres, formando cuatro bloques que se corresponden con los cuatro apartados de LornaWing: Socialización, Lenguaje y Comunicación, Anticipación y Flexibilidad, y Simbolización. Además en este inventario, cada dimensión desarrolla cuatro posibles agrupamientos según sus manifestaciones, dando lugar, de mayor a menor afectación, a puntuaciones de 8, 6, 4, 2 y 0 (cuando no hay trastorno de la dimensión). Las dimensiones son las siguientes:
  1. Trastornos cualitativos de la relación social.
  2. Trastornos de las capacidades de referencia conjunta.
  3. Trastornos de las capacidades intersubjetivas y mentalistas.
  4. Trastornos de las funciones comunicativas.
  5. Trastornos cualitativos del lenguaje expresivo.
  6. Trastornos cualitativos del lenguaje receptivo.
  7. Trastornos de las competencias de anticipación.
  8. Trastornos de la flexibilidad mental y comportamental.
  9. Trastornos del sentido de la actividad propia.
  10. Trastornos de la imaginación y de las capacidades de ficción.
  11. Trastornos de la imitación.
  12. Trastornos de la suspensión.
5. **Editorial:** Fundec

6. **Características:** El inventario I.D.E.A puede tener tres utilidades principales:
  1. Establecer inicialmente, en el proceso diagnóstico, la severidad de los rasgos autistas que presenta la persona (es decir, su nivel de espectro autista en las diferentes dimensiones).
  2. Ayudar a formular estrategias de tratamiento de las dimensiones, en función de las puntuaciones en ellas.
  3. Someter a prueba los cambios a medio y largo plazo que se producen por efecto del tratamiento, valorando así su eficacia y las posibilidades de cambio de las personas con T.E.A.

### 7. *Acacia Tamarit J*

1. **Autor/es:** J. Tamarit
2. **Aplicación:** Individual
3. **Edad de aplicación:** Niños a partir de 3 años de edad cronológica
4. **Duración:** 15 a 20 minutos con todo el material preparado.
5. **Finalidad:** Es un instrumento diseñado para la evaluación y el análisis de la “conducta comunicativa y social/interpersonal” en niños, adolescentes que presentan graves alteraciones en su desarrollo (autismo, TGD, retraso mental, trastornos específicos del desarrollo del lenguaje, etc.). El perfil medio de la persona candidata es un niño o adolescente cuyo lenguaje oral normalmente no está desarrollado, o está en niveles muy bajos, pudiendo estar presentes graves alteraciones de la conducta. La prueba permite obtener perfiles en cuanto a la conducta social y comunicativa. Estos perfiles ofrecen pautas generales para la intervención educativa y permiten evaluar los progresos realizados. La prueba permite la diferenciación diagnóstica entre cuadros de Retraso mental y cuadros de Autismo con de retraso mental asociado.
6. **Características:** La prueba ACACIA consiste en 10 situaciones encadenadas de interacción diádica en un contexto natural y con una duración de cada una de ellas predeterminada. La prueba es grabada en video para facilitar su posterior análisis. Para su realización se precisa una serie de materiales no incluidos (cajón de plástico, juguetes, globo, sonajero...).
7. **Material:** Seis cuadernillos: Manual de uso y manual teórico, registro individual de datos, registro de observaciones, registro general y registro de probabilidad diagnóstica.
8. **Editorial:** Equipo Cepri Madrid

## CAPÍTULO V MARCO METODOLÓGICO

### 1. INTRODUCCIÓN

La idea que hemos querido transmitir hasta este capítulo es, que el conocimiento y la utilización de instrumentos objetivos y estandarizados deben formar parte del proceso de recogida de información durante la evaluación y diagnóstico en los Centros de Atención temprana.

En este capítulo, defendemos la elección del cuestionario electrónico como una técnica adecuada de recogida de datos, determinada por los objetivos que se quieren conseguir en la investigación y la población objeto de análisis. Del mismo modo se describe el cuestionario electrónico elaborado para esta investigación, la forma de acceso a este y las fases de desarrollo por las que pasó hasta su versión definitiva.

### 2. PROCEDIMIENTO

#### 2.1.- Entrevista versus cuestionario

Como sistema de recogida de información hemos optado por la elaboración de una encuesta o cuestionario distribuida por red, tras valorar las diferentes modalidades y considerar esta, como la más adecuada para el tipo de información que queríamos recoger.

Existen diferentes modalidades a la hora de recoger la información mediante un cuestionario:

- a) Cuestionario personal: Consiste en personarse delante del entrevistado en su lugar de trabajo y formularle las preguntas que contiene el documento “cuestionario” elaborado con anterioridad.
  
- b) Cuestionario distribuido por correo postal: Consiste básicamente en el mismo instrumento, aunque más simplificado para evitar malas interpretaciones el cual se remite por correo postal. El entrevistado lo recibe en su domicilio, lo cumplimenta y lo devuelve por la misma vía.

- c) Cuestionario distribuido telefónicamente: Cuando las preguntas que componen el cuestionario, son escasas y las respuestas también, es posible realizar el contacto o recogida de información por teléfono.
- d) Cuestionarios por web: Existen muchas modalidades de cuestionarios electrónicos, nosotros optamos por el que se caracteriza por el envío al correo electrónico un mensaje adjuntando un enlace hacia una página web donde se aloja el cuestionario. De este modo al encuestado se le invita a dirigirse a esta página a través del enlace y contestar el cuestionario.

A continuación sintetizamos las ventajas atribuidas al los cuestionarios frente a las entrevistas: (C.Selltiz, 1980)

- Facilidad de administración.
- Más económico.
- Se puede llegar a mayor número de gente
- Ofrece cierta uniformidad de una medición a otra.
- Su anonimato ofrece más confianza para expresar sus opiniones.
- El sujeto dispone de más margen de tiempo para responder.

La elección del cuestionario como procedimiento para la recogida de datos en nuestro caso fue suscitada por el ahorro de costes que significaba frente otros métodos de recogida de información como la entrevista. Encontramos que utilizando el cuestionario llegaríamos a un mayor número de sujetos y cubrir un mayor número de Centros de Atención Temprana. Creímos del mismo modo que la naturaleza anónima e impersonal del cuestionario ofrecía una cierta uniformidad de medida, al igual que la confianza para sentirse más libres para expresar opiniones y conductas. Estudios han demostrado que el cuestionario anónimo obtenía resultados más fiables que la entrevista (Edwards, 1957).

Además otra de las característica positiva del cuestionario es que a menudo pone al sujeto en una actitud menos obligada para la respuesta inmediata que en la entrevistas, en el cuestionario el sujeto cuenta con tiempo suficiente para considerar cada ítem.

Existen muchos factores que influyen el porcentaje de contestaciones recibidas, nuestro propósito ha sido analizar todos estos factores buscando la mejor solución para cada punto para así poder aumentar al máximo la recepción de respuesta.

Claire comenta, los principales factores para la recepción de respuestas (Claire, Lawrence, & Sturart, 1980).

1. Patrocinio del cuestionario.
2. La forma de presentarlo
3. Longitud del mismo
4. La carta que acompaña al cuestionario
5. Facilidad para rellenarlo y su devolución
6. Las respuestas sugeridas
7. El interés de las preguntas para el encuestado
8. La naturaleza de las personas a las que se remite el cuestionario

Con el objeto de conseguir la mayor participación posible se intentó tener en cuenta los factores que los anteriores autores proponen para aumentar el número de respuestas en nuestra investigación. De este modo se aclaró en la carta de presentación que el cuestionario está enmarcado en una investigación que se lleva a cabo desde la Universidad de Valencia Estudio General (UVEG) y el Centro Universitario de Diagnóstico y Atención Temprana (CUDAP) siendo ambas entidades, patrocinadores de alta calidad y renombre.

La forma de presentación del cuestionario además de ser innovadora se presenta de forma atractiva para el encuestado.

La longitud del cuestionario se ha tenido muy en cuenta para que un sujeto medio pueda contestarlo en no más de diez minutos.

La carta que acompaña el cuestionario invita a los profesionales de la atención temprana a ser partícipes a través de la información que van a rellenar para mejorar la calidad de la AT. Además en esta carta nos comprometemos a hacer público y enviar a todos los centros de atención temprana las conclusiones de la investigación y la guía comentada que acompaña la investigación de muchas de las pruebas que se utilizan en el marco de la evaluación y diagnóstico en niños de 0 a 6 años.

La propia idiosincrasia del cuestionario electrónico facilita enormemente la contestación de este y su facilidad para su devolución.

Las respuestas sugeridas han sido ampliamente estudiadas en las diferentes fases de creación y elaboración del cuestionario.

Por último la naturaleza de las personas a quien se remite el cuestionario. El estudio se centra en profesionales que están en activo trabajando en Centros de AT por lo que la motivación y la cercanía de las preguntas creemos influirán positivamente en los índices de recepción de respuestas.

## 2.2. Consideraciones sobre la recogida de datos vía web

En la actualidad el número de personas que utilizan Internet está aumentando progresivamente, servicios como foros, comunidades de amistad, compras “on line”, chats...etc. son cada día más familiares en gran parte de la población española. El uso de internet y del correo electrónico forma parte de la cotidianidad de muchas personas. Aunque desde luego no se puede olvidar que existe aún un segmento de la población que no tiene acceso a este tipo de tecnología.

La consolidación de las tecnologías de la comunicación y la información en las diferentes organizaciones está permitiendo la introducción de nuevos métodos de investigación que surgen a colación de esta nueva red llamada internet, que es y será, un medio para la recogida de datos. El desarrollo popular de Internet ha hecho que la investigación en línea haya supuesto uno de los cambios más significativos dentro de la investigación social (Taylor, 2000).

Como se ha señalado en más de una ocasión, muchos de los cambios en los métodos de investigación que han tenido lugar a lo largo de la historia de la psicología han sido consecuencia de los avances tecnológicos. En este sentido, puede considerarse que la posibilidad de participar a través de la gran red es simplemente otro adelanto tecnológico que posibilita el progreso de los métodos de investigación (Krantz & Dalal, 2000).

En concreto nos referimos a los cuestionarios electrónicos que han demostrado su efectividad en la recogida de datos en una población con una serie de requerimientos específicos. Existen ya numerosos estudios que demuestran la validez de los cuestionarios realizados a través de la Word Wide Web comparándolos con estudios realizados usando otras metodologías clásicas. Estas investigaciones demuestran que la validez y fiabilidad de los datos obtenidos a través de la web son comparables con otras técnicas. Buchanan T, Smith J L..(1999, 1997), C, Phillips ML, Barnes J, David AS. (1999), Krantz JH, Ballard J, Scher J. (1997), Mehta, R. & Sivadas, E. (1995), Tse, A.C.B. (1998). Taylor, H.

Las entrevistas y cuestionarios electrónicos están emergiendo como métodos de investigación científica, fue iniciado por científicos de la comunicación, sociólogos y psicólogos aunque su uso para la investigación relativa a la salud aún está en sus primeros pasos (Wyatt & Eysenbach, 2002).

El cuestionario electrónico elegido en esta investigación creemos que se puede adaptar perfectamente a la población de estudio que va a ser analizada.

*La encuesta electrónica cobra especial relevancia como técnica de investigación en la mayoría de este tipo de organizaciones (entidades bancarias, universidades, hospitales, etc.) por el hecho de que una parte considerable de sus miembros disponen de acceso a equipamiento informático y de conocimientos de uso de estas tecnologías (Martínez G. R., 2004)*

### 2.2.1 Características del cuestionario electrónico.

Queremos en este apartado comentar las ventajas e inconvenientes que tanto nosotros como otros autores encontramos en el cuestionario electrónico como técnica de investigación. En cualquier caso a este tipo de cuestionario se le pueden imputar al menos la mismas ventajas que se le atribuyen al cuestionario tradicional.

#### Ventajas

- a) Con respecto a los tipos de cuestionarios tradicionales, por una parte, mejora alguna de las ventajas ya nombradas en el apartado anterior, pues aún es más económico que cualquiera de los tipos (cuestionario personal, correo postal o telefónico) ya que este no tiene ningún coste de envío. Igualmente es más fácil de administrar y se puede llegar a un mayor número de gente, pues con un solo clic el cuestionario puede ser enviado a miles de direcciones de correo electrónico.
- b) La rapidez en la recogida de datos, ya que, directamente los datos se pueden integrar en hojas de cálculo o base de datos. (Díaz de Rada, 2000), no es necesario transferir los datos de un cuestionario de papel al ordenador.
- c) Se puede incluir globos de ayuda en los ítems que sólo se activen cuando el encuestado lo desee.
- d) La vistosidad de la presentación en general mayor (mejor diseño y mejores posibilidades gráficas).
- e) Reduce considerablemente la tarea repetitiva del investigador
- f) Se pueden emplear cuestiones técnicas que pueden ayudar mucho en la investigación: como el uso de “cookies” (para asegurarse que una persona rellena un cuestionario), medidas de la respuesta, avisos automáticos (evita cuestionarios no cumplimentados), ítems o cuestiones aleatorias (el cuestionario puede cambiar aleatoriamente).

## Inconvenientes

- a) La elaboración del cuestionario electrónico es más compleja, requiere sólidos conocimientos informáticos y lleva más tiempo de elaboración inicial.
- b) Es necesario que la población objeto de análisis tenga acceso a internet y al menos un conocimiento básico de la utilización del ordenador ya que a veces este tipo de cuestionarios pueden “asustar” a los entrevistados.
- c) Una desventaja puede ser el correo basura o “spam”. Muchos de los servidores de correo electrónico tienen filtros de correo basura, con lo que se puede correr el riesgo que nuestro mensaje quede en estos repositorios sin que llegue a la persona objetivo.
- d) Las páginas web dependen de servidores que pueden fallar por diversos motivos (ataques informáticos, virus, fallos técnicos, sobrecargas..)

Para la confección del cuestionario electrónico se analizaron todas las características de este, intentando aprovechar sus ventajas y minimizar y/o controlar los inconvenientes de esta técnica de recogida de datos.

