Cuerpo de Técnicos Superiores de Salud Pública, especialidad de Psicología (A1) — Comunidad de Madrid

Temario específico · Tema de muestra · Programa de la Orden 3022/2024 (anexo corregido, BOCM 5-6-2025)

# Tema 35 (temario específico)

## La Atención Temprana. Perspectiva histórica y evolutiva. Conceptualización, definición, objetivos, niveles de intervención. Principios de actuación. El Centro Regional de Coordinación y Valoración Infantil (CRECOVI): Competencias y funciones.

**MUESTRA GRATUITA · tema completo**

*Tema completo de muestra, desarrollado íntegramente como en el temario y actualizado al nuevo marco autonómico: el Decreto 76/2025, de 1 de octubre, de Atención Temprana en la Comunidad de Madrid (BOCM de 13 de octubre de 2025), que sustituye al Decreto 46/2015, y el Protocolo de coordinación de diciembre de 2025. El temario completo incluye además la colección de test de cada tema con solución razonada y la app interactiva.*

## Introducción

La Atención Temprana (AT) es uno de los ámbitos en los que la Psicología pública de la Comunidad de Madrid tiene un papel más visible: el psicólogo forma parte del equipo que valora la necesidad de AT en el CRECOVI, de las unidades de valoración de los centros base y de los equipos de los centros de atención temprana. El tema exige dominar tres planos que el tribunal suele combinar: el conceptual (qué es la AT, de dónde viene y qué persigue), el técnico (niveles de intervención y principios) y el organizativo-normativo propio de la Comunidad de Madrid (CRECOVI, procedimiento y red pública).

El documento de referencia para los tres primeros planos sigue siendo el Libro Blanco de la Atención Temprana, elaborado por el Grupo de Atención Temprana (GAT) y publicado por el Real Patronato sobre Discapacidad en el año 2000. Para el plano autonómico, el opositor debe conocer la evolución desde el Decreto 46/2015, de 7 de mayo —que es el que todavía cita el epígrafe 34 del programa— hasta el vigente Decreto 76/2025, de 1 de octubre.

## 1. Perspectiva histórica y evolutiva

### 1.1. De la estimulación precoz a la atención temprana

Las primeras experiencias sistemáticas surgen en las décadas de 1960 y 1970 bajo la denominación de «estimulación precoz». El modelo era fundamentalmente rehabilitador y centrado en el niño: un profesional aplicaba programas de ejercicios para compensar un déficit ya diagnosticado (síndrome de Down, parálisis cerebral, deficiencias sensoriales), y la familia era una mera receptora de pautas.

La evolución posterior responde a tres cambios de fondo. En primer lugar, el avance de la neurociencia y el concepto de plasticidad cerebral: los primeros años son un periodo de máxima maleabilidad del sistema nervioso, de modo que la intervención temprana puede modificar el

curso del desarrollo y no solo compensarlo. En segundo lugar, los modelos teóricos que sitúan el desarrollo en su contexto. En tercer lugar, el cambio social en la concepción de la discapacidad, que pasa del modelo médico-rehabilitador al modelo social y de derechos.

### 1.2. Los modelos teóricos de referencia

- **Modelo ecológico (Bronfenbrenner):** el niño se desarrolla dentro de sistemas anidados (micro, meso, exo y macrosistema). La intervención no puede limitarse al niño: debe actuar sobre la familia, la escuela infantil y el entorno comunitario.
- **Modelo transaccional (Sameroff y Chandler):** el desarrollo es el resultado de interacciones continuas y bidireccionales entre el niño y su entorno. Las características del niño modifican la conducta de los cuidadores y estas, a su vez, modifican el desarrollo del niño.
- **Modelo centrado en la familia (Dunst y otros):** la familia deja de ser receptora para convertirse en protagonista. Se trabaja sobre sus prioridades, sus recursos y sus rutinas, buscando su capacitación (empowerment) para que sea el principal agente del desarrollo del niño.
- **Intervención en entornos naturales:** los aprendizajes se generalizan mejor cuando se producen en las actividades y rutinas de la vida cotidiana. El Protocolo madrileño de 2025 recoge expresamente esta orientación al prever la intervención en el entorno comunitario del menor.

