

La ODAT: una herramienta para el desarrollo de la Atención Temprana

Juan Carlos Belda

Psicólogo Clínico

Consellería de Sanidad de la Comunidad Valenciana

resumen/abstract:

La Organización Diagnóstica para la Atención Temprana (ODAT), se inicio como un proyecto para subsanar la necesidad de disponer de una clasificación diagnóstica que realmente incluyera toda la amplia gama de demandas de atención que se están recibiendo en los Centros de Atención Temprana. El trabajo se inicio desde una postura ecléctica con el fin de recoger en una sola clasificación, el contenido de las distintas taxonomías diagnósticas al uso, sobre trastornos infantiles. Finalmente se ha conseguido una estructura que recoge por una parte los factores de riesgo y por otra los trastornos, pero que además trasciende su objetivo inicial y adquiere la capacidad para convertirse en un instrumento para la Gestión de la Información en Atención Temprana.

The Early Intervention Diagnostic Classification System (ODAT) was at first conceived as a project aimed to include within a single system the wide range of problems which are currently referred to Early Intervention Centers. In order to achieve an appropriate systematization of the different taxonomies which currently deal with child development disorders the project was conducted under eclectic premises. At last, a unified framework was achieved which maybe useful not only for classifying risk factors or developmental disorders but also to improve Early Intervention management as a whole.

palabras clave/keywords:

Atención Temprana, Organización Diagnóstica para la Atención Temprana (Odat), factores de riesgo, trastornos en el desarrollo infantil.

Early Intervention, Diagnostic Classification System, Risk Factors, Child Development Disorders.

Presentación

La ODAT surge en un momento álgido de participación y colaboración tanto a nivel nacional como en el ámbito interprofesional, facilitado por la elaboración del Libro Blanco de Atención Temprana en el seno de la Federación Nacional de Asociaciones Autonómicas de Profesionales de Atención Temprana (GAT).

La Atención Temprana (AT) recordemos que se define 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

GRÁFICA Nº 1



con trastornos en su desarrollo o que tienen 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". Y a partir de aquí mi siguiente objetivo consiste en colaborar en la constitución de la AT como una disciplina.

No considero que sea un objetivo disparatado. Seguramente sea muy laborioso, pero bueno, no hay ningún saber o dominio que no requiera formación y práctica. Si recabamos lo que nos dice el Diccionario de la Real Academia de la Lengua, Disciplina es: 1º) *Doctrina, instrucción* de una persona; 2º) *Arte, facultad o ciencia*; y 3º) Especialmente en la milicia y en los estados eclesiásticos secular y regular, observancia de las *leyes y ordenamientos* de la *profesión o instituto*. Así tenemos, que la Disciplina de la Atención Temprana es una Doctrina porque tiene un cuerpo teórico, y que requiere de una instrucción o formación específica. Que es una ciencia y al mismo tiempo aplicarla adecuadamente se convierte en un arte. Y, finalmente, concluiremos que es necesario ordenarla y legislarla. Y para ello debemos normalizar terminología, unificar instrumentos para la eficaz gestión de la información y elaborar un código deontológico que respete la variedad de los casos y de sus entornos; así como la variedad de intervenciones posibles, de las diferentes profesiones y de las diversas corrientes teórico-prácticas dentro de cada profesión.

La historia de la Atención Temprana viene siendo asociada a la atención que de una forma precoz se consideraba debían recibir los niños con alguna deficiencia. Evidentemente esta concepción parcial ya no corresponde con la visión actual, pero la confusión aun es motivo de malos entendidos.

Disponemos de una muy buena descripción de la evolución de la AT en el Documento sobre "Realizaciones sobre Discapacidad en España. Balance de 20 años". En el Capítulo 3, firmado por José María Alonso Seco, se describe la llegada de la AT como un proceso paulatino, con el entusiasmo de unos y la reserva inicial de otros. Fija el periodo entre 1973 y 1980 como la entrada y fin de la recepción de esta disciplina. Y que tienen como población diana a los niños con deficiencia mental.

Desde el ámbito profesional, nos dice, que las primeras experiencias de estimulación precoz surgen de una inequívoca actuación interdisciplinar fruto de la inquietud profesional personal y todavía no institucionalizada, en las áreas psicopedagogía y sanitaria. En el área psicopedagógica se recogen las experiencias realizadas en Estados Unidos, Canadá, Argentina y Uruguay. Se organizan cursos en los años 1973, 1975 y 1976, a los que asisten profesionales de distintas especialidades: médicos, psicólogos, asistentes sociales, fisioterapeutas y profesores de educación especial entre otros. Profesionales que estarían en el origen de las primeras experiencias institucionales de AT. Estableciéndose la primera unidad de estimulación en el Hospital Santa Cristina de Madrid. Desde el área sanitaria, con el afán de profundizar en las bases científicas, la neurología utiliza la plasticidad cerebral de los primeros meses de vida, como fundamento de la AT. También en neonatología y en rehabilitaciones se crean unidades de estimulación precoz en Navarra y Valencia.