### 2.3. El cuestionario electrónico elaborado para la investigación.

#### 2.3.1. Descripción del cuestionario

El cuestionario está dividido en 3 Bloques, cada uno de ellos con sus correspondientes cuestiones. **El Bloque I**, está dedicado a la situación geográfica del Centro y las características de este. Está constituido por 6 preguntas relativas a la provincia donde se localiza el Centro, y cuestiones propias del centro (entidad que lo gestiona, número de usuarios atendidos, modelo de trabajo, edad de los usuarios atendidos y presupuesto específico de pruebas). **El bloque II** está destinado a cuestiones relacionadas con la persona que responde el cuestionario. Consta de 5 preguntas que indagan sobre aspectos como la formación universitaria del profesional que responde, año de finalización de la carrera, el puesto que ocupa en el centro, formación específica en AT, su experiencia laboral anterior, y los años que lleva trabajando en el

sector de la AT. **El bloque III** solicita información sobre las pruebas, tests, escalas... que los profesionales conocen y utilizan en los centros. Esta sección está formada por 5 cuestiones que pasamos a analizar detenidamente pues son los datos más significativos que queremos recoger.

Pregunta nº1 : Esta cuestión investiga acerca del conocimiento que tiene el profesional de las diferentes pruebas. Dentro de esta cuestión se emplazan 6 casillas ( Pruebas de desarrollo, pruebas relacionadas con la comunicación y lenguaje , pruebas relacionadas con la evaluación motora, pruebas de familia y entorno, pruebas relacionadas con la evaluación y diagnóstico de Trastorno del Espectro Autista y otras, donde se recogen las pruebas que creemos pueden ser susceptibles de ser utilizadas en los centros.

El profesional aquí, al marcar cualquiera de las casillas, consigue que un desplegable muestre todas las pruebas de cada casilla. De este modo el encuestado va seleccionando las pruebas que conoce.

**BLOQUE III. Pruebas, tests y escalas**

**1. Marca las casillas para desplegar las pruebas de cada área y selecciona las pruebas que conoces, entendiendo conocer como aquellas de las que al menos tengas un limitado conocimiento, alguna vez utilizaste o viste utilizar.**

- Pruebas Generales de Desarrollo**
- Pruebas Relacionadas con la Comunicación y el Lenguaje**
  - Test de Illinois de Aptitudes Psicolingüísticas **ITPA**
  - Inventario de desarrollo comunicativo **Mac Arthur**
  - Escala de desarrollo del lenguaje de **Reynell**
  - Plon o Plon-R** Prueba de lenguaje oral navarra
  - Escala del lenguaje temprano de **James Coplan**
  - Test de vocabulario en imágenes **Peabody**
  - ECO** evaluación de la comunicación
  - Registro fonológico inducido de **M. Monfort**
  - CSBS DP** Cuestionario del bebé y niño pequeño
  - ELA** Examen logopédico de articulación
  - EDAF** Evaluación de la Discriminación Auditiva y Fonológica
  - ELI** Evaluación del Lenguaje Infantil
  - Exploración del Lenguaje Comprensivo y Expresivo **ELCE**
- Pruebas Relacionadas con el Área Motora**
  - Escala de desarrollo motor de Peabody 2 **PDMS-2**
  - MFM** medición de la función motora para las enfermedades neuromusculares
  - PEDI** Inventario de Evaluación de Discapacidad en Pediatría
  - AIMS** Escala de Motricidad Infantil de Alberta
- Pruebas que valoran aspectos relacionados con la familia y el entorno**
- Específicos TEA**

Imagen nº1: Bloque III cuestión nº1

Pregunta nº2: Esta cuestión interroga al profesional acerca de pruebas que utiliza en su Centro. De una forma automática todas las pruebas que este profesional conoce y ha seleccionado en la cuestión anterior, aparecen aquí (no tiene que marcarlas de nuevo). El profesional que responde a esta pregunta únicamente debe seleccionar de aquellas que conoce las que utiliza en el día a día de su trabajo en el Centro de AT.

Pregunta nº3: Aquí se pregunta al encuestado/a sobre la frecuencia de uso y satisfacción que tiene de cada prueba seleccionada. Automáticamente de nuevo nuestro cuestionario muestra las pruebas que el profesional en la cuestión anterior (nº2) ha seleccionado como las pruebas que utiliza en su centro. Así pues, lo único que tiene que hacer es seleccionar la frecuencia de uso y el grado de satisfacción de cada prueba que utiliza. Tanto Frecuencia como satisfacción se valoran en una escala tipo Likert del 1 al 5, donde 1 es la menor frecuencia de uso y la menor satisfacción y 5 es la mayor frecuencia y la mayor utilización.

**3. Marca del 1 al 5 la frecuencia de uso y la satisfacción de las pruebas seleccionadas, siguiendo los siguientes baremos:**

**Frecuencia**

1. Se utiliza una o dos veces al año.
2. Se utiliza entre 3 y 6 veces al año.
3. Se utiliza entre 3 y 6 veces al semestre
4. Se utiliza entre 3 y 6 veces al mes.
5. Se utiliza varias veces a la semana.

**Satisfacción**

Para valorar el grado de satisfacción ten en cuenta aspectos relacionados con la facilidad/dificultad de administrar la prueba, de corregirla y la calidad de la información obtenida. Selecciona del 1 al 5, entendiéndolo **1 como la mínima** satisfacción y **5 como la máxima**

Nombre de la prueba	Frecuencia					Satisfacción				
	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5
Test de Illinois de Aptitudes Psicolingüísticas <b>ITPA</b>	<input type="radio"/>									
Inventario de desarrollo comunicativo <b>Mac Arthur</b>	<input type="radio"/>									
Escalas <b>Reynell-Zinkin</b> para niños pequeños con déficits visuales	<input type="radio"/>									
Escala de desarrollo motor de Peabody 2 <b>PDMS-2</b>	<input type="radio"/>									

Imagen nº2: Bloque III cuestión nº3

Pregunta nº4: Existe la posibilidad de que haya alguna prueba que el profesional que esta rellenando el cuestionario utilice en su centro pero que no halle en el listado. Aquí pues aquí se le da la posibilidad al encuestado de introducir hasta 9 pruebas que esté utilizando en su centro y no haya encontrado. El profesional tiene que introducir una a una las pruebas que considere oportunas dándoles (del mismo modo que en la cuestión anterior) una puntuación en utilización y satisfacción.

4. Si **TU** utilizas en tu centro alguna prueba que no hayas encontrado en los listados anteriores, selecciona la casilla "Más pruebas" e introducelas a continuación. Pulsando el botón "Otra más" podrás añadir pruebas adicionales hasta un máximo de 9.

Más pruebas

Pruebas que utilizas y no están en el cuestionario.

Nombre de la prueba	Frecuencia					Satisfacción				
	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5
<input type="text" value="ejemplo prueba que no esta en el listado y utilizo en el centro"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
<input type="text"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

5. Este es un campo abierto en el que puedes escribir cualquier comentario acerca de las preguntas que has rellenado en el cuestionario.

Imagen3: Bloque III cuestión nº4 y nº5.

Pregunta nº5: Esto no es una cuestión propiamente dicha, sino un campo abierto donde el encuestado puede escribir cualquier comentario en relación a las preguntas contestadas.

### 2.3.2. Acceso al cuestionario

El acceso a nuestro cuestionario electrónico comienza cuando se envía un correo electrónico explicando brevemente el propósito de la investigación e invitando a los profesionales de cada centro a participar en la investigación. En este correo, como se muestra abajo en la imagen, se dan todas las instrucciones necesarias para poder acceder a él.

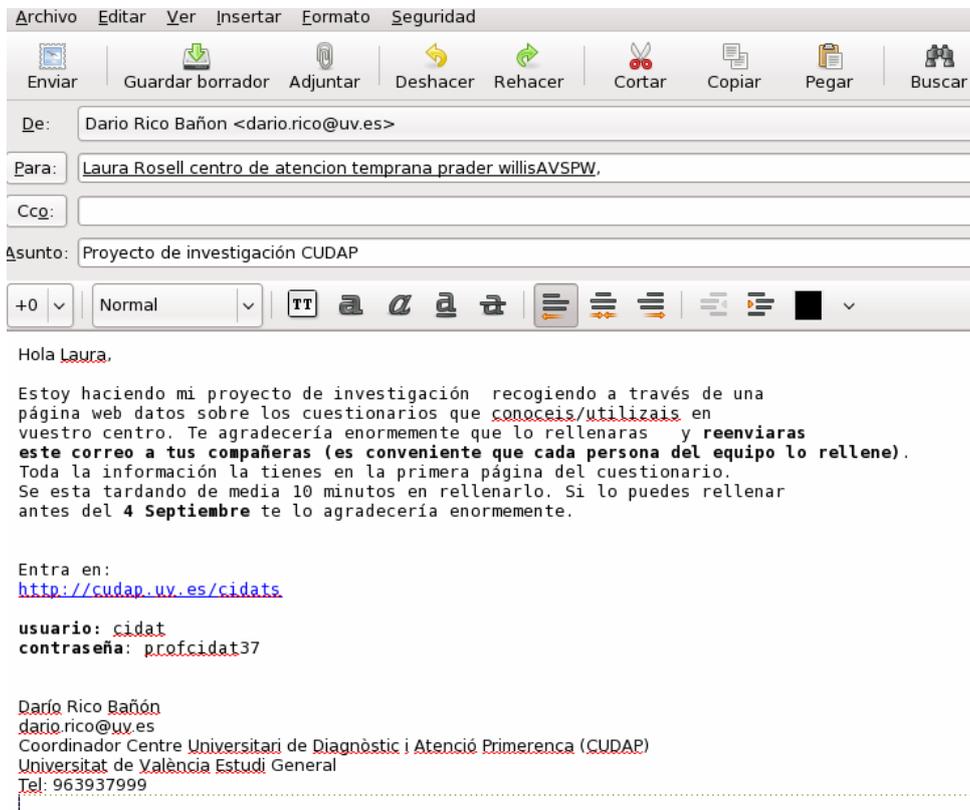


Imagen nº4: correo electrónico enviado a los profesionales de los Centros AT.

Cuando la persona pincha en el enlace enviado a través del correo electrónico este nos conduce a una página web donde es necesaria la validación de la persona que va a contestar. La persona debe introducir el nombre de usuario y la contraseña que se le adjunta en el correo.

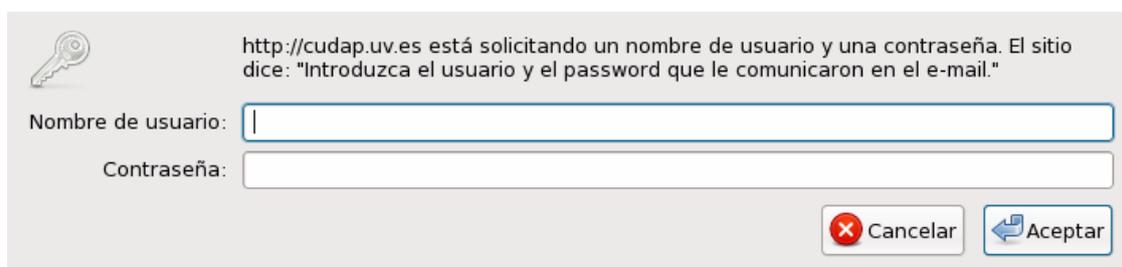


Imagen nº5. Validación de usuario y contraseña para el acceso al cuestionario

Cuando la persona se valida se accede a una página de información donde nos explica el propósito de la investigación más detalladamente. Al final de esta página se accede

al cuestionario pulsando el botón de “comenzar cuestionario”. La persona accede así de este modo a todas las preguntas del cuestionario.



Imagen nº 6: Pantalla de inicio del cuestionario después de efectuar la validación

Cuando el encuestado ha terminado de contestar el cuestionario sólo tiene que apretar el botón **enviar** (al final del cuestionario), al pulsarlo las respuestas se envían a la base de datos y se integran en una hoja de cálculo para su posterior análisis.

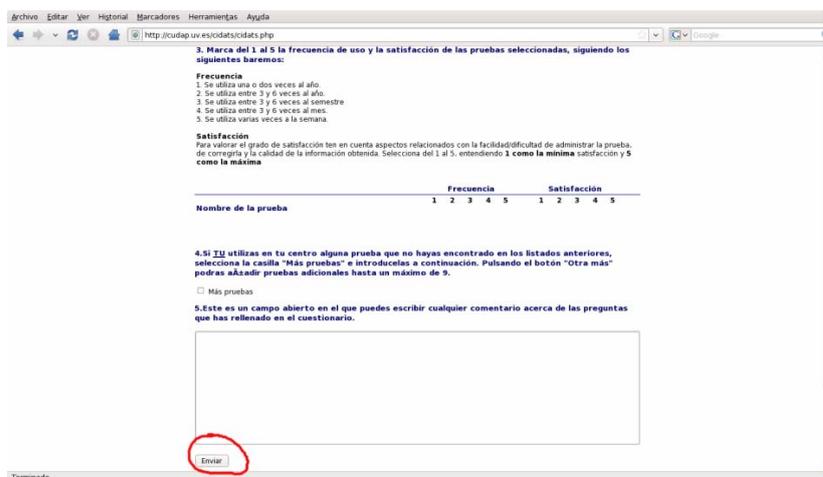


Imagen nº7: Última página del cuestionario.

### *2.3.3. Fases de desarrollo*

El cuestionario ha pasado por varias fases de desarrollo en las cuales ha sufrido cambios y modificaciones hasta llegar a la versión definitiva. Las Fases de creación de este procedimiento de recogida de datos han sido:

**Fase I :** Decisión de la información que debía incluir el cuestionario. En relación al problema que nos habíamos planteado se decidió cuales eran las preguntas que debían ser incluidas en el cuestionario.

**Fase II :** Confección de la versión prueba del Cuestionario. En esta fase se trabajó en la secuencia y redacción de las preguntas que iban a formar parte del cuestionario y se elaboró la primera versión del cuestionario en papel

**Fase III:** Revisión y reexamen del cuestionario. En esta fase se complementaron los esfuerzos propios con las reacciones críticas de otras personas que trabajan habitualmente y están familiarizadas con la investigación social en este campo.