### 1.3. Evolución en España

En España, los primeros servicios aparecen a finales de los setenta, vinculados al Servicio de Recuperación y Rehabilitación de Minusválidos (SEREM) y, después, al INSERSO, y al impulso del Real Patronato de Prevención y Atención a Personas con Minusvalía. La Ley 13/1982, de Integración Social de los Minusválidos (LISMI), incorporó la prevención y la detección precoz como deber de los poderes públicos, línea que hoy mantiene el Real Decreto Legislativo 1/2013, por el que se aprueba el Texto Refundido de la Ley General de derechos de las personas con discapacidad y de su inclusión social.

Los hitos técnicos son tres documentos del GAT: el Libro Blanco de la Atención Temprana (2000), que unificó la terminología y fijó definición, objetivos, niveles y principios; la Organización Diagnóstica para la Atención Temprana (ODAT, 2004), que ofrece una clasificación en tres niveles (factores de riesgo, trastornos o disfunciones y recursos del entorno); y las Recomendaciones técnicas para el desarrollo de la Atención Temprana (2005). Con la transferencia de los servicios sociales, cada comunidad autónoma ha construido su propio modelo organizativo.

### 1.4. Evolución en la Comunidad de Madrid

La Comunidad de Madrid construyó su red pública de centros de atención temprana desde los servicios sociales, con centros propios y plazas concertadas o contratadas, junto a los centros base de atención a personas con discapacidad. El paso decisivo hacia un modelo integral fue el Decreto 46/2015, de 7 de mayo, que reguló la actuación de los ámbitos sanitario, educativo y de servicios sociales, estableció los mecanismos de coordinación entre las tres consejerías y el procedimiento para determinar la necesidad de AT. Para ello se apoyó en el CRECOVI, en funcionamiento desde octubre de 2014. El primer Protocolo de coordinación fue aprobado por el Pleno del CRECOVI el 17 de diciembre de 2018.

Tras diez años de vigencia, el Decreto 76/2025, de 1 de octubre, de Atención Temprana en la Comunidad de Madrid (BOCM de 13 de octubre de 2025) ha sustituido al anterior para incorporar los cambios de procedimiento y las innovaciones tecnológicas aplicadas en estos años (en particular, el Registro Único de Atención Temprana). Su sección 2.ª del capítulo II regula los medios y órganos de coordinación, y su artículo 17 el Protocolo de coordinación, actualizado en diciembre de 2025.

## 2. Conceptualización y definición

El Libro Blanco define la AT como el conjunto de intervenciones dirigidas a la población infantil de 0 a 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 riesgo de padecerlos. Estas intervenciones deben considerar la globalidad del niño y ser planificadas por un equipo de profesionales de orientación interdisciplinar o transdisciplinar.

La normativa madrileña adopta esa misma concepción: la AT es el conjunto de intervenciones de índole sanitaria, educativa y de servicios sociales dirigidas a la población infantil, a su familia y a su entorno, para dar respuesta lo más inmediata posible a las necesidades de los menores de seis años con alteraciones en su desarrollo, discapacidad o riesgo de padecerla. Requiere la participación y corresponsabilidad de las tres áreas administrativas.