Con respecto al papel que han jugado las Asociaciones de Padres en la implantación de la AT en España, nos dice que a pesar de ser importante no ha sido suficientemente descrito. Señalar que muchas de ellas, esta-

blecieron a finales de los 70 y principios de los 80 centros de estimulación precoz que aun continúan funcionando. Las asociaciones tuvieron que recurrir a la solicitud de ayudas, para poder sufragar los gastos que ocasionaba la aplicación de tratamientos de AT a sus hijos. Y fue el INSERSO el organismo encargado de proporcionarlas.

La actuación de la administración se concretó primeramente a través de medidas de fomento, de subvenciones a fondo perdido, concedidas con carácter graciable. Las primeras medidas se encuentran en los Planes Asistenciales para Minusválidos del SEREM. Contemplan tanto ayudas institucionales, concedidas mediante conciertos a los centros pioneros de estimulación precoz, como ayudas individuales. A partir de 1980 los Planes para Minusválidos Físicos y Psíquicos, antes diferenciados, se unifican en uno solo. La estimulación precoz, extensible ya a todo tipo de deficiencias, seguirá siendo objeto de consideración específica, como una de las modalidades de prestaciones de recuperación. En concreto las técnicas terapéuticas que señala y que podrán aplicarse son: la psicomotricidad, la sensoriomotricidad, la terapia del lenguaje, la creación del lenguaje, la fisioterapia, y la medicina ortopédica; a los niños de cero a cinco años. Muchos quedaron sorprendidos

ya que la Ley de Integración de los Minusválidos (LISMI), de 1982, no contemplaba expresamente la atención precoz como una actuación específica.

Las distintas experiencias (Entidades Privadas, Locales, SEREM, INSERSO, Autonómicas, Sanitarias y Educativas) aun partiendo de bases teóricas similares, no han logrado extender su actuación a ámbitos diferentes del que surgieron. Lo cierto es que ha llegado un momento de coexistencia paralela, sin más coordinación que la estrictamente personal entre profesionales conocidos, de distintos equipos. Las experiencias iniciadas han seguido su evolución normativa y de aplicación, pero sin que haya existido la necesaria coordinación institucional. Podemos concluir que en estas dos últimas décadas la atención temprana ha tomado carta de naturaleza, es decir, entidad propia, aunque todavía queda el reto de mejorar los cauces organizativos más operativos para aumentar la eficacia de las intervenciones.

A continuación se adjunta un cuadro sinóptico, en el que pretendo sintetizar la evolución de la Atención Temprana, haciendo referencia a la población diana y a la extensión de las intervenciones, tal y como han ido evolucionando a lo largo de las tres últimas décadas.

GRÁFICA Nº 2

Estimulación precoz	Intervención Temprana	Atención Temprana
70-80	80-90	90-00
Niño	Niño-Familia	Niño-Familia-Entorno
Minusválías (0-2) (0-6)	Minusválías (0-6) Poblaciones de Riesgo	Población General (De cero a seis años)
Prevención 3ª	Prevención 2ª y 3ª	Prevención 1ª, 2ª y 3ª

La necesidad de un instrumento de diagnóstico común

La dificultad en establecer un diagnóstico definitivo es muy habitual en niños de 0 a 6 años, por las importantes variaciones evolutivas, la propia inmadurez inherente a estas edades y debido muchas veces a la utilización de clasificaciones que no contemplan de forma específica la clínica del niño pequeño. A partir de estas clasificaciones, el diagnóstico, no siempre sencillo, puede ser prácticamente imposible para determinadas patologías a determinadas edades, ya que con frecuencia requiere ser orientado a partir de un repertorio de conductas o de adquisiciones evolutivas que no están presentes en el niño en función de su edad cronológica.

Añade complejidad el hecho de que en AT no se interviene únicamente cuando ya el niño muestra una alteración, sino que, siguiendo las directrices del *Libro Blanco*, la intervención se contempla desde la misma "situación de riesgo", lo que nos lleva a un diagnóstico de "factores de riesgo", de ámbito biológico, familiar y /o social.