El trabajo de revisión del mismo modo estuvo orientado a lograr que el cuestionario resultará claro y fácil de usar.

El cuestionario fue objeto de una búsqueda de defectos técnicos.

**Fase IV:** Implementación vía Web del cuestionario incluyendo todas las revisiones.

Después de incluir todas las revisiones de la fase anterior se implementó el cuestionario vía web para acometer la fase siguiente con el mayor grado de veracidad posible.

**Fase V:** Pretest. El pretest es un tanteo del cuestionario para ver cómo funciona y si son necesarios algunos cambios antes del envío masivo a toda la muestra. Para esta fase se aplicó el cuestionario vía correo electrónico a 7 profesionales expertos en Atención Temprana que conocían el propósito del estudio y el fin de cada pregunta. Estos rellenaron el cuestionario y nos lo enviaron siguiendo el procedimiento habitual y luego se realizó individualmente con ellos una entrevista personal en la que aportaron sus puntos de vista, dificultades encontradas y sus correspondientes correcciones.

**Fase VI:** Implementación de las correcciones para la elaboración de la versión final del cuestionario y envío masivo a todos los profesionales que trabajan en Centros de Atención Temprana.

(Anexo CD: Cuestionario final desplegado)

**Fase VII:** Recogida de los datos. Automáticamente los cuestionarios enviados se integran en una hoja de cálculo para ser analizados.

**Fase VIII:** Análisis de los datos recogidos. Los datos fueron analizados con el programa de análisis estadístico SPSS 15.0

## CAPÍTULO VI ANÁLISIS DE RESULTADOS

### 1. INTRODUCCIÓN

A la vista de la información recopilada a través del cuestionario, analizaremos los datos obtenidos. Comenzaremos con el análisis de la muestra para luego centrarnos en el conocimiento que los profesionales tienen de los instrumentos de evaluación, la frecuencia de uso de estos en los centros de AT y por último, el grado de satisfacción al emplearlo en las evaluaciones con los niños/as y sus familias.

#### 1.1. Descripción de la muestra

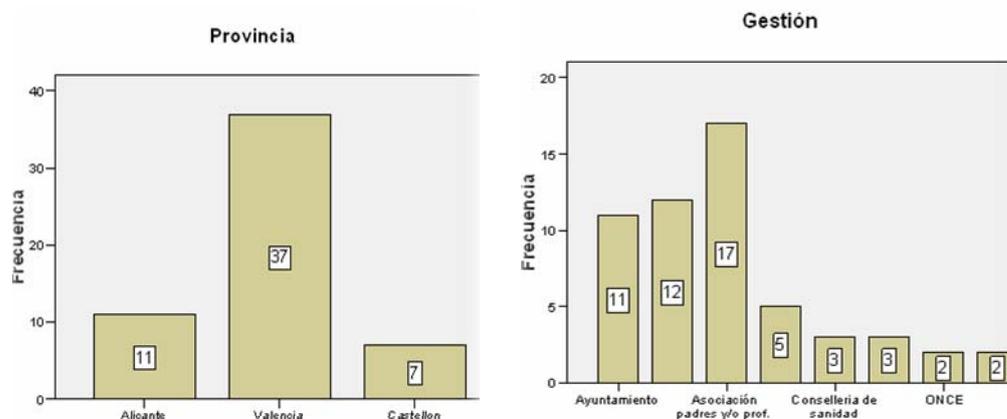
La población a la que se dirige nuestra investigación está formada por todas las figuras profesionales que trabajan en los Centros de Atención Temprana (CDIAT) de la Comunidad Valenciana. Son profesionales que están en contacto directo con los niños/as que acuden al centro de AT y que en mayor o menor medida están implicados en el proceso de diagnóstico y evaluación de los usuarios. Los perfiles profesionales más habituales son: coordinadores, psicólogos/as, pedagogos/as, maestros/as (diversas especialidades), logopedas, médicos/as, fisioterapeutas y terapeutas ocupacionales.

Los profesionales que han respondido al cuestionario pertenecen a las provincias de Alicante, Valencia y Castellón. El total de cuestionarios recibidos fue de 55. El porcentaje encontrado es Alicante 20%, Valencia 67.3% y Castellón 12,7%. Referente a la gestión de los centros de AT de la muestra, encontramos que son las Asociaciones de padres y/o profesionales las que tienen el tanto por ciento más alto (30.9%), seguidas de Fundaciones (21.8%) y de Ayuntamientos (20%).

**Provincia**

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	Alicante	11	20,0	20,0	20,0
	Valencia	37	67,3	67,3	87,3
	Castellon	7	12,7	12,7	100,0
	Total	55	100,0	100,0	

Tabla nº2: Tabla de frecuencias y porcentajes de las 3 provincias.



Gráfica nº1: Distribución por provincias Gráfica nº2: Distribución por tipo de gestión

**Gestión**

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	Ayuntamiento	11	20,0	20,0	20,0
	Fundacion	12	21,8	21,8	41,8
	Asociación padres y/o prof.	17	30,9	30,9	72,7
	Universidad	5	9,1	9,1	81,8
	Conselleria de sanidad	3	5,5	5,5	87,3
	Mancomunidadd	3	5,5	5,5	92,7
	ONCE	2	3,6	3,6	96,4
	Patronato	2	3,6	3,6	100,0
	Total	55	100,0	100,0	

Tabla nº3: Distribución por tipo de gestión

El número de usuarios atendidos en los Centros de AT es mayoritariamente de entre 61 y 80 niños/as con un 43.6%, luego le sigue de 81 a 100 niños/as (21.8%) y entre 40 y

60 niños con un 16.4%. También podemos observar que el modelo preferente que siguen los profesionales de la AT es el Interdisciplinar (74.5%) frente al Transdisciplinar con un 25.5%.

**Usuarios**

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	menos de 40	5	9,1	9,1	9,1
	Entre 40 y 60	9	16,4	16,4	25,5
	Entre 61 y 80	24	43,6	43,6	69,1
	Entre 81 y 100	12	21,8	21,8	90,9
	Mas de cien	5	9,1	9,1	100,0
	Total	55	100,0	100,0	

Tabla nº4: Distribución por número de usuarios atendidos.

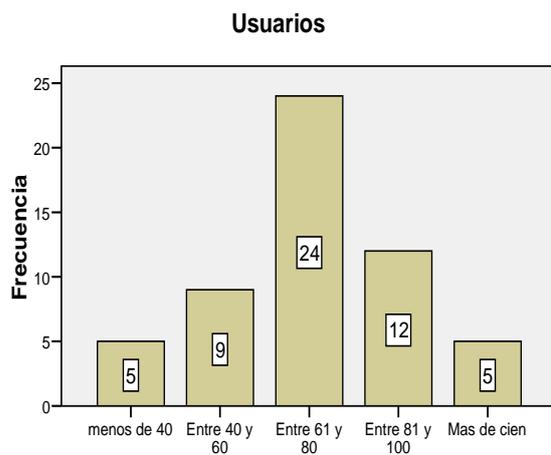
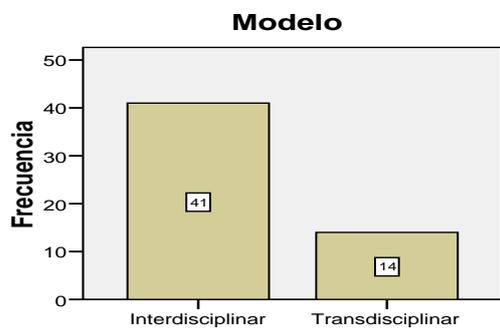


Gráfico nº3: Distribución por número de niños atendidos en el centro

**Modelo**

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	Interdisciplinar	41	74,5	74,5	74,5
	Transdisciplinar	14	25,5	25,5	100,0
Total		55	100,0	100,0	

Tabla nº5: Distribución por modelo de funcionamiento en el Centro de AT.



Gráfica nº4: Distribución de Centros por tipo de modelo.

Observamos que destaca el ítem “sin presupuesto específico” destinado a la compra de pruebas, escalas, entrevistas, tests... (58.2%), luego pasa a Más de 600 euros años (12.7%) y finalmente “ No sabe/no contesta” con un 21.8 %.

**Presupuesto.pruebas**

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	Sin presupuesto específico	32	58,2	58,2	58,2
	Menos de 300 euros/año	2	3,6	3,6	61,8
	Entre 301 y 600 euros/año	2	3,6	3,6	65,5
	Más de 600 euros/año	7	12,7	12,7	78,2
	No sabe/no contesta	12	21,8	21,8	100,0
	Total	55	100,0	100,0	

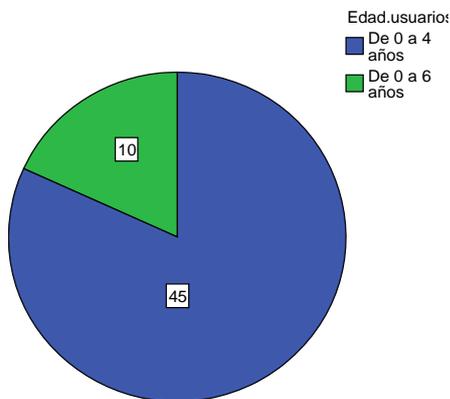
Tabla nº6: Presupuesto de los Centros de AT asignado a pruebas.

La edad de niños/as atendidos en los Centros de AT es mayoritariamente de 0 a 4 años (81.8%), frente al (18.2%) de 0 a 6 años.

**Edad.usuarios**

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	De 0 a 4 años	45	81,8	81,8	81,8
	De 0 a 6 años	10	18,2	18,2	100,0
	Total	55	100,0	100,0	

Tabla nº7: Distribución de edad de los niños atendidos en los Centros de AT



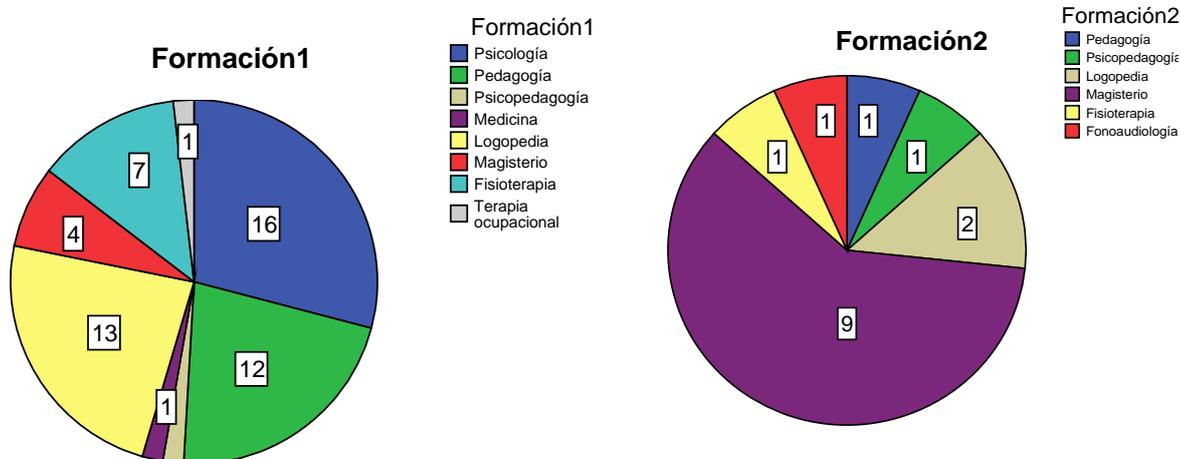
Gráfica nº 5: Distribución de edad de los niños/as atendidos

En las dos siguientes tablas destacamos la formación universitaria de los profesionales de la AT. Principalmente los profesionales que responden tienen formación en Psicología (29.1), Logopedia (23.6) y Pedagogía (21.8) En la tabla denominada Formación 2 se encuentran los porcentajes de una segunda formación universitaria de estos mismos profesionales, donde destaca Magisterio (16.4%).

**Formación1**

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos Psicología	16	29,1	29,1	29,1
Pedagogía	12	21,8	21,8	50,9
Psicopedagogía	1	1,8	1,8	52,7
Medicina	1	1,8	1,8	54,5
Logopedia	13	23,6	23,6	78,2
Magisterio	4	7,3	7,3	85,5
Fisioterapia	7	12,7	12,7	98,2
Terapia ocupacional	1	1,8	1,8	100,0
Total	55	100,0	100,0	

Tabla nº8: Formación universitaria de la muestra



Gráfica nº 6: Formación principal de la muestra.

Gráfica nº 7: Formación secundaria de la muestra.

**Formación2**

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	Pedagogía	1	1,8	6,7	6,7
	Psicopedagogía	1	1,8	6,7	13,3
	Logopedia	2	3,6	13,3	26,7
	Magisterio	9	16,4	60,0	86,7
	Fisioterapia	1	1,8	6,7	93,3
	Fonoaudiología	1	1,8	6,7	100,0
	Total	15	27,3	100,0	
Perdidos	Sistema	40	72,7		
Total		55	100,0		

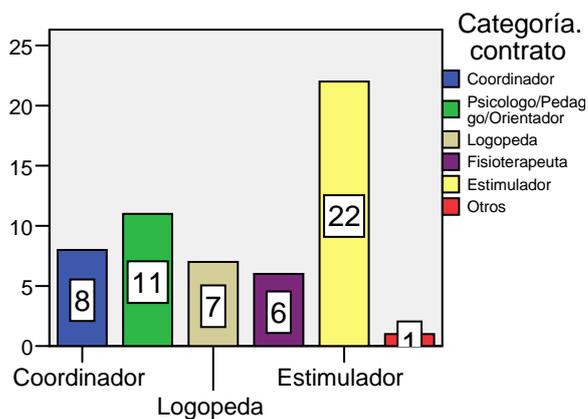
Tabla nº9: Formación secundaria de parte de la muestra.

De las respuestas recibidas el 40% trabajan como estimuladores o técnicos de estimulación, el 20% ocupan puestos de Psicólogo/pedagogo/orientador, 14.5% son coordinadores/as del Centro, el 12.7% son logopedas y los fisioterapeutas obtienen un 10.9%.