De la definición se extraen los elementos que el tribunal espera ver desarrollados:

- **Población destinataria:** niños de 0 a 6 años, su familia y su entorno. La edad no es arbitraria: coincide con el periodo de mayor plasticidad y con la etapa previa a la escolarización obligatoria.
- **Necesidades transitorias o permanentes:** la AT no se limita a la discapacidad consolidada; alcanza los retrasos madurativos y las situaciones de riesgo biológico, psicológico o social.
- **Trastorno del desarrollo:** desviación significativa del curso del desarrollo por acontecimientos de salud o de relación que comprometen la evolución biológica, psicológica o social. Puede ser motor, cognitivo, del lenguaje, sensorial, del espectro autista, de la regulación o de la conducta, entre otros.
- **Riesgo:** biológico (prematuridad, bajo peso, asfixia perinatal, infecciones), psicosocial (entornos con carencias afectivas, maltrato, patología mental o adicciones en los cuidadores) o ambos. Justifica la vigilancia del desarrollo aunque todavía no exista trastorno.
- **Globalidad e interdisciplinariedad:** el niño se aborda como un todo; los profesionales (psicología, logopedia, fisioterapia, estimulación, terapia ocupacional, trabajo social) comparten un plan común.

## 3. Objetivos de la Atención Temprana

El objetivo principal es que los niños con trastornos del desarrollo o riesgo de padecerlos reciban, siguiendo un modelo que considere los aspectos biopsicosociales, todo aquello que desde la vertiente preventiva y asistencial pueda potenciar su capacidad de desarrollo y bienestar, facilitando su integración en el medio familiar, escolar y social y su autonomía personal. De él se

derivan los objetivos específicos del Libro Blanco:

- **1.** Reducir los efectos de una deficiencia o déficit sobre el conjunto global del desarrollo.
- **2.** Optimizar, en la medida de lo posible, el curso del desarrollo del niño.
- **3.** Introducir los mecanismos necesarios de compensación, eliminación de barreras y adaptación a necesidades específicas.
- **4.** Evitar o reducir la aparición de efectos o déficits secundarios o asociados producidos por un trastorno o situación de alto riesgo.
- **5.** Atender y cubrir las necesidades y demandas de la familia y del entorno en el que vive el niño.
- **6.** Considerar al niño como sujeto activo de la intervención.

En la red madrileña estos objetivos se concretan en la finalidad de los centros: potenciar las habilidades de los menores y apoyar sus entornos, ofreciendo oportunidades para generalizar los aprendizajes en el día a día y con el fin último de mejorar su calidad de vida. La familia, como entorno principal de desarrollo, y la coordinación con los demás agentes son los dos pilares metodológicos.

## 4. Niveles de intervención

La AT se organiza siguiendo el esquema clásico de la prevención, con actuaciones distintas en cada nivel y con protagonismo de diferentes sistemas:

### 4.1. Prevención primaria

Persigue evitar las condiciones que pueden provocar trastornos del desarrollo. Corresponde sobre todo a los servicios de salud (programas de salud materno-infantil, seguimiento del embarazo, vacunación, prevención de accidentes, cribados prenatales), a los servicios sociales (apoyo a familias en riesgo, prevención del maltrato) y al sistema educativo (escuelas infantiles como entorno protector). Para el psicólogo, incluye la promoción del vínculo y de la parentalidad positiva.

### 4.2. Prevención secundaria

Consiste en la detección y el diagnóstico precoz de los trastornos y de las situaciones de riesgo. La detección temprana es la condición necesaria para que la intervención llegue a tiempo y se apoya en los programas de seguimiento del niño sano en atención primaria, el seguimiento de recién nacidos de riesgo en los servicios de neonatología, la observación de educadores y la detección en servicios sociales. El diagnóstico debe ser funcional (qué capacidades y limitaciones presenta), sindrómico (qué cuadro clínico) y etiológico (qué lo causa) y, según la ODAT, incluir también los factores de la familia y el entorno.

### 4.3. Prevención terciaria

Agrupa las actuaciones dirigidas al niño, a su familia y a su entorno para mejorar las condiciones de desarrollo una vez identificado el trastorno o la situación de riesgo, y para evitar o reducir los efectos secundarios. Es el campo propio de los centros de atención temprana: valoración inicial, elaboración del plan individual, tratamientos (estimulación, logopedia, psicoterapia, psicomotricidad, terapia ocupacional y fisioterapia) y apoyo y seguimiento de la familia y de la

escuela.