Es importante considerar que el niño en estas primeras edades de su vida está sujeto a procesos normales de desarrollo que evolucionan a un ritmo mucho más acelerado que en la edad adolescente y adulta. El niño se está organizando como sujeto a todos los niveles y además depende y está inmerso en un contexto de interacciones muy estrechas con las personas que le tienen a su cuidado, lo cual nos hace deducir que una evaluación adecuadamente realizada no puede prescindir del análisis y valoración del contexto familiar, social y cultural. De forma que se torna imprescindible que la valoración diagnóstica y su clasificación,

consideren al niño pero también a los contextos en los que éste se desarrolla, las acciones que el mismo ejerce sobre él y las acciones que los adultos están ejerciendo tanto de forma explícita como implícita y de forma directa o indirecta. Se valorarán las conductas manifiestas por el niño, fruto de la interacción de todos los elementos indicados, con expresa distinción de las características reactivas (momentáneas y quizá transitorias) y de las estructurales (cristalizadas y estables)

Las características de los casos atendidos en los Centros de AT obligan, a menudo, a recurrir a diversas clasificaciones. Tomando en consideración cual es la problemática principal del niño. Ya que en nuestra opinión, ninguna clasificación existente contempla de forma adecuada y con la misma profundidad y /o nivel los diversos problemas de los niños que reciben AT.

Los profesionales que trabajamos en AT llevamos muchos años siendo conscientes de la necesidad de disponer de una clasificación diagnóstica consensuada, de utilización universal, que permita manejar datos fiables. En la actualidad, y dependiendo de las diversas disciplinas y sus corrientes teóricas, los profesionales recurren a las codificaciones diagnósticas existentes, sin que ninguna de ellas abarque completamente el amplio abanico de diagnósticos. Ya sea por que estas clasificaciones fueron diseñadas pensando en poblaciones de niños de un intervalo de edad superior a la etapa de AT o bien porque exploran o describen aspectos concretos del desarrollo. Profesionales de una misma comunidad o ciudad y en una misma área profesional, utilizan a menudo sistemas distintos de clasificación. La población susceptible de AT es diversa y heterogénea, pues en ella se sitúan niños con

deficiencias bien definidas de base orgánica conocida (que se ajustan sin demasiados problemas a una clasificación basada en la descripción de enfermedades), niños con trastornos emocionales o de conducta de etiología reactiva a situaciones del medio, (sus dificultades se ajustarían mejor, una vez bien establecidas, a ser clasificadas de acuerdo a criterios de trastornos mentales), y también, cada vez en mayor número, a niños que en función de su corta edad y de las características de sus trastornos o dificultades, precisan una clasificación que contemple las manifestaciones propias de los primeros meses y años de vida. La falta de un sistema de clasificación consensuada en el sector dificulta el intercambio de información y lleva a la carencia de registros sistemáticos de la población atendida, que sean válidos epidemiológicamente.

Las propuestas de unificación de criterios de actuación que ha supuesto la elaboración, publicación y difusión del Libro Blanco y la posterior constitución de la Federación Estatal de Asociaciones de Profesionales de la Atención Temprana (GAT). Así como la participación de profesionales de la AT de las distintas comunidades autónomas en reuniones y su convergencia en nuevas asociaciones de profesionales, ha ido generando el caldo de cultivo para que los propios profesionales demandaran con insistencia la necesidad de articular un mecanismo de clasificación viable, útil y capaz de responder a diversas cuestiones candentes: a) como disponer de información epidemiológica: registros de las necesidades de AT en la población infantil del territorio estatal, b) así como disponer de información y registros que permitan, b-1) dirigir de forma más eficaz las medidas preventivas; b-2) establecer las necesarias comparaciones

entre las distintas comunidades autónomas, con el fin de diseñar y fomentar la puesta en práctica de las medidas oportunas para paliar las diferencias que puedan existir en los niveles de disponibilidad de servicios y de población atendida; y, b-3) poder comparar nuestra realidad y modelos de AT con otros modelos europeos e internacionales.

Estas necesidades que claramente percibimos en el campo de la AT, quedan reflejadas en los distintos intentos de los colectivos profesionales de diferentes comunidades autónomas para lograr unificar criterios diagnósticos. La homogeneización de los criterios diagnósticos y la adopción de una misma codificación pueden constituir, sin duda, un gran avance que permita el desarrollo científico y técnico de la AT. Desde hace tiempo esta preocupación es objeto de reflexión y constituye una demanda de los profesionales de la AT.

Proceso de elaboración

Las actividades realizadas por el grupo de trabajo para elaborar la Odat se han organizado alrededor de cinco fases. En cada una de las cuales se han realizado las siguientes actuaciones:

Fase 1ª: Detectada la necesidad de establecer una clasificación común para la intervención temprana, se crea una comisión encargada de trabajar en el tema. De las reflexiones iniciales y a partir del establecimiento de los objetivos se empieza a trabajar para construir la *Organización Diagnóstica para la Atención Temprana*, con unas dimensiones más amplias que una clasificación diagnóstica.

