

## **Un nuevo paradigma para la Atención Temprana: el Nivel III de la ODAT.**

A new paradigm for Early Intervention: Level III ODAT.

### **Palabras clave**

Atención Temprana, factores de riesgo, trastornos, recursos, necesidades y apoyos.

### **Key Word**

Early Intervention, risk factors, conditions, resources, needs and supports.

### **Resumen**

La Organización Diagnóstica para la Atención Temprana (ODAT) después de las versiones anteriores 2.004 y 2.008 en 2.011 aparece la versión completa con los niveles I, II y III. Finalmente se ha conseguido una estructura que recoge los factores de riesgo, los trastornos y las intervenciones, 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.

La elaboración de la ODAT en su conjunto ha sido diseñada para facilitar el establecimiento de los canales de coordinación que posibiliten una planificación eficaz y sirvan de cauce para la transferencia de la información. Canales a nivel interinstitucional e intrainstitucional que abarquen desde los ministerios implicados, a las consejerías de las comunidades autónomas, a las administraciones locales, a las organizaciones de los usuarios y a los propios profesionales que tienen a su cargo la atención del niño y su familia, en un entorno determinado y específico. Una definición de esta ODAT completa con los tres niveles, podría ser la siguiente: se trata de un vehículo de síntesis que reúne los requisitos básicos para la gestión de la información, referida a los factores de riesgo, a los trastornos, los recursos, las necesidades y los apoyos, organizados a partir del niño, la familia o su entorno. Con un formato de Conjunto Básico Mínimo de Datos referidos a la Atención Temprana.

### **Abstrac**

The Organization for Early Childhood Diagnostic (ODAT) after the earlier 2004 and 2.008 in 2011 listed the full version with levels I, II and III. Finally, we have obtained a structure that reflects the risk factors, disorders and interventions, but also transcends its original purpose and becomes able to become an instrument for Information Management in Early Intervention. The

development of the ODAT as a whole has been designed to facilitate the establishment of coordination channels that enable effective planning and serve as a channel for transferring information. Channel inter-agency and intra-covering from the ministries involved, the departments of the autonomous communities, local governments, organizations of users and the professionals who are responsible for the care of children and their family, a particular environment and specific. A complete definition of this ODAT the three levels could be: it is a synthesis vehicle meets the basic requirements for managing information relating to risk factors, the conditions, resources, needs and supports, organized from the child, family or environment. With a format of Basic Minimum Data Set related to EI.

### ***1.- Introducción.***

La Organización Diagnóstica para la Atención Temprana (ODAT), se inició 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 empezó 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. 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 la Atención Temprana en el seno de la Federación Estatal de Asociaciones de Profesionales de Atención Temprana (GAT).

Desde su primera edición en noviembre de 2004, la ODAT tenía pendiente la elaboración del Tercer Nivel sobre la Intervención en Atención Temprana (en adelante AT), ya que hace referencia a los recursos existentes y a los apoyos que se establecen para atender las necesidades detectadas en el diagnóstico. La necesidad de elaborar este tercer nivel se ha ido haciendo más patente a medida que avanzaba el proceso de presentaciones en las Comunidades Autónomas de los Niveles I y II, sobre los Factores de Riesgo y los Trastornos. Retomando las ideas iniciales y complementándolas con aportaciones