**Categoría.contrato**

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	Coordinador	8	14,5	14,5	14,5
	Psicologo/Pedagogo/Orientador	11	20,0	20,0	34,5
	Logopeda	7	12,7	12,7	47,3
	Fisioterapeuta	6	10,9	10,9	58,2
	Estimulador	22	40,0	40,0	98,2
	Otros	1	1,8	1,8	100,0
	Total	55	100,0	100,0	

Tabla nº10: Distribución de la muestra por categoría de contrato.



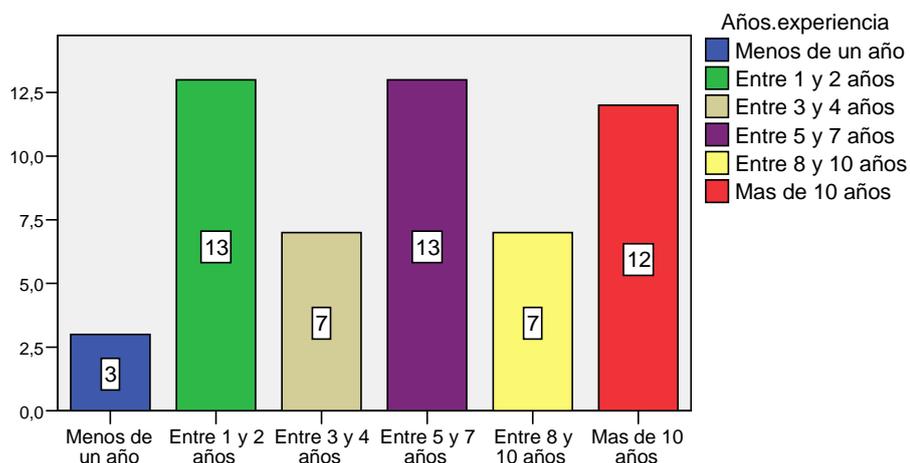
Gráfica nº 7: Distribución por categorías de contrato.

Las tres horquillas que recogen más porcentaje en relación al número de años de experiencia de los profesionales que trabajan en los centros son las siguientes: Entre 1 y 2 años con un 23.7% , con el mismo porcentaje encontramos los profesionales con 5 a 7 años de experiencia y seguidamente los que tienen más de 10 años de experiencia (21.8%).

**Años.experiencia**

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	Menos de un año	3	5,5	5,5	5,5
	Entre 1 y 2 años	13	23,6	23,6	29,1
	Entre 3 y 4 años	7	12,7	12,7	41,8
	Entre 5 y 7 años	13	23,6	23,6	65,5
	Entre 8 y 10 años	7	12,7	12,7	78,2
	Mas de 10 años	12	21,8	21,8	100,0
	Total	55	100,0	100,0	

Tabla nº11: Distribución de la muestra por años de experiencia.



Gráfica nº8: Distribución de la muestra por años de experiencia.

En la siguiente tabla donde se cruzan las categorías de contrato (Coordinador, Psicólogo/Pedagogo, Logopeda, Fisioterapeuta y Estimulador) y los años de experiencia en Atención Temprana. Observamos que las categorías con más años de experiencia son: Psicólogo/Pedagogo y Coordinador. En todo caso llama la atención que sean los Psicólogos/pedagogos los que cuenten con más años de experiencia en relación a los coordinadores. En las otras tres categorías, se comprueba que la muestra se sitúa en su mayoría en más de 5 años de experiencia frente a los que tienen menos de esta cantidad.

Años experiencia	Categoría.contrato				
	Coord	Psi/pedg	Logo	Fisio	Esti.
Menos de un año	0	0	1	1	1
Entre 1 y 2 años	2	3	1	1	6
Entre 3 y 4 años	1	0	0	2	4
Entre 5 y 7 años	2	1	3	1	6
Entre 8 y 10 años	1	1	2	1	2
Mas de 10 años	2	6	0	0	3

Tabla nº12: Distribución de la muestra por años de experiencia y categoría de contrato.

Categoría.contrato		Formación							total	
		Psicología	Pedagogía	Psicopedagogía	Medicina	Logopedia	Magisterio	Fisioterapia		Terapia ocupacional
Categoría.contrato	Coordinador	5	1	0	0	2	0	0	0	8
	Psicologo/Pedagogo	6	4	1	0	0	0	0	0	11
	Logopeda	0	1	0	0	6	0	0	0	7
	Fisioterapeuta	0	0	0	0	0	0	6	0	6
	Estimulador	5	6	0	0	5	4	1	1	22
	Otros	0	0	0	1	0	0	0	0	1
Total		16	12	1	1	13	4	7	1	55

Tabla nº13: Distribución de la muestra por categoría de contrato y formación universitaria.

En la tabla de arriba hemos cruzado las categorías profesionales en el Centro con la formación universitaria que tienen los profesionales, obteniendo que Coordinador, Psicólogo, Pedagogo y fisioterapeuta hacen coincidir cargo que ocupan en el Centro, con formación que poseen. No ocurre lo mismo en la categoría estimulador en la que convergen diversos tipos de formación no habiendo un perfil claro.

## 1.2. Análisis y resultados

Comenzaremos analizando cual es el conocimiento y el uso que tienen los encuestados/as de las pruebas que se le presentan en el cuestionario. Esto responde a las cuestiones 1 y 2 del Bloque III del cuestionario donde le pedimos al encuestado/a que seleccione las pruebas que conoce y de todas las seleccionadas, las que utiliza en el centro de AT. En la siguiente tabla, se han distribuido en las filas la categoría que ocupan los profesionales en el Centro de AT. En las columnas la clasificación por bloques de las pruebas (Generales, lenguaje, Motor, Familia, Tea) el % y la media de estos bloques.

De este modo observamos que el coordinador es la categoría que más número de pruebas conoce. El Psicólogo/pedagogo tiene lagunas en las de evaluación motora y familia. La figura de Logopeda conoce pruebas generales, de su área (comunicación y lenguaje) y obtiene una media de 2.1 en las pruebas de evaluación específica de TEA. El fisioterapeuta es la figura más especializada pues puntúa con 4.7 de media en las generales y 2.0 en las específicas de su área, pero en Lenguaje, Familia y Tea apenas obtiene puntaje. Por último el estimulador tiene sus puntos débiles en motor y familia.

nº: pruebas	30		13		4		6		8	
Conocimiento-Pruebas:	Generales	%	Lenguaje	%	Motor	%	Familia	%	Tea	%
	media		media		media		media		media	
Categoría.contrato										
Coordinador	14,3	47,5	5,8	38,3	1,1	28,1	1,6	27,1	4,1	51,6
Psicologo/Pedago	9,5	31,5	3,8	25,5	0,2	4,5	0,9	15,2	2,5	30,7
Logopeda	5,7	19,0	6,9	45,7	0,1	3,6	0,0	0,0	2,1	26,8
Fisioterapeuta	4,7	15,6	0,8	5,6	2,0	50,0	0,2	2,8	0,8	10,4
Estimulador	6,7	22,4	3,4	22,7	0,2	4,5	0,2	3,8	1,9	23,3
Otros	9,0	30,0	2,0	13,3	1,0	25,0	0,0	0,0	3,0	37,5
Total	8,1	26,8	4,0	26,4	0,5	13,2	0,5	8,8	2,3	28,2

Tabla nº14: Tanto por ciento y media de la muestra por categorías de contrato y conocimiento de pruebas.

A nivel del uso, los tantos por ciento y las medias se reducen considerablemente. El coordinador de nuevo parece la figura que más pruebas usa a nivel global de todos los

bloques analizados. El Psicólogo/pedagogo, obtiene una media de 4.6 en generales, 2.1 en comunicación y lenguaje, y 0.1, 0.3, 1.3 en motor, familia y Tea respectivamente. Se observa una carencia de utilización de pruebas en esta figura que es responsable de la evaluación familiar y diagnóstico en los centros de AT. El Logopeda concluye con una media de uso de 4.3 en su área de especialización, un 1.9 en la de pruebas generales, un 1.1 en TEA y no puntúa en el área motora y familia. El Fisioterapeuta concluye de manera similar que el logopeda, puntúa 1.0 en generales y 1.2 en su área de especialización y luego no llega al punto de media en ninguna de las áreas restantes. Por último el estimulador obtiene 3.0 de media en generales, 1.4 en lenguaje y 0.6 en TEA y luego en motor y familia no obtiene puntuación.

nº: pruebas	30		13		4		6		8	
USO-Pruebas:	Generales	%	Lenguaje	%	Motor	%	Familia	%	Tea	%
	media		media		media		media		media	
<b>Categoría.contrato</b>										
Coordinador	7,4	24,6	4,0	26,7	0,6	15,6	0,9	14,6	3,3	40,6
Psicologo/Pedago	4,6	15,5	2,1	13,9	0,1	2,3	0,3	4,5	1,3	15,9
Logopeda	1,9	6,2	4,3	28,6	0,0	0,0	0,0	0,0	1,1	14,3
Fisioterapeuta	1,0	3,3	0,2	1,1	1,2	29,2	0,0	0,0	0,2	2,1
Estimulador	3,0	10,0	1,4	9,1	0,0	0,0	0,0	0,0	0,6	7,4
Otros	3,0	10,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
Total	3,6	12,0	2,1	14,1	0,2	5,9	0,2	3,0	1,1	14,1

Tabla nº15: Tanto por ciento y media de la muestra por categorías de contrato y uso de pruebas.

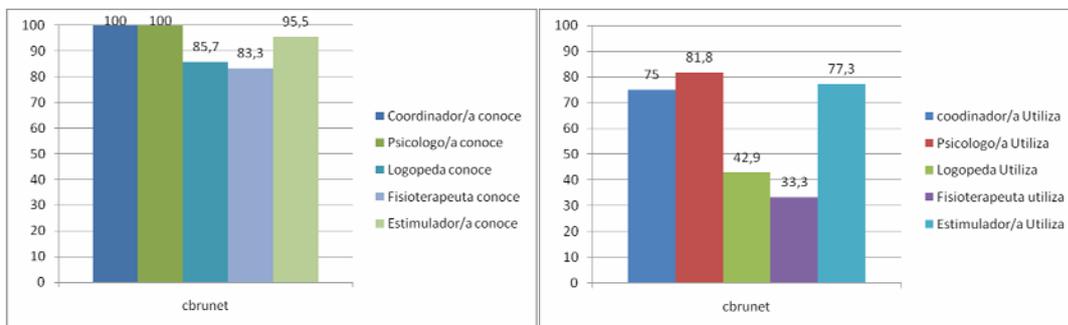
Pasaremos ahora a analizar los porcentajes de conocimiento y uso en relación a las categorías profesionales del Centro de AT (coordinador, psicólogo/pedagogo, logopeda, fisioterapeuta y estimulador) en relación a cada prueba individual y su clasificación (generales, comunicación y lenguaje, motoras, familia y evaluación y diagnóstico del trastorno del espectro autista). Comenzaremos en primer lugar con las pruebas infantiles generales de desarrollo. En la parte superior de la tabla encontramos las diferentes categorías, la primera columna corresponde a cada prueba. Por debajo esta el número de profesionales de cada categoría (n) y la tercera fila nos informa del %. Así pues podemos observar cada categoría profesional junto con el tanto por ciento de conocimiento y uso.

Categoría	Coord.	coord. Usa	Psi.	Psi. Usa	Logo.	Logo. Usa	Fisio	Fisio usa	Esti.	Esti. Usa
N	8		11		7		6		23	
% del N válido	%	%	%	%	%	%	%	%	%	%
cbrunet	100	75	100	81,8	85,7	42,9	83,3	33,3	95,5	77,3
ccolumbia	50	37,5	54,5	27,3	14,3	0	16,7	0	27,3	18,2
cbdi	100	100	90,9	72,7	71,4	57,1	83,3	50	90,9	72,7

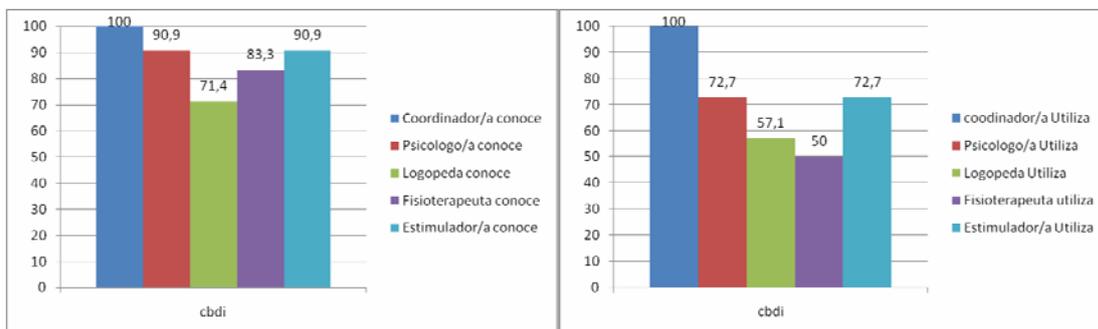
cNBAS	37,5	12,5	36,4	9,1	0	0	33,3	0,0	9,1	0,0
cbayley	87,5	37,5	36,4	9,1	28,6	0	33,3	16,7	31,8	0,0
cvineland	37,5	12,5	0	0	14,3	0	0,0	0,0	0,0	0,0
cportage	87,5	50	72,7	27,3	71,4	42,9	50,0	0,0	59,1	22,7
ccarolina	87,5	75	90,9	36,4	71,4	14,3	66,7	0,0	68,2	27,3
cgesell	12,5	0	9,1	0	14,3	0	16,7	0,0	18,2	0,0
cmccarthy	100	75	81,8	81,8	57,1	28,6	50,0	16,7	77,3	40,9
cdenver	50	0	9,1	0	0	0	0,0	0,0	9,1	0,0
chaiza	37,5	12,5	18,2	9,1	0	0	0,0	0,0	0,0	0,0
cleonhardt	25	0	18,2	9,1	0	0	0,0	0,0	9,1	4,5
czinkin	12,5	0	9,1	9,1	28,6	0	0,0	0,0	9,1	0,0
ckaufman	37,5	12,5	0	0	0	0	0,0	0,0	4,5	0,0
ccumanin	50	25	36,4	18,2	14,3	0	16,7	0,0	13,6	0,0
cidt	12,5	12,5	0	0	0	0	0,0	0,0	0,0	0,0
cdenverscr	25	0	9,1	0	0	0	0,0	0,0	0,0	0,0
cuzgiris	25	0	0	0	14,3	0	0,0	0,0	0,0	0,0
cidat	37,5	25	27,3	0	14,3	0	0,0	0,0	27,3	4,5
csecadas	75	37,5	36,4	0	0	0	0,0	0,0	22,7	4,5
cpicq	25	0	36,4	18,2	0	0	0,0	0,0	22,7	9,1
clauria	25	12,5	9,1	0	0	0	0,0	0,0	0,0	0,0
cepp	37,5	25	0	0	0	0	0,0	0,0	0,0	0,0
ckabc	37,5	37,5	27,3	9,1	0	0	0,0	0,0	4,5	0,0
ckbit	37,5	25	9,1	9,1	0	0	0,0	0,0	4,5	0,0
cmerrill	12,5	12,5	0	0	0	0	0,0	0,0	0,0	0,0
cfigura	50	25	45,5	9,1	28,6	0	0,0	0,0	22,7	0,0
cwipssi	87,5	25	72,7	36,4	42,9	0	16,7	0,0	40,9	18,2
cleiter	25	12,5	9,1	0	0	0	0,0	0,0	4,5	0,0

Tabla nº16: Tanto por ciento de conocimiento y uso de cada prueba individual y categorías de contrato (Pruebas generales)

A continuación añadimos las gráficas de conocimiento y uso por las distintas figuras profesionales para las pruebas: Brunet-Lezine y Battelle.