Fase 2ª: Presentación inicial de la ODAT, mediante la elaboración de un primer borrador terminado y entregado al Real Patronato sobre Discapacidad, en noviembre de 2002.

Fase 3ª: Codificación y redacción de los ejes incluidos al final de la fase 2ª. Principalmente niveles uno y dos. Se realiza: a) Desde los grupos de trabajo internos de GAT; b) Ofertando la posibilidad de colaboración a otras entidades: universidades, grupos de profesionales, etc. La escala queda abierta, ya que el contenido de cada eje puede ser sustituido por versiones más avanzadas. Que sean fruto de las investigaciones que desde las distintas disciplinas científicas que concurren en la AT, se vayan realizando.

Fase 4ª: La experiencia piloto consistió en la puesta a prueba del formato, en papel impreso, en una selección de centros y ámbitos definidos. Periodo 2003-2004. Recogida de información y elaboración de conclusiones. Redacción final 2º versión ODAT.

Fase 5ª: Informatización de la ODAT, para disponer de una aplicación informatizada que permita su utilización en los distintos ámbitos de la AT. Desde los servicios de maternidad hasta los Centros de Desarrollo Infantil y Atención Temprana (CDIATs), incluyendo los servicios sociales y los servicios educativos. Este proceso seguirá abierto los años 2005 y 2006, ya que las prestaciones solicitadas al programa exceden en mucho a las exigencias de una tabla de datos. También queda pendiente el Registro en la Agencia de Protección de Datos del programa y su aplicación con casos reales.

Se ha establecido un convenio de colaboración con la Universidad Politécnica de Valencia, concretamente con el Departamento de Informática de Sistemas y Computadores de Alcoy. Una vez lista la aplicación informática se realizará una experiencia

piloto. Diseñada y evaluada desde el GAT. Una vez incorporadas las aportaciones resultantes de esta experiencia piloto, la ODAT estará en condiciones de utilizarse en aquellos centros y servicios que lo deseen y sean acreditados por el GAT.

En todo este proceso han colaborado muchos profesionales de la Atención Temprana de forma altruista y anónima, su participación ha estado vehiculizada por sus respectivas asociaciones autonómicas.

Escalas utilizadas

Las clasificaciones más utilizadas en AT son la Clasificación Estadística Internacional de Enfermedades, Traumatismos y Causas de Defunción (CIE), la Clasificación Internacional de las Deficiencias, Discapacidades y Minusvalías (CIDDM- CIF) y el Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (DSM). Recientemente se está introduciendo la Clasificación de la Salud Mental y los Trastornos en el Desarrollo de la Infancia y la Niñez (0-3)

La Organización Mundial de la Salud (OMS) propone la Clasificación Estadística Internacional de Enfermedades, Traumatismos y Causas de Defunción, conocida por las siglas CIE, en castellano e ICD en inglés, para clasificar los estados de salud (enfermedades, trastornos, lesiones, etc.). La novena edición se publicó en 1979, como expresión de un cierto consenso internacional, recomendándose su uso a todos los países miembros de la OMS, o el uso de clasificaciones nacionales "compatibles" con la CIE-9 a fin de conseguir una correspondencia entre categorías. Esta clasificación fue revisada, editándose la CIE-10 (OMS, 1993), que es la última versión actualmente disponible. Es, sin duda la

clasificación más utilizada a nivel internacional en el ámbito de la Sanidad y es la idónea para la clasificación de “enfermedades” y factores de riesgo basados en las mismas.

Paralelamente a estas publicaciones y dentro de la “familia” de clasificaciones preparadas por la OMS para su aplicación en los diversos aspectos de la salud y la enfermedad, en 1980 se publicó, inicialmente con carácter experimental, la Clasificación Internacional de las Deficiencias, Discapacidades y Minusvalías (conocida en nuestro país por CIDDM) (OMS, 1980) Esta clasificación recientemente se ha visto ampliamente reformulada con el nuevo título de Clasificación Internacional del Funcionamiento de la Discapacidad y de la Salud (respondiendo en castellano a las siglas CIF (OMS, 2001). Ambas fueron diseñadas para complementar a la CIE y clasificar el funcionamiento y la discapacidad asociados con las condiciones de salud. Esta clasificación se usa en el ámbito de la rehabilitación y a nivel administrativo para establecer grados de discapacidad. Sus criterios sobre discapacidad pueden considerarse amplios, pero al establecer la discapacidad contempla la “discapacidad severa”. Esta pendiente la elaboración de criterios adaptados a la realidad del niño que sin duda podrán ser de utilidad en AT. Actualmente, de manera especial en la descripción de la discapacidad, los criterios son de difícil aplicación al niño pequeño.