En la Comunidad de Madrid, la intervención terapéutica se recoge en el Programa de Atención Individual (PAI), que contiene la situación del menor, el diagnóstico, los objetivos, los tratamientos y la información relevante, y que debe revisarse al menos una vez al año. La modalidad principal es presencial en el centro, complementable con intervención en el entorno comunitario y, si el equipo lo considera adecuado y se comunica a la dirección general, con intervención a distancia mediante herramientas digitales.

## 5. Principios de actuación

El Libro Blanco enuncia los principios básicos que deben inspirar cualquier sistema de AT. La normativa y el Protocolo madrileños los incorporan a su organización:

- **Diálogo, integración y participación:** la familia participa en todas las fases, se respeta su cultura y sus decisiones, y la intervención busca la inclusión del niño en sus entornos naturales.
- **Gratuidad, universalidad e igualdad de oportunidades:** la AT es un servicio público, gratuito y accesible a todos los niños que lo necesiten, sin discriminación por razón de origen, recursos o residencia.
- **Interdisciplinariedad y alta cualificación profesional:** equipos con formación específica en desarrollo infantil que trabajan con un modelo compartido, no como suma de terapias aisladas.
- **Coordinación:** entre los sistemas sanitario, educativo y social, y entre los profesionales que atienden al mismo niño. Es el principio que justifica la existencia del CRECOVI y del Registro Único de Atención Temprana.
- **Descentralización:** los servicios se organizan cerca del lugar de residencia de la familia, en su comunidad.
- **Sectorización:** delimitación territorial del área de influencia de cada servicio para garantizar la cobertura y la continuidad de la atención.

A estos principios se suman los de calidad que hoy dominan la práctica: centrarse en la familia, intervenir en entornos naturales, basarse en la evidencia, evaluar resultados y garantizar la continuidad en la transición a la etapa escolar.

## 6. El Centro Regional de Coordinación y Valoración Infantil (CRECOVI)

### 6.1. Naturaleza y adscripción

El CRECOVI es el centro base de la Comunidad de Madrid especializado en la población infantil. Está adscrito a la consejería con competencias en servicios sociales (actualmente, Familia, Juventud y Asuntos Sociales), dentro del ámbito de la Dirección General de Atención a Personas con Discapacidad, y tiene su sede en la calle Doctor Castelo, 49, de Madrid. Funciona desde octubre de 2014.

Su papel se definió con el Decreto 46/2015 y se mantiene con el Decreto 76/2025. Tiene una doble naturaleza: es órgano encargado de tramitar el procedimiento de valoración de la necesidad de AT y órgano garante de la organización y coordinación de la actuación integral en AT, a través de su Pleno y de su Comisión Técnica.

### 6.2. Competencias y funciones

- **Valoración de la necesidad de atención temprana** de los menores de 0 a 6 años derivados por los sistemas sanitario y educativo, mediante su Unidad de Valoración.
- **Valoración del grado de discapacidad** en menores de 0 a 6 años, de forma conjunta con la valoración de la necesidad de AT salvo oposición de los representantes legales.
- **Valoración de la situación de dependencia** en menores de 0 a 3 años (escala EVE) en la misma cita. Entre los 3 y los 6 años se aplica la escala BVD en el domicilio, a cargo del órgano competente en dependencia, al que el CRECOVI transmite las solicitudes.
- **Emisión del dictamen de necesidad de AT** y baremación de cada caso según gravedad y situación social, para ordenar la lista de demanda de plazas.
- **Coordinación interinstitucional:** su Pleno aprueba el Protocolo de coordinación (art. 17 del Decreto 76/2025) y documentos técnicos, como los criterios de calidad en la derivación a logopedia de las dificultades de expresión sin patología asociada; la Comisión Técnica elabora las propuestas.
- **Orientación e información a las familias** a lo largo del proceso.