Gráficos nº: 8 y 9 : Conocimiento y uso de la Escala Brunet-Lezine para las distintas categorías profesionales.



Gráficos nº: 10 y 11 : Conocimiento y uso de la Escala BDI para las distintas categorías profesionales.

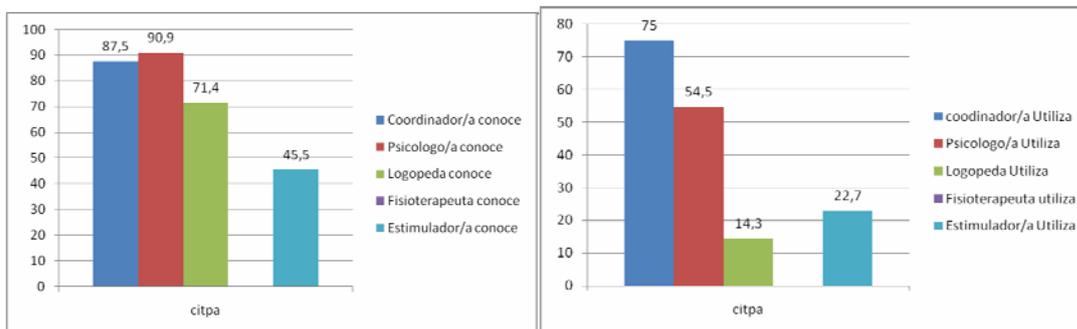
Seguiremos con la tabla confeccionada del mismo modo que la anterior para las pruebas de comunicación y lenguaje.

Categoría	Coor.	Coord. Usa	Psi.	Psi.Usa	Logo	Logo.usa	Fisio	Fisio.Usa	Esti.	Estim.usa
Recuento	8		11		7		6		23	
% del N válido	%	%	%	%	%	%	%	%	%	%
citpa	87,5	75	90,9	54,5	71,4	14,3	0	0	45,5	22,7
cmacarthur	62,5	37,5	27,3	18,2	85,7	71,4	16,7	0,0	36,4	9,1
creynell	25	12,5	9,1	0	42,9	14,3	0,0	0,0	13,6	0,0

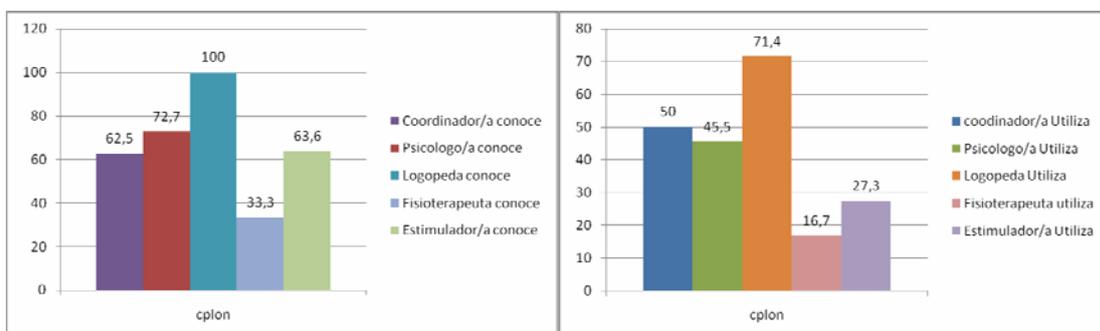
cplon	62,5	50	72,7	45,5	100	71,4	33,3	16,7	63,6	27,3
ccopian	0	0	0	0	0	0	0,0	0,0	0,0	0,0
cpeabody	75	50	72,7	45,5	85,7	42,9	33,3	0,0	50,0	13,6
ceco	37,5	37,5	9,1	0	14,3	14,3	0	0	13,6	9,1
cmonfort	62,5	37,5	45,5	18,2	85,7	85,7	0	0	36,4	27,3
ccsbs	37,5	37,5	18,2	18,2	14,3	14,3	0	0	4,5	0,0
cela	37,5	12,5	18,2	9,1	57,1	14,3	0	0	13,6	0,0
cedaf	12,5	0	0	0	42,9	42,9	0	0	22,7	9,1
celi	25	25	9,1	0	28,6	14,3	0	0	22,7	9,1
celce	50	25	9,1	0	57,1	28,6	0	0	18,2	9,1

Tabla nº17: Tanto por ciento de conocimiento y uso de cada prueba individual y categorías de contrato (Pruebas comunicación y lenguaje)

A continuación añadimos las gráficas de conocimiento y uso por las distintas figuras profesionales para las pruebas: ITPA y Plon-r.



Gráficos nº: 12 y 13 : Conocimiento y uso de la Escala ITPA para las distintas categorías profesionales.

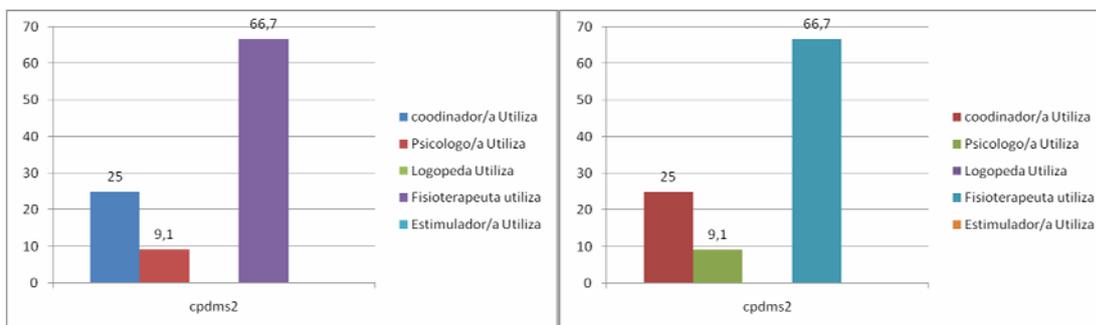


Gráficos nº: 14 Y 15 : Conocimiento y uso de la Escala PLON-R para las distintas categorías profesionales.

La siguiente tabla confeccionada del mismo modo que la anterior para las pruebas de evaluación motora.

Categoría	Coor.	coor.Usa	Psi	Psi.usa	Logo	Logo.Usa	Fisio	FisioUsa	Esti	Esti.Usa
Recuento	8		11		7		6		23	
% del N válido	%	%	%	%	%	%	%	%	%	%
cpdms2	62,5	25	18,2	9,1	14,3	0	66,7	66,7	13,6	0
cmfm	25	25	0	0	0	0	66,7	33,3	0,0	0
cpedi	12,5	12,5	0	0	0	0	33,3	16,7	4,5	0
caims	12,5	0	0	0	0	0	33,3	0	0	0

Tabla nº18: Tanto por ciento de conocimiento y uso de cada prueba individual y categorías de contrato (Pruebas evaluación motora)



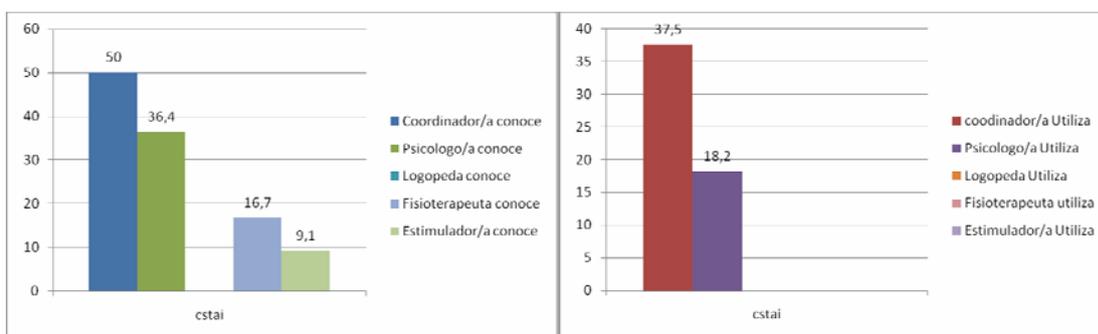
Gráficos nº: 16 Y 17 : Conocimiento y uso de la Escala de desarrollo motor PDMS-2 para las distintas categorías profesionales.

La tabla confeccionada del mismo modo que la anterior para las pruebas de familia.

categoría	Coor.	coord.Usa	Psi	PsiUsa	Logo	LogoUsa	Fisio	FisioUsa	Esti	EstiUsa
Recuento	8		11		7		6		23	
% del N válido	%	%	%	%	%	%	%	%	%	%
chome	37,5	25	27,3	9,1	0	0	0	0	9,1	0

cadibin	12,5	0	9,1	0	0	0	0	0	0	0
charms	12,5	0	0	0	0	0	0	0	4,5	0
cstai	50	37,5	36,4	18,2	0	0	16,7	0	9,1	0
ccea	25	12,5	0	0	0	0	0	0	0	0
cfes	25	12,5	18,2	0	0	0	0	0	0	0

Tabla nº19: Tanto por ciento de conocimiento y uso de cada prueba individual y categorías de contrato (Pruebas evaluación familia)

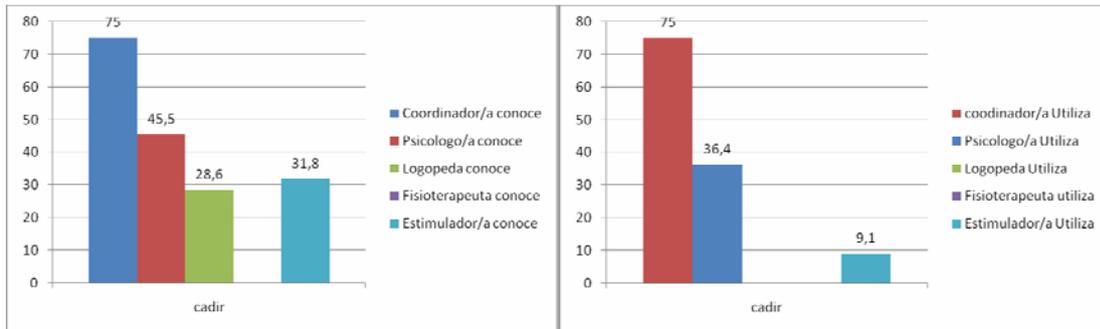


Gráficos nº: 18 y 19: Conocimiento y uso de la STAI para las distintas categorías profesionales.

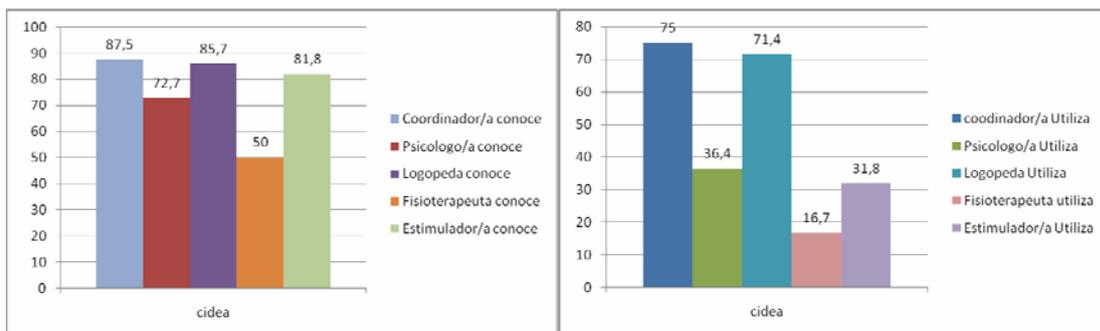
La tabla confeccionada del mismo modo que la anterior para las pruebas de Tea

categoría	Coord	coord.Usa	Psi	PsiUsa	Logo	LogoUsa	Fisio	FisioUsa	Esti	EstiUsa
n	8		11		7		6		23	
% del N válido	%	%	%	%	%	%	%	%	%	%
cscq	25	12,5	9,1	0	0	0	0	0	0	0
cadir	75	75	45,5	36,4	28,6	0	0	0	31,8	9,1
cados	50	37,5	18,2	9,1	14,3	0	0	0	22,7	0
cdisco	12,5	0	0	0	0	0	0	0	0	0
cgarsdos	37,5	25	9,1	9,1	28,6	14,3	0	0	0	0
cmchat	62,5	50	45,5	27,3	42,9	14,3	0	0	27,3	13,6
cidea	87,5	75	72,7	36,4	85,7	71,4	50	16,7	81,8	31,8
cacacia	62,5	50	45,5	9,1	14,3	14,3	33,3	0	22,7	4,5

Tabla nº20: Tanto por ciento de conocimiento y uso de cada prueba individual y categorías de contrato (Pruebas evaluación y diagnóstico TEA)



Gráficos nº: 20 y 21 : Conocimiento y uso de la Entrevista diagnóstica ADI-R para las distintas categorías profesionales.