La clasificación para los trastornos mentales recogidos en las distintas ediciones del Manual Diagnóstico y Estadísticos (DSM) de los Trastornos Mentales de la American Psychiatric Association presenta una clasificación y un sistema de evaluación mul-

tiplaxial, en el que se recoge información que puede ser valiosa para la planificación de la intervención y la predicción de la evolución individual. En la actualidad esta vigente la versión DSM-IV. El DSM establece sus concordancias y diferencias con las distintas versiones de la CIE. Contempla una sección específica para los “Trastornos de inicio en la infancia, la niñez o la adolescencia”, no especificados de forma separada en la CIE. En AT se usa habitualmente esta clasificación cuando los trastornos mentales están ya bien establecidos. Los criterios que definen los diferentes trastornos no son aplicables en algunos casos a niños menores de 3 años.

La Clasificación Diagnóstica de la Salud Mental y los Desórdenes en el Desarrollo de la Infancia y la Niñez Temprana, fue traducida al castellano en 1998, es conocida como Clasificación Diagnóstica: 0-3. Esta clasificación es de especial interés para la Atención Temprana, al abordar de forma específica la problemática psicológica de los niños y niñas menores de 3 años. Fue propuesta por el National Center for Child Infant Programs (EE.UU., 1994)

Objetivos

En la primera fase de elaboración se seleccionaron una serie de objetivos que constituyeron una auténtica declaración de intenciones. Después de cinco años de trabajo considero que algunos objetivos da la impresión que están conseguidos en su totalidad y otros, sin embargo, aun están en proceso. De todas formas será su aplicación práctica y concreta la que nos informe sobre la bondad de sus utilidades. Los objetivos que se establecieron debía cumplir el grupo de trabajo para la elaboración de la ODAT fueron los siguientes:

- Elaborar un instrumento útil que sea capaz de clasificar los factores de riesgo y los trastornos del desarrollo.
- Establecer un lenguaje común entre los distintos profesionales que intervienen en la AT.
- Aglutinar en la misma clasificación todos los aspectos que intervienen en AT (biológico, psicológico y social).
- Posibilitar estudios epidemiológicos, estableciendo la prevalencia de los distintos trastornos del desarrollo y situaciones de riesgo, a nivel estatal y de las diversas comunidades autónomas.
- Diseñar investigaciones.
- Organizar las observaciones clínicas.
- Facilitar la toma de medidas preventivas.

Queda pendiente, una vez que se elabore el Nivel III sobre los Recursos, se puedan abordar los siguientes objetivos:

Estructura

La estructura de tipo multi-axial se hace imprescindible para poder albergar la complejidad de elementos que una visión amplia que nos sirva, no sólo para describir al niño atendido, sino también para describir los distintos niveles de intervención, y que permita realizar estudios estadísticos, a par-

tir de los cuales planificar adecuadamente los recursos necesarios.

Evidentemente conjugar la descripción de la realidad del niño, de las intervenciones realizadas y además establecer equivalencias con las clasificaciones más utilizadas no es una tarea fácil. El proceso queda abierto para su mejora continua y la incorporación de nuevas clasificaciones a modo de batería de equivalencias.

Estos ejes que se han ido modelando para contener los listados y paquetes informativos de las respectivas clasificaciones utilizadas, lógicamente presentan solapamientos de contenido, que no deben considerarse como una dificultad, ya que los ejes están pensados para correlacionarse como ejes independientes a la hora de realizar estudios estadísticos. En función de la información buscada se podrán seleccionar los ejes pertinentes.

Se pretende que la estructura de los ejes recoja las siguientes dos secuencias, que considero fundamentales para entender y trabajar en AT:

- Dar una visión global de la situación concreta y de las intervenciones programadas.
- Poder diseñar la planificación de recursos para el niño y su familia desde la interdisciplinariedad.
- Recoger las necesidades en cuanto a infraestructuras de servicios de AT, a nivel sectorial, autonómico y estatal, que posibiliten una intervención de calidad.
- Contrastar formas de actuación en los distintos trastornos del desarrollo y establecer las más efectivas.

- lo biológico, psicológico y social,
- la detección, el diagnóstico y el tratamiento.

La estructura finalmente alcanzada, después de múltiples intentos fallidos consta de tres niveles:

El primer nivel describe los factores de riesgo de los trastornos en el desarrollo en los distintos contextos: en el propio niño, en su familia y en el entorno. Incluye:

- Eje 1- Factores biológicos de riesgo.
- Eje 2- Factores familiares de riesgo.
- Eje 3- Factores ambientales de riesgo.