### 6.3. Equipo multiprofesional y Comisión de Valoración

La valoración la realiza la Unidad de Valoración mediante el equipo multiprofesional de valoración infantil, formado al menos por médico, psicólogo y trabajador social. Sus actuaciones son revisar los informes de derivación del Registro Único de Atención Temprana, estudiar la historia clínica o los informes aportados (pudiendo pedir pruebas complementarias), valorar al menor y emitir un informe técnico personalizado, y orientar a la familia.

La Comisión de Valoración (médico, psicólogo, trabajador social y el responsable de la Unidad de Valoración, que la preside) determina si existe necesidad de AT, emite el dictamen, revisa la persistencia de la necesidad en valoraciones sucesivas y consensúa la puntuación por gravedad y situación social. El dictamen puede ser de tres tipos: estimatorio con tratamiento terapéutico recomendado; estimatorio con necesidad de apoyo y seguimiento; o desestimatorio. Siempre fija un plazo de validez condicionado a la evolución del menor.

### 6.4. El procedimiento: de la derivación a la plaza

- **Derivación obligatoria:** la hacen los facultativos del Servicio Madrileño de Salud (atención primaria u hospitalaria) o los profesionales autorizados de la Red de Orientación educativa (EOEP y orientadores de centros concertados autorizados para el 2.º ciclo de Infantil), a través del Registro Único de Atención Temprana y hasta tres meses antes de que el menor cumpla seis años. No procede si el menor necesita cuidados sanitarios especializados o, en el caso educativo, si está escolarizado en educación especial o en escolarización combinada.
- **Solicitud de la familia:** los representantes legales presentan la solicitud de valoración. Si no consta derivación, se archiva; si está incompleta, se requiere su subsanación en diez días.
- **Valoración y dictamen:** en el CRECOVI o en modalidad no presencial, con valoración simultánea de discapacidad y dependencia cuando procede.

- **Resolución:** la dicta la Dirección General de Atención a Personas con Discapacidad conforme al dictamen, en un plazo máximo de tres meses desde la entrada de la solicitud en el registro electrónico de la Comunidad de Madrid.
- **Revisión:** de oficio al terminar el plazo de validez del dictamen, salvo que el menor ya esté en un centro de la red; o a instancia de la familia si no ha accedido a la red y hay agravamiento acreditado.
- **Acceso a la red pública:** con la necesidad reconocida, la familia solicita plaza indicando hasta dos centros de preferencia. El Área de Coordinación de Atención Temprana incluye al menor en la lista de demanda (comunicación en quince días hábiles) si está empadronado en la Comunidad de Madrid, es menor de seis años y no está escolarizado en educación especial ni en modalidad combinada.

La plaza se adjudica según la puntuación del CRECOVI. A igualdad de puntos se prioriza, por este orden: menores tutelados o en guarda de la Comunidad de Madrid; menores con estatuto especial de vulnerabilidad (violencia de género, trata, violencia doméstica u otras formas de violencia contra la infancia, terrorismo); traslados por cambio de domicilio o centro escolar; antigüedad de la solicitud; ausencia de apoyos educativos o sanitarios; y otros traslados. La resolución de adjudicación se notifica en diez días hábiles y fija una de las dos modalidades: plaza de tratamiento o plaza de apoyo y seguimiento.

## 7. Papel del psicólogo y claves para el examen

El psicólogo interviene en los dos momentos clave del sistema. En el CRECOVI, como miembro obligado del equipo multiprofesional y de la Comisión de Valoración: evalúa el desarrollo cognitivo, comunicativo, socioemocional y conductual, así como la interacción con las figuras de apego, y contribuye al dictamen y a la baremación. En los centros, participa en la acogida y en la valoración inicial, elabora y revisa el PAI con el equipo, presta la psicoterapia y orienta a la familia y a la escuela.

Para el segundo ejercicio (desarrollo escrito de dos temas a elegir entre tres), conviene estructurar la respuesta exactamente sobre los epígrafes del programa y cerrar con la referencia al nuevo marco autonómico. Para el test, los datos más preguntables son: la franja de 0 a 6 años, los seis objetivos y los seis principios del Libro Blanco, los tres niveles de prevención, la composición del equipo y de la Comisión del CRECOVI, los tres tipos de dictamen, el plazo de resolución de tres meses y la sucesión Decreto 46/2015 → Decreto 76/2025.