Gráficos nº: 22 y 23 : Conocimiento y uso del inventario IDEA para las distintas categorías profesionales.

La tabla confeccionada del mismo modo que la anterior para las pruebas "Otras".

categoría	Coord	coord.Usa	Psi	PsiUsa	Logo	LogoUsa	Fisio	FisioUsa	Esti	EstiUsa
Recuento	8		11		7		6		23	
% del N válido	%	%	%	%	%	%	%	%	%	%
cpepr	12,5	0	0	0	0	0	0	0	0	0
caei	12,5	0	9,1	9,1	0	0	0	0	0	0
cboehm	25	25	27,3	18,2	57,1	14,3	0	0	13,6	0
cvallet	12,5	0	9,1	0	0	0	0	0	4,5	0
cpeft	12,5	0	0	0	0	0	0	0	0	0
ccata	25	0	18,2	0	0	0	0	0	0	0
cfrostig	25	12,5	18,2	18,2	28,6	0	0	0	9,1	4,5
cnac	0	0	9,1	9,1	28,6	0	0	0	0	0

Tabla nº21: Tanto por ciento de conocimiento y uso de cada prueba individual y categorías de contrato (Pruebas "otras")

A continuación seleccionamos las pruebas más conocidas y utilizadas teniendo en cuenta únicamente su tanto por ciento de frecuencia.

Se observa que las diez pruebas más conocidas son:

**Conocimiento:**

<b>Clasificación</b>	<b>Pruebas</b>
<b>Pruebas de evaluación infantil generales de Desarrollo</b>	Escala de desarrollo psicomotor de la primera infancia de <b>Brunet-Lezine</b> Inventario de Desarrollo <b>BattelleBDI</b> <b>Guía Portage</b> de la educación preescolar Curriculum <b>Carolina</b> , Escala de Aptitudes y Psicomotricidad para Niños de <b>McCarthy</b> , Escala de inteligencia Wechsler. <b>WIPSSI</b>
<b>Pruebas de comunicación y lenguaje</b>	Test de Illinois de Aptitudes Psicolingüísticas <b>ITPA</b> , <b>Plon o Plon-R</b> Prueba de lenguaje oral navarra, Test de vocabulario en imágenes <b>Peabody</b>
<b>Pruebas de evaluación del desarrollo motor</b>	-
<b>Pruebas que valoran aspectos relacionados con la familia y el entorno</b>	-
<b>Pruebas específicas de la evaluación y diagnóstico del TEA</b>	<b>IDEA</b> Inventario del espectro autista
<b>Otras</b>	-

Tabla nº22: recuento de las 10 pruebas más conocidas por los encuestados y la clasificación a la que pertenece.

Se observa que las diez pruebas más usadas son:

**Uso:**

Clasificación	Pruebas
Pruebas de evaluación infantil generales de Desarrollo	Escala de desarrollo psicomotor de la primera infancia de <b>Brunet-Lezine</b> Inventario de Desarrollo <b>BatelleBDI</b> , <b>Guía Portage</b> de la educación preescolar Curriculum <b>Carolina</b> Escala de Aptitudes y Psicomotricidad para Niños de <b>McCarthy</b>
Pruebas de comunicación y lenguaje	Test de Illinois de Aptitudes Psicolingüísticas <b>ITPA</b> , <b>Plon o Plon-R</b> Prueba de lenguaje oral navarra, Test de vocabulario en imágenes <b>Peabody</b> , Registro fonológico inducido de <b>M. Monfort</b>
Pruebas de evaluación del desarrollo motor	-
Pruebas que valoran aspectos relacionados con la familia y el entorno	-
Pruebas específicas de la evaluación y diagnóstico del TEA	<b>IDEA</b> Inventario del espectro autista
Otras	-

Tabla nº23: recuento de las 10 pruebas más usadas por los encuestados y la clasificación a la que pertenece.

Se puede advertir que prácticamente las pruebas más conocidas son también las que mayor porcentaje de uso tienen en los centros. Exceptuando la WIPSI que se encuentra como la décima prueba más conocida pero luego pasa al puesto número quince en relación a su uso (posiblemente por la edad de utilización, es a partir de los 4 y en los centros de AT se trabaja habitualmente, (ver análisis de muestra), con niños más pequeños). Del mismo modo el registro fonológico de M. Monfort se encuentra en la onceava posición en cuanto a conocidas pero luego la hallamos en octava posición entre las más utilizadas. Así pues se puede concluir que son las pruebas de evaluación general, seguidas de las de comunicación y lenguaje son las más conocidas y utilizadas en los centros de AT.

Debido al alto número de pruebas y con el objetivo de poder analizar con mayor facilidad cada una de las pruebas, las hemos separado en 3 rangos dependiendo del porcentaje válido de cada una de ellas:

Rango I : 51-100 %	Rango II : 26-50 %	Rango III : 0-25 %
--------------------	--------------------	--------------------

Así pues en la siguiente gráfica encontramos las pruebas que se encuentran con los mayores porcentajes de conocimiento entre nuestra muestra.

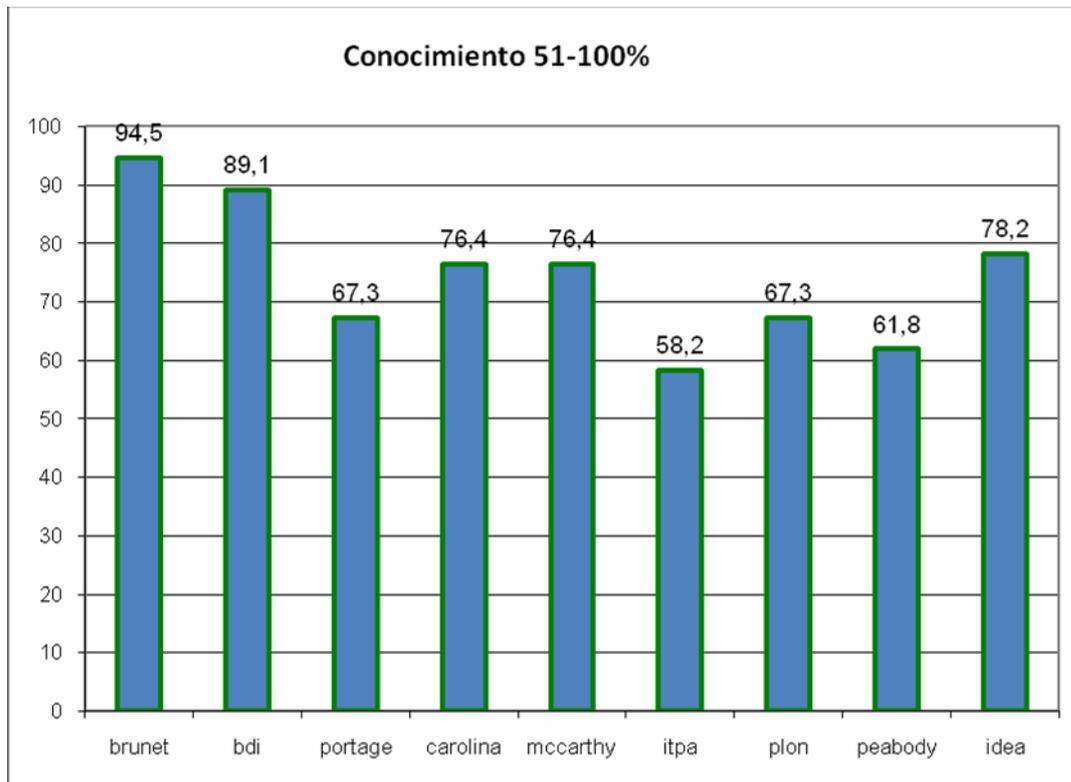


Gráfico nº: 24: Porcentajes de conocimiento entre el 51-100%

En los gráficos nº 25 y 26 podemos observar las pruebas que se hallan entre el 26-50% y el 0-25 %. Acertamos a decir que el grueso de las pruebas se encuentra en el último apartado (0-25%), con lo que se concluye que un elevado porcentaje de las pruebas que se presentaron en el cuestionario son poco conocidas por parte de la muestra.

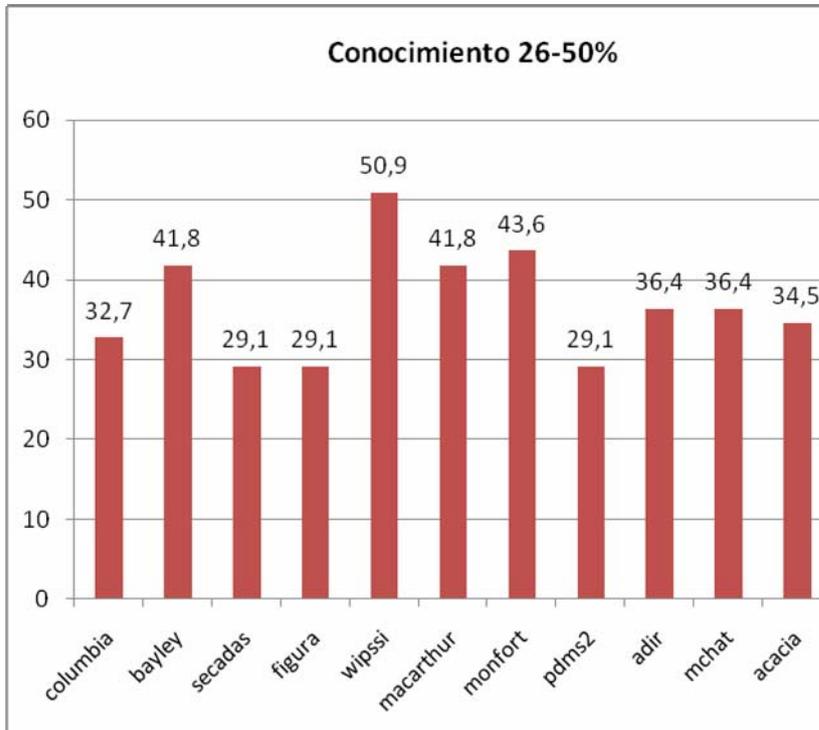


Gráfico nº: 25: Porcentajes de conocimiento entre el 26-50%

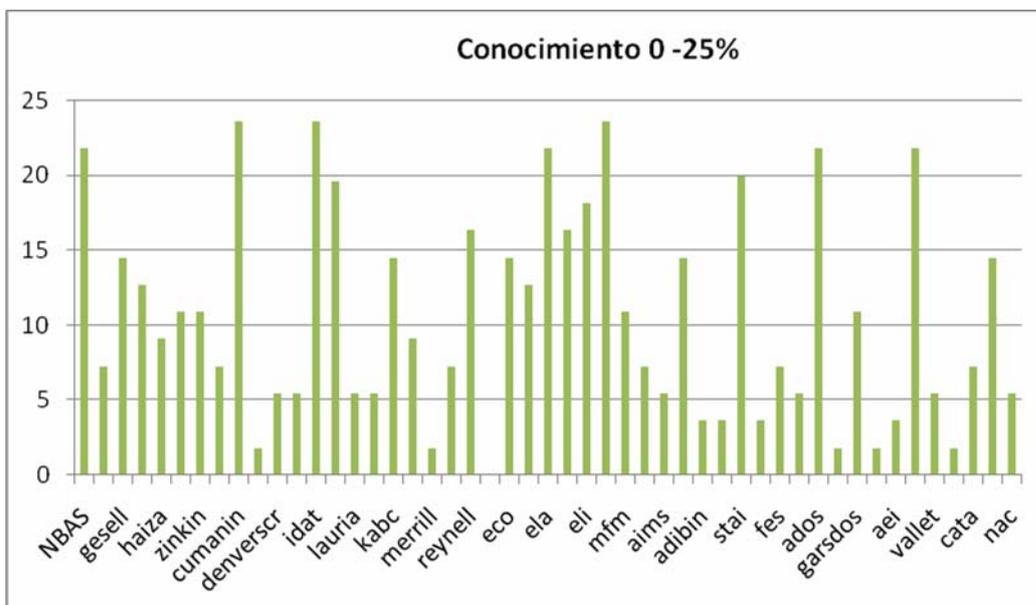


Gráfico nº: 26: Porcentajes de conocimiento entre el 0-25%

De nuevo, y ahora en relación a su uso, divididos en tres rangos las pruebas según su porcentaje válido de su utilización en los centros obteniendo los siguientes resultados. En el Gráfico nº: 27 observamos que únicamente dos pruebas superan el 51% de uso por los profesionales. Estas son la Escala de desarrollo psicomotor de la primera infancia de Brunet-Lezine y el Inventario de Desarrollo Batelle BDI.