El segundo nivel describe el tipo de trastornos o disfunciones que se pueden diagnosticar en el niño, en las interacciones con la

ejes: referidos al niño, a su familia y al entorno, y se podrá en una fase posterior a la publicación actual (2004) de la ODAT.

En cuanto a descripción numérica, en la actual versión disponemos de dos niveles, seis ejes, veintiséis categorías y ciento ochenta y cuatro elementos diagnósticos clasificados.

La ficha individual

La ODAT dispone de un formulario para la recogida de datos que está dividido en tres grandes bloques: los Datos de Identificación, la Clasificación Diagnóstica y Anexos.

El apartado de Datos de Identificación se ha distribuido en los siguientes apartados:

GRÁFICA Nº 3

	Biológico Individual	Familiar	Entorno
Nivel 3 Recursos	7	8	9
Nivel 2 Trastornos	4	5	6
Nivel 1 Riesgos	1	2	3

familia y con las características del entorno. Incluye:

- Eje 4- Trastornos del desarrollo.
- Eje 5- Trastornos en la familia.
- Eje 6- Trastornos en el entorno.

El tercer nivel deberá incluir los recursos destinados a la atención distribuidos en tres

En cuanto a la Clasificación Diagnóstica propiamente dicha se utilizan las categorías y elementos diagnósticos organizados en:

La informatización

El objetivo es conseguir una herramienta, que una vez este en su versión informatizada permita un instrumento útil para la iden-

GRÁFICA N° 4

Nivel 1	Eje 1	Eje 2	Eje 3
Título	Factores biológicos de riesgo	Factores familiares de riesgo	Factores ambientales de riesgo
Descripción	1.a. Prenatal 1.b. Perinatal 1.c. Postnatal 1.d. Otros	2.a. Características de los padres 2.b. Características de la familia 2.c. Estrés durante el embarazo 2.d. Estrés en periodo perinatal 2.e. Periodo postnatal	3.a. Exp. a entornos ambientales 3.b. Exp. a entornos sociales 3.c. Exp. a factores de exclusión social

GRÁFICA N° 5

Nivel 2	Eje 4	Eje 5	Eje 6
Título	Trastornos del desarrollo	Familia	Entorno
Descripción	4.a. Trastornos en el desarrollo motor 4.b. Trastornos visuales 4.c. Trastornos auditivos 4.d. Trastornos de la psicomotricidad 4.e. Trastornos en el desarrollo cognitivo 4.f. Trastornos en el desarrollo del lenguaje 4.g. Trastornos en la expresión somática 4.h. Trastornos emocionales 4.i. Trastornos de la regulación y comportamentales 4.j. Trastornos de la relación y la comunicación 4.k. Otros	5.a. Trastornos de la interacción 5.b. Tipos de relación familia-niño	6.a Ausencia de cuidadores sensibles 6.b Malos tratos y abusos 6.c Negligencia 6.d Institucionalización prolongada 6.e Permanencia excesiva en guardería o escuela 6.f Hacinamiento 6.g Chabolismo 6.h Violencia e inseguridad ambiental 6.i Pobreza extrema 6.j Estigmatización 6.k Confluencia de factores de exclusión

tificación de la intervención en Atención Temprana. Dicha sistema software debe servir como lenguaje común para los distintos profesionales que intervienen, debe contemplar todos los aspectos, que intervienen en este colectivo (ya sean biológicos, psicológicos y /o sociales) y debe permitir

- Número de Expediente.
- Datos Personales.
- Datos de la demanda.
- Datos socio-familiares.
- Datos de Centro.

una visión global de la situación concreta y de las intervenciones diseñadas.

La realización por parte del Departamento DISCA de la UPV, sede en Alcoy, del trabajo de asesoramiento y asistencia técnica en el desarrollo de software freeware y en un

- Nivel I (Ejes 1,2 y 3)
- Nivel II (Ejes 4,5 y 6)
- Nivel III (Próxima edición)

entorno orientado a web, utilizando herramientas estándar (Base de datos MySQL, lenguaje PHP, XHTML 1.1 y CSS 2.1)

El plan de trabajo establecido de acuerdo con los objetivos establecidos contempla la ejecución de las siguientes tareas, dentro del presente convenio:

A modo de conclusión

Si queremos que la AT avance y se consolide como un conjunto de intervenciones eficaces y sea entendida como una disciplina, a parte del trabajo diario con los niños,

las familias, otros profesionales y demás agentes sociales, debemos hacer un esfuerzo por teorizar y documentar nuestras intervenciones. Evidentemente si no utilizamos elementos comunes para el diagnóstico difícilmente podremos comparar nuestras poblaciones atendidas, y mucho menos las intervenciones que llevamos a cabo. Este esfuerzo suplementario debe ir encaminado para que la concepción de AT que de forma integradora, aúna las diversas intervenciones, ámbitos y objetivos, adquiera la naturaleza que le corresponde como disciplina interdisciplinaria. Al igual

Actividad 1. Análisis de la aplicación.