Relación con otros temas del programa: tema 34 (norma reguladora de la coordinación de la AT), tema 36 (red de plazas públicas y centros base), temas 37 y 40 (dependencia y grado de discapacidad), temas 50 y 53 (desarrollo infantil y evaluación e intervención con niños), tema 54 (intervención con familias) y temas 69 y 70 (TEA y trastornos del lenguaje en la infancia).

## Test de muestra del tema (con solución razonada)

Cada tema del temario incluye su colección de test. Estas preguntas ilustran el formato del ejercicio.

**1. Según el Libro Blanco de la Atención Temprana, la población destinataria de la atención temprana es:**

a) La población infantil de 0 a 3 años y su familia.
b) La población infantil de 0 a 6 años, la familia y el entorno.
c) Los menores de 0 a 6 años con discapacidad reconocida igual o superior al 33 %.
d) Los menores escolarizados en el segundo ciclo de Educación Infantil.

*Correcta: b). El Libro Blanco (GAT, 2000) dirige la AT a la población infantil de 0 a 6 años, a la familia y al entorno, y no exige discapacidad reconocida: también alcanza las situaciones de riesgo.*

**2. La detección y el diagnóstico precoz de los trastornos del desarrollo corresponden al nivel de:**

a) Prevención primaria.
b) Prevención terciaria.
c) Prevención secundaria.
d) Intervención comunitaria.

*Correcta: c). La prevención primaria evita la aparición de los trastornos; la secundaria los detecta y diagnostica precozmente; la terciaria interviene sobre el niño, la familia y el entorno.*

**3. En la Comunidad de Madrid, el plazo máximo para resolver el procedimiento de valoración de la necesidad de atención temprana es de:**

a) Tres meses desde la entrada de la solicitud en el registro electrónico de la Comunidad de Madrid.
b) Seis meses desde la fecha de la derivación sanitaria o educativa.
c) Quince días hábiles desde la presentación de la solicitud.
d) Un mes desde la valoración del menor por el equipo multiprofesional.

*Correcta: a). Resuelve la Dirección General de Atención a Personas con Discapacidad en un máximo de tres meses. Los quince días hábiles corresponden a la comunicación de inclusión en la lista de demanda de plaza.*

**4. La Comisión de Valoración del CRECOVI está formada por:**

a) Un médico, un logopeda y un fisioterapeuta, presididos por el director del centro base.
b) Representantes de las consejerías de sanidad, educación y servicios sociales.
c) El orientador del EOEP, el pediatra de atención primaria y un trabajador social.
d) Médico, psicólogo, trabajador social y el responsable de la Unidad de Valoración, que la preside.

*Correcta: d). Es la composición técnica que recoge el Protocolo de coordinación. La opción b) describe la lógica interdepartamental de los órganos de coordinación, no la de la Comisión de Valoración.*

**5. La norma vigente que regula la atención temprana en la Comunidad de Madrid, y que sustituye al Decreto 46/2015, de 7 de mayo, es:**

a) La Ley 4/2023, de 22 de marzo, de Derechos, Garantías y Protección Integral de la Infancia.
b) El Decreto 76/2025, de 1 de octubre, de Atención Temprana en la Comunidad de Madrid.
c) El Decreto 23/2023, de 22 de marzo, de atención educativa a las diferencias individuales.
d) La Ley 12/2001, de 21 de diciembre, de Ordenación Sanitaria de la Comunidad de Madrid.

*Correcta: b). El Decreto 76/2025 (BOCM 13-10-2025) regula en la sección 2.ª de su capítulo II los órganos de coordinación y en su artículo 17 el Protocolo de coordinación. Las demás normas se citan en el Protocolo como normativa conexa.*