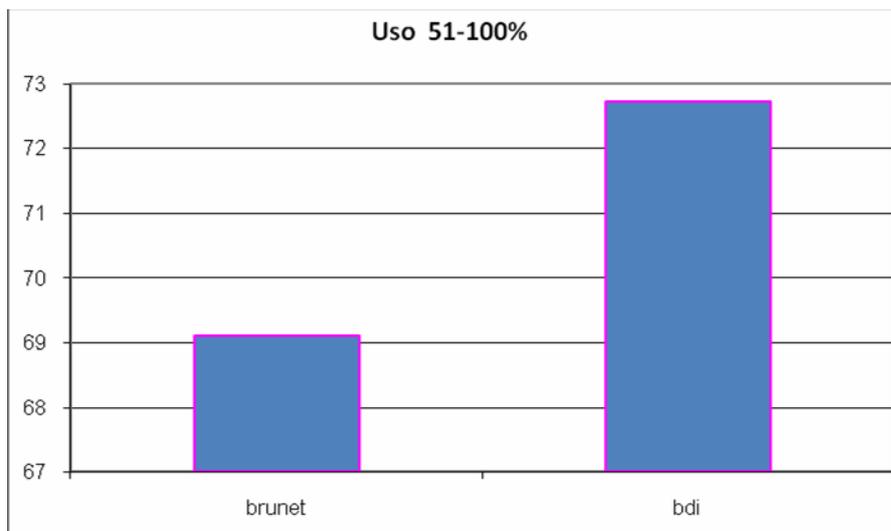


Gráfico nº: 27: Porcentajes de conocimiento entre el 51-100%

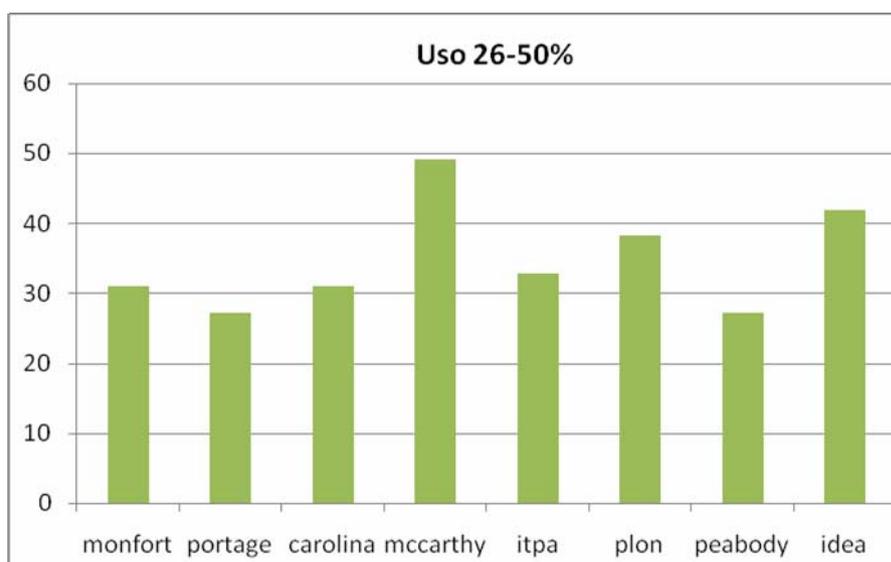


Gráfico nº: 28: Porcentajes de conocimiento entre el 26-50%

Se puede observar en la siguiente gráfica que el grueso de las pruebas se sitúa en el tramo (0-25%).

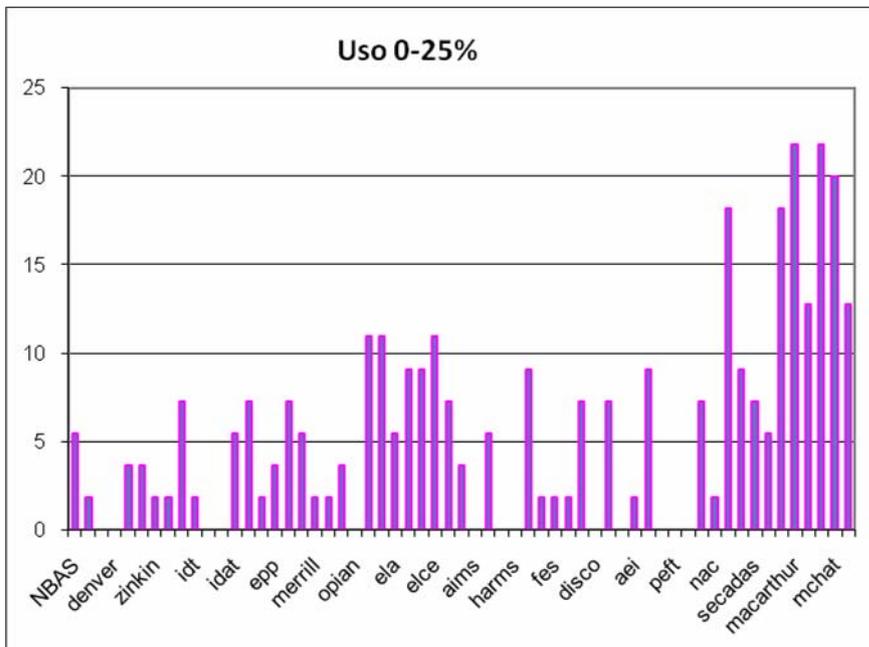


Gráfico nº: 29: Porcentajes de conocimiento entre el 0-25%.

En el gráfico N°30 se compara las pruebas que se sitúan en una horquilla de porcentaje 51-100% de conocimiento por parte de los diferentes profesionales y el porcentaje de uso que tienen.

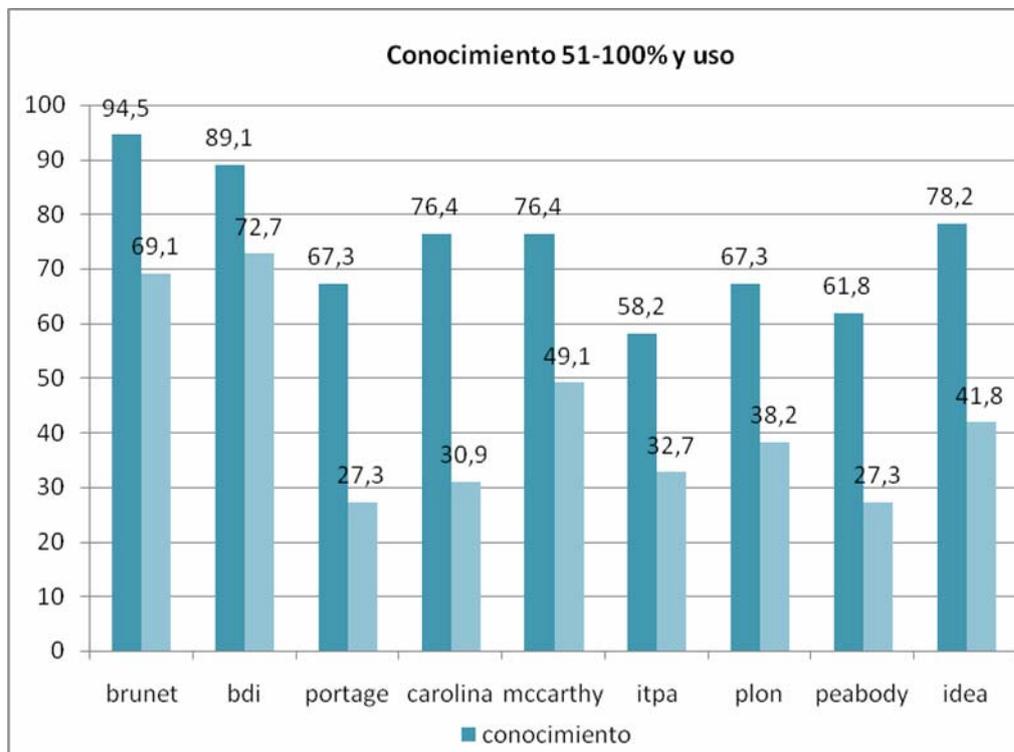


Gráfico nº: 30: Comparación conocimiento pruebas (51-100%) con su uso.

La siguiente cuestión corresponde al Bloque III pregunta nº3 del cuestionario donde, se insta al encuestado/a seleccionar la frecuencia de uso y el grado de satisfacción que tiene de cada una de las pruebas que utiliza en el Centro de AT. Tanto Frecuencia como satisfacción se valoran en una escala tipo Likert del 1 al 5, donde 1 es la menor frecuencia de uso y la menor satisfacción y 5 es la mayor frecuencia y la mayor utilización.

Frecuencia	Satisfacción
1. Se utiliza una o dos veces al año.	1. Nada
2. Se utiliza entre 3 y 6 veces al año.	2. Poco
3. Se utiliza entre 3 y 6 veces al semestre	3. Regular
4. Se utiliza entre 3 y 6 veces al mes.	4. Bien
5. Se utiliza varias veces a la semana.	5. Mucho

Tabla nº 23: Escala de frecuencia y satisfacción utilizada en el cuestionario

Para intentar abreviar y por motivos obvios de espacio hemos elegido las pruebas más utilizadas en cada grupo de clasificación. (Dentro del CD anexo se encuentran desarrolladas tablas para la totalidad de las pruebas). De este modo cruzaremos la satisfacción de cada prueba con su frecuencia de uso por los profesionales de 2 pruebas generales de desarrollo, 2 de comunicación y lenguaje, 1 de evaluación motora, 1 de evaluación de familia y 2 de evaluación y diagnóstico de TEA.

		sbrunet_S				Total
		Poco	Regular	Bien	Mucho	
sbrunet_	una o dos veces al año	0	2	2	0	4
F	entre 3 y 6 veces al año	0	0	3	0	3
	entre 3 y 6 veces al semestre	1	1	5	2	9
	entre 3 y 6 veces al mes.	2	3	4	3	12
	varias veces a la semana	0	3	5	1	9
Total		3	9	19	6	37

Tabla nº 24: Cruce entre frecuencia de uso y satisfacción de la escala Brunet-Lezine.

		sbdi_S				Total
		Poco	Regular	Bien	Mucho	
sbdi_F	una o dos veces al año	1	2	3	1	7
	entre 3 y 6 veces al año	0	0	1	3	4
	entre 3 y 6 veces al semestre	0	3	6	1	10
	entre 3 y 6 veces al mes.	2	3	7	1	13
	varias veces a la semana	0	1	2	2	5
Total		3	9	19	8	39

Tabla nº 25: Cruce entre frecuencia de uso y satisfacción del inventario de desarrollo BDI.

		sitpa_S					Total
		Nada	Poco	Regular	Bien	Mucho	
sitpa_F	una o dos veces al año	0	1	2	1	0	4
	entre 3 y 6 veces al año	1	1	4	0	1	7
	entre 3 y 6 veces al semestre	0	0	0	2	1	3
	entre 3 y 6 veces al mes.	0	0	0	2	0	2
Total		1	2	6	5	2	16

Tabla nº 26: Cruce entre frecuencia de uso y satisfacción de la escala ITPA.

		splon_S				Total
		Poco	Regular	Bien	Mucho	
splon_F	una o dos veces al año	0	1	1	0	2
	entre 3 y 6 veces al año	2	0	3	0	5
	entre 3 y 6 veces al semestre	1	0	4	1	6
	entre 3 y 6 veces al mes.	0	4	2	1	7
Total		3	5	10	2	20

Tabla nº 27: Cruce entre frecuencia de uso y satisfacción del PLON-R .

		spdms2_S			Total
		Regular	Bien	Mucho	
spdms2_F	entre 3 y 6 veces al año	0	1	0	1
	entre 3 y 6 veces al semestre	0	3	0	3
	entre 3 y 6 veces al mes.	1	1	1	3
Total		1	5	1	7

Tabla nº 28: Cruce entre frecuencia de uso y satisfacción de la escala de desarrollo motor PDMS-2.

		sstai_S				Total
		Poco	Regular	Bien	Mucho	
sstai_F	entre 3 y 6 veces al año	1	0	0	0	1
	entre 3 y 6 veces al semestre	0	0	1	0	1
	varias veces a la semana	0	1	1	1	3
Total		1	1	2	1	5

Tabla nº 29: Cruce entre frecuencia de uso y satisfacción del STAI.

		sidea_S					Total
		Nada	Poco	Regular	Bien	Mucho	
sidea_F	una o dos veces al año	0	0	2	2	1	5
	entre 3 y 6 veces al año	0	1	0	1	0	2
	entre 3 y 6 veces al semestre	1	0	3	5	0	9
	entre 3 y 6 veces al mes.	0	0	1	5	0	6
	varias veces a la semana	0	0	0	0	1	1
Total		1	1	6	13	2	23

Tabla nº 30: Cruce entre frecuencia de uso y satisfacción del inventario IDEA.

		sadir_S			Total
		Regular	Bien	Mucho	
sadir_F	una o dos veces al año	1	0	0	1
	entre 3 y 6 veces al semestre	0	4	0	4
	entre 3 y 6 veces al mes.	0	5	2	7
Total		1	9	2	12

Tabla nº 31: Cruce entre frecuencia de uso y satisfacción de la entrevista diagnóstica ADI-R.

La última cuestión a analizar es la que corresponde al Bloque III Pregunta nº4. Aquí nuestro objetivo es conocer si existe alguna prueba que el profesional que esta rellenando el cuestionario utilice en su centro pero que no ha hallado en el listado que le hemos ofrecido.

Han sido 10 los encuestados del total de 55 los que si utilizan alguna prueba que no encontraron en el listado. Las pruebas están recogidas en la tabla siguiente. En total

han sido 9 las aportadas por los profesionales. Comentar que se trata de tres pruebas de evaluación del lenguaje (Token test, Prueba de valoración de la percepción auditiva, TSA), dos escalas de valoración motora (Escala de valoración de le Métayer, la GMFM), un prueba de valoración específica del juego simbólico (Test de juego simbólico de Lowe y Costello) y tres pruebas muy específicas de la evaluación de niños con déficits visuales (Escala de madurez social para niños ciegos, Test de inteligencia para niños ciegos o con defectos en la visión (Williams), Escala KEPHART).

Escalas	Clasificación
1. Token test	Área Comunicación y lenguaje
2. GMFM	Área motora
3. Prueba de valoración de la percepción auditiva. (Cosialls, Gotzens)	Área Comunicación y lenguaje
4. Escala de valoración de le Métayer	Área motora
5. Test de juego simbólico de M. Lowe y A. Costello	Área cognitiva
6. Escala de madurez social para niños ciegos en edad escolar (Maxfield- Buccholz), ONCE	Área cognitiva
7. Test de inteligencia para niños ciegos o con defectos en la visión (Williams), ONCE.	Área cognitiva
8. Escala KEPHART (Kephart ,J.G. y Kephart, Ch.P.) para la evaluación de la consistencia personal y del entorno.	
9. TSA. El desarrollo de la morfosintaxis en el niño (aguado)	Área comunicación y lenguaje

Tabla nº 32: Pruebas utilizadas en los centros de AT que no estaban recogidas en el listado del cuestionario.