Tarea a) Análisis mediante el diagrama entidad-relación de las tablas necesarias.

Tarea b) Análisis mediante el diagrama de clases de los diversos elementos de la aplicación.

Actividad 2: Creación de un entorno de pruebas.

Tarea a) Elaboración de un entorno de trabajo para la realización de una prueba piloto en centros característicos del trabajo en Atención Temprana.

Tarea b) Evaluación y pruebas del entorno de trabajo.

Actividad 3: Redacción del informe final.

Tarea a) Redacción de un informe final: en el que se recojan los posibles problemas detectados y un plan de acción para la mejora de las debilidades del sistema.

Este proyecto se enmarca dentro de una colaboración Universidad-Empresas para poder efectuar proyectos de colaboración mediante la intervención de alumnos para los proyectos de final de carrera.

que otras disciplinas, que han surgido en los últimos decenios, citemos por ejemplo el caso más espectacular y generalizado, como es el constituido por el desarrollo de la Informática.

La publicación de la ODAT más que un punto de llegada ha de significar un punto de partida. Desde su utilización en los Centros de Desarrollo Infantil y Atención Temprana (CDIATs de Servicios Sociales, Sanidad o Educación) para su mejora continua, mediante la recogida e intercambio de información, tanto a nivel autonómico como estatal. Y tal y como se menciona en la cultura de calidad “lo que no se puede medir no existe”, pues entonces, seamos capaces de medir y clasificar nuestro trabajo en AT.

Desde el GAT se plantea continuar trabajando para su desarrollo y optimización con los siguientes proyectos previstos a partir del 2006:

- a) Dotar de un soporte informático capaz de soportar el envío de datos, su almacenamiento y su utilización, en el marco de la ley de protección de datos.
- b) Habilitar programas que permitan establecer sistemas de compatibilidad y equivalencias con otros programas de recogida de datos.
- c) Abrir líneas para el desarrollo de programas informáticos que aumenten las utilidades a partir de la ODAT. La primera línea pretende relacionar la ODAT con las historias clínicas informáticas de los niños atendidos en los centros (CDIATs)

De todas formas habrá que estar abiertos a las sugerencias, necesidades, demandas,... que con su uso vayan apareciendo.

bibliografía

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

Alonso, J.M. (1.997). Atención Temprana. En VV.AA. *Realizaciones sobre discapacidad en España. Balance de 20 años* (pp. 87-107). Madrid: Real Patronato de Prevención y Atención a Personas con Minusvalías.

American Association on Mental Retardation (1997). *Retraso mental. Definición, clasificación y sistemas de apoyo*. Madrid: Alianza Editorial.

American Psychiatric Association (APA) (1983). *DSM-III: Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales*. Barcelona: Masson.

American Psychiatric Association (APA) (1994) *DSM-IV: Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales*. Barcelona: Masson,

R. Misès, N. Quemada y otros. CFTMEA (2000): *Nouvelle version de la Classification Française des Troubles Mentaux de l'Enfance et de l'Adolescence*.

Instituto Madrileño del Menor y la Familia (1998). *Programa para la detección del riesgo social en neonatología*. Madrid: Consejería de Sanidad y Servicios Sociales.

Nacional Center for Clinical Infant Programs (1998). *Clasificación Diagnóstica: 0-3. Clasificación diagnóstica de la salud mental y los desórdenes en el desarrollo de la infancia y la niñez temprana*. Barcelona: Paidós.

Organización Mundial de la Salud (OMS) (1979). *Clasificación Internacional de Enfermedades*. CIE-9.

Organización Mundial de la Salud (OMS) (1993). *Clasificación Internacional de Enfermedades*. CIE-10.

Organización Mundial de la Salud (OMS) (1997). *Clasificación Internacional de Deficiencias, Discapacidades y Minusvalías* (CIDDM). Madrid: IMSERSO

Organización Mundial de la Salud (2001). *Clasificación Internacional del Funcionamiento, de la Discapacidad y de la Salud* (CIF). Madrid: IMSERSO.

glosario

· Atención Temprana: es 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 padecerlo. Estas intervenciones son planificadas por un equipo multidiscipli-

plinar con carácter global y orientación interdisciplinar o transdisciplinar.