## CAPÍTULO VI CONCLUSIONES Y CONSIDERACIONES FINALES

El trabajo de recogida de los datos de esta investigación se realizó desde la segunda semana de Julio de 2009 (momento en que se envían los correos electrónicos a los profesionales de los centros de AT) hasta la primera semana de Septiembre (donde se vacía la base de datos que contienen los cuestionarios hasta esa fecha recogidos). Debemos considerar, las fechas críticas de la recogida de datos (la mayoría de los centros de AT cierran a mitad de julio por vacaciones estivales), aun así, se recogieron 55 cuestionarios hasta que cerramos el plazo final, fijado por nosotros de inicio de análisis. Si nos gustaría advertir que los cuestionarios siguen llegando a nuestra base de datos con lo que posteriores análisis podrán ser realizados.

En relación a la muestra de la que se han obtenido los datos, diríamos que proviene mayoritariamente de la provincia de Valencia, de centros gestionados principalmente por asociaciones, fundaciones o ayuntamientos. Estos profesionales en sus centros atienden mayoritariamente entre 61 y 80 niños/niñas de una edad preferentemente entre los 0 a 4 años y utilizan el modelo interdisciplinar.

La premura de tiempo a la hora de presentar este informe y las fechas en las que ha estado operativa la página web de recogida de información, limita el número de encuestas y consecuentemente las posibilidades de generalización. No obstante podemos resumir los puntos más importantes en los siguientes apartados:

- a) Respecto a las dotaciones presupuestarias dedicadas a la adquisición de pruebas de evaluación. Un dato que nos llama la atención, es que los Centros no poseen presupuesto específico para pruebas. Un 60% de los encuestados afirma no tener presupuesto específico para la compra de este tipo de pruebas. Una posible línea de actuación sería la negociación con la Conselleria de Bienestar Social de la que dependen todos los Centros para que incluyera en el presupuesto anual alguna partida presupuestaria que permita a los profesionales la compra de pruebas.

- b) Respecto a la formación de los profesionales, todos ellos tienen una formación universitaria reglada (Psicólogos, Pedagogos, Psicopedagogos, logopedas, fisioterapeutas, maestros) En general observamos que cada categoría profesional se ajusta a los estudios o la formación universitaria correspondiente excepto en la categoría profesional “estimulador” donde no existe relación directa entre estudios y cargo, donde observamos que este puesto es un “cajón desastre”, donde encontramos realizando las funciones específicas de estimulación a psicólogos, pedagogos, logopedas, fisioterapeutas, maestros o terapeutas ocupacionales. Esto es debido a que por una parte no existe ninguna titulación específica de Atención Temprana y por otra la administración lo único que exige para este puesto, (estimulador) es que tenga mínimo una diplomatura. La figura profesional con más experiencia y que parece tener más información de las pruebas de diagnóstico y evaluación es el coordinador que a su vez suele tener formación de psicólogo, formación de postgrado y más años de experiencia trabajando en esta área.

Existe una cierta especialización de forma que las pruebas del área de lenguaje son más conocidas por los logopedas, las de desarrollo motor por los fisioterapeutas, etc. No obstante, la figura del coordinador es la que en términos genéricos mejor información tiene.

- c) Respecto a la experiencia: Observamos que existen dos grupos, uno más numeroso con más de cinco años de experiencia y otro con menos de cuatro años. Esta distribución puede ser consecuencia de lo limitado de la muestra pero también puede obedecer al llamado cambio generacional.
- d) En general se utilizan pocas pruebas para apoyar la evaluación en los centros de atención temprana. Especialmente en el Área de familia, evaluación y diagnóstico de TEA y evaluación del área motora. Existe una diferencia lógica entre el número de pruebas conocidas y el de utilizadas, en unos casos debido a que la información de las pruebas puede derivar incluso de la formación universitaria básica y en otros,

por el contrario puede justificarse su escaso uso por la falta de presupuesto para la adquisición de las mismas.

- e) Aunque se hace un gran hincapié en trabajar con los contextos familiares en atención temprana, sorprende el escaso número de cuestionarios de los que se disponen. La mayoría de ellos no se distribuyen comercialmente o no se ajustan a las necesidades de la atención temprana, en consecuencia llegan pocos a los centros y a los profesionales de atención temprana.

A nivel de conclusión general, con todas las limitaciones derivadas del escaso número de cuestionarios, creemos que refleja con cierta aproximación la realidad de esta área. Se hace evidente la necesidad de acciones formativas y de investigación en varias líneas:

- a) Desarrollo de instrumentos de recogida de información sobre la familia que permita evaluar el riesgo de desestructuración. Estos instrumentos deberían estar vinculados con modelos de intervención preventiva para evitar los posibles problemas derivados del shock emocional recibido.
- b) Desarrollo de sistemas de “screening”, detección precoz de trastornos específicos como los TEA y formación en su uso, con la finalidad de detectar de la forma más precoz posible estos problemas y poder intervenir.
- c) Creemos que todos los instrumentos deben estar apoyados en herramientas de gestión informatizadas para facilitar tanto la aplicación en el caso de hacerlo a niños pequeños, como la gestión de la información.

## BIBLIOGRAFÍA

Appleton, R., Clifton, R. K., & Goldberg, S. Behavioral competence in infancy. In F. D. Horowitz (Ed.), *Review of child development research* (Vol. 5). Chicago: University of Chicago Press, 1975

Anastasi A., Urbina S. (1998). México : Prentice Hall, cop.

Ballesteros, F. (1992). *Introducción a la evaluación psicológica*. Madrid: Piramide.

Bijou, S. B. (1978). *Behavior analysis of child development*. . NY: Prentice-hall.

Buchanan T, Smith JL. Research on the Internet: validation of a World-Wide Web mediated personality scale. *Behavioural Research Methods in Instrumental Computing*. 1999;31:565–71. *Medical Journal*. 1997;315:529

Buela-Casal G., S. J. (1997). *Manual de evaluación psicológica*. Siglo XXI editores.

C.Selltiz, L. S. (1980). *Metodos de investigación en la relaciones sociales*. Rialp, 3ed.

Claire, S., Lawrence, W., & Sturart, W. (1980). *Metodos de investigación en las relaciones sociales*. Madrid: Rialp.

Confederación Española de Organizaciones a favor de las personas con Discapacidad Intelectual (2001). *Atención Temprana. Orientaciones para la buena calidad. Manual de Buena Práctica*. Madrid FEAPS

Cronbach, L. (1990). *Esentials of psychological testing*. New York: Harper and Row.

Díaz de Rada, V. (2000). Utilización de las nuevas tecnologías para el proceso de recogida de datos en la investigación social mediante encuesta. *Revista Española de investigaciones sociológicas* , 137-66.

Edwards, A. (1957 ). *Techniques of attitude scale construction*. Nueva York: Appleton-Century-Crofts.

Fernandez Ballesteros, R. (1992) Los autoinformes. En R. Fernandez Ballesteros (dir), *Introducción a la evaluación psicológica* (vol 1) Madrid. Pirámide.

Fernandez Ballesteros, R. (1992b) Introducción a la evaluación psicológica. Madrid. Piramide.

Grupo de Atención Temprana (GAT),(2000). *Libro Blanco de Atención Temprana*. Madrid: Real Patronato sobre Discapacidad.

Grupo de Atención Temprana (GAT). Recomendaciones técnicas para el Desarrollo de la Atención Temprana. Madrid: Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales. Real Patronato sobre Discapacidad.

Guralnick M.J. (1997) The effectiveness of Early Intervention. Baltimore. Paul H Brookes Publishing Co.

Guralnick M.J. (1989). Recent developments in Early Intervention Efficacy Research: Implications for family involvement.

Gutierrez C. P. (ed.) (2005). Atención Temprana: Prevención, detección e intervención en el desarrollo (0-6 años) y sus alteraciones. Ed. Complutense.

Harris D. B. (1957) The concept of development. Minneapolis. University of Minnesota Press

Harms, T. Clifford, R.M. (1980). The Early Childhood Environment Scale, New York, Teachers College Press (Traducción castellana: Escala de valoración del ambiente en la infancia temprana. Madrid, 1990: Visor

Hunt, J.M. (1961) Intelligence and experience. New York; Ronald Press

Johnson, D. L. & Walker, T. (1991). The Houston Parent-child development Center Project: School Performance. *Journal of Early Intervention*. Pag. 226-236

Kaplan Robert M., Saccuzzo Dennis P. (2006) Pruebas psicológicas : principios, aplicaciones y temas. 6a ed. México, D.F. : Thomson.

Karl R. White, Efficacy of Early Intervention. *The Journal of Special Education*, Vol. 19, No. 4, 401-416 (1985) DOI: 10.1177/002246698501900405

Katja Lozar Manfreda, Vasja Vehovar, and Valentina Hlebec Collecting Ego-centred Network Data via the Web *Metodološki zvezki*, Vol. 1, No. 2, 2004, 295-321

Krantz, J. H., & Dalal, R. (2000). *Krantz, J. H. & Dalal, R. (2000). Validity of Web-based Psychological Research. En M. H. Psychological Experiments on the Internet*. San Diego:

Krantz, J. H. & Dalal, R. (2000). *Validity of Web-based Psychological Research*. En M.Academic Press.

Krantz JH, Ballard J, Scher J. Comparing the results of laboratory and World-Wide Web samples on the determinants of female attractiveness. *Behavioural Research Methods in Instrumental Computing*. 1997;29:264–9.

Lera Rodríguez M.J. Calidad de la Educación Infantil: Instrumentos de evaluación Universidad de Sevilla. *Revista de Educación*, 343. Mayo-agosto 2007, pp. 301-323

Martínez G. R., M. M. (2004). El uso de técnicas de investigación en línea: desde el análisis de logs hasta la encuesta electrónica. *Libro de actas del III Congreso de Metodología de Encuestas [Recurso electrónico]*. Granada: Andreu, J; Padilla, J.L; y Rueda, M<sup>a</sup> del Mar.

Martorell, M. (1988). *Técnicas de evaluación psicológica*. Valencia : Promolibro.

Mehta, R. & Sivadas, E. (1995) Comparing response rates and response content in mail versus electronic surveys. *Journal of Market Research Society*, 37(4), pp. 429-440

National Association for the Education of Young Children (NAEYC) & the National Association of Early Childhood Specialists in State Departments of Education (NAECS/SDE). (2003, November). Position Statement: Early childhood curriculum, assessment, and program evaluation: Building an effective, accountable system in programs for children birth through age 8. Washington DC: NAEYC.

Pelechano, V. (1988). *Del psicodiagnóstico clásico al análisis ecopsicológico. Vol III: El acercamiento psicométrico tradicional*. Valencia: Alfaplus.

Pelechano, V. (1988). *Del psicodiagnóstico clásico al diagnóstico ecopsicológico*. Valencia: Alfaplus.

Pelechano, V. (1976). *Psicodiagnóstico*. Madrid: Uned.

Pérez-López J. Brito de la Nuez A.G. (coord.) *Manual de Atención Temprana*. 2004. Madrid. Ediciones Pirámide.

Ponte, J.; Cardama, J.; Arlanzón, J.L.; Belda, J.C.; González, T.; Vived, E. *Guía de Estándares de Calidad en Atención Temprana*. IMSERSO

Ranchod, A. Y Zhou, F. (2001), Comparing respondents of email and mail surveys: understanding the implications of technology, *Marketing Intelligence & Planning*, vol19, nº 4, pp. 254-262

Risso A. ¿Experimentos psicológicos a través de internet? Anuario de Psicología.2001  
vol32 nº2 109-116

Roger, T. B. (1995). *The psychological testing Enterprise. An introduction.* . Brooks/Cole  
Publishing Company.

Samuel J. Meisels (1985). The Efficacy of Early Intervention. Why Are We Still Asking  
This Question? University of Michigan. Topics in Early Childhood Special Education, Vol.  
5, No. 2, 1-11

Shonkoff, J., & Meisels, S. (2000). *Handbook of Early Childhood Intervention.*  
Cambridge: Cambridge University Press.

Senior C, Phillips ML, Barnes J, David AS. An investigation into the perception of  
dominance from schematic faces: a study using the World-Wide Web.  
BehaviouralResearchMethods in Instrumental Computing. 1999;31:341–6.

Silva, F. (1982). *Introducción al psicodiagnóstico.* Valencia : Promolibro.

Tamarit, J. (1992). “El Autismo y las Alteraciones de la Comunicación en la Infancia y  
Adolescencia. Intervención Educativa”.

Taylor, H. (2000). Does Internet research work? Comparing online survey results with  
telephone survey. *Taylor, H. (2000), Does Internet research work? Compar*  
*International Journal of Market Research, Vol. 42, Nº1 , 5163.*

Tse, A.C.B. (1998) Comparing the response rate, response speed and response quality  
of two methods of sending questionnaires: email vs mail. *Journal of the Market  
Research Society, 40(4), pp. 353362.*

Wyatt, J. C., & Eysenbach, G. (2002). Using the Internet for Surveys and Health  
Research . *Journal of Medical Internet Research .*

Wyatt J C. When to use web-based surveys. *J Am Med Inform Assoc. 2000;7(4):426–9*



## ANEXOS

Los diferentes anexos se han recogido en formato xdoc (office 2007) en un CD que acompaña el trabajo. A continuación se encuentra el listado de todos los documentos que lo componen.

1. **Anexo nº1** Presentación del cuestionario
2. **Anexo nº2** Cuestionario final desplegado
3. **Anexo nº3** Listado de pruebas incluidas en el cuestionario
4. **Anexo nº4** Tabla de frecuencias de conocimiento y utilización de cada prueba individual.
5. **Anexo nº5** Tabla de frecuencia en relación a su uso temporal en el Centro de AT, en cada prueba individualmente
6. **Anexo nº6** Tabla de frecuencias en relación a la satisfacción de cada prueba individual.
7. **Anexo nº7** Tabla personalizada por frecuencia de uso (archivo spss)

8. **Anexo nº8**Tabla personalizada por satisfacción de uso (archivo spss)