- **Carácter global:** consiste en considerar al niño en su globalidad, teniendo en cuenta los aspectos intra-personales, biológicos, psico-sociales y educativos, propios de cada individuo, y los interpersonales, relacionados con su propio entorno, familia, escuela, cultura, etcétera.

- **Centro de Desarrollo Infantil y de Atención Temprana (CDIAT):** es aquel servicio que dispone de los recursos personales y materiales, propios o en coordinación con los existentes en la zona de cobertura, suficientes para realizar una intervención global y personalizada a los niños, sus familias y su entorno, que presentan o tienen riesgo de presentar trastornos en su desarrollo.

- **Coordinadora de Atención Temprana:** es aquel grupo o comisión compuesto por representantes de los tres departamentos: Sanidad, Servicios Sociales y Educación; y padres y profesionales implicados en la Atención Temprana. Además de los representantes políticos implicados en cada nivel. Debe existir una Coordinadora a nivel nacional, una para cada una de las autonomías, y una Coordinadora en cada uno de los sectores definidos de cobertura de un Centro de Desarrollo Infantil y Atención Temprana. También se utiliza la denominación: Observatorio de la Infancia.

- **Deficiencia:** es toda pérdida o anomalía en la estructura psicológica, fisiológica o anatómica.

- **Desarrollo psicomotor:** es el proceso evolutivo de relación que cabe esperar entre el niño y su entorno de manera que se facilite la maduración de sus posibilidades sensoriales, motrices y de autonomía personal, así como la organización subjetiva y mental.

- **Discapacidad:** es toda restricción o falta motivada (derivada de una deficiencia) de la capacidad para desarrollar una actividad de un modo normal o dentro de los límites que se consideran normales en el ser humano.

- **Eficacia:** acción o acciones por las que se consigue un objetivo determinado.

- **Eficiencia:** aquella acción o acciones que permiten alcanzar un objetivo de la mejor forma posible.

- **Equipo Interdisciplinar:** es aquel en el que existe un espacio formal para compartir la información, las decisiones se toman a partir de la misma y se tienen objetivos comunes.

- **Equipo Multidisciplinar:** es aquel en el que se intercambia la información pero las decisiones de cada área se toman básicamente de forma independiente por los distintos miembros del equipo.

- **Equipo Multiprofesional:** es aquel compuesto por profesionales de distintas disciplinas.

- **Equipo Transdisciplinar:** es aquel en el que sus componentes adquieren conocimiento de otras disciplinas relacionadas y las incorporan a su práctica. Un solo profesional del equipo asume la responsabilidad de la atención al niño y/o contacto directo con la familia.

- **Población diana:** aquel sector de población que es objetivo de una intervención. En el caso la intervención en Atención Temprana es la población infantil comprendida desde el nacimiento hasta los seis años.

- **Programa de Atención Temprana:** es el programa global que define un Centro de Desarrollo Infantil y Atención Temprana. Incluye los objetivos, estrategias, medios, sistemas de evaluación, etcétera.

- **Programa Individual de Atención Temprana:** es el programa que se elabora para cada niño en concreto. Incluye el diagnóstico, la intervención terapéutica y el seguimiento.

- **Programa Específico de Atención Temprana:** es aquel programa que se elabora para un sector concreto de la población con una característica en común. En el ámbito de la Atención Temprana están los programas de seguimiento para niños de riesgo biológico o social. Además de aquellos programas que se diseñen a nivel de Prevención 1ª y 2ª.

- **Riesgo biológico:** es aquella situación que en los periodos pre-peri /o postnatales o durante el desarrollo temprano puede alterar el desarrollo madurativo. Hay diversas situaciones reconocidas: prematuridad, bajo peso, anoxia, etcétera.

- **Riesgo psico-social:** se da en aquellos niños cuyas condiciones sociales son poco favorecedoras (como la falta de cuidados o de interacciones adecuadas con sus padre y familia, abusos, etcétera) y pueden alterar su proceso madurativo.

- **Sinergia:** es la asociación o cooperación de movimientos, actos u órganos para el cumplimiento de una función. Se utiliza para describir el fenómeno por el cual el resultado final de la actividad del grupo es mayor que la suma de las actividades individuales de sus componentes.

- **Técnico de Desarrollo Infantil:** es aquel profesional que dispone de la formación y la experiencia suficiente para desempeñar su trabajo en la población infantil con trastornos en el desarrollo o riesgo de padecerlos.

- **Trastorno del desarrollo:** es toda desviación del curso del desarrollo, debido a un proceso activo en el que pueden interactuar diferentes factores.

Fecha recepción: 21/03/2005

Fecha aceptación: 5/10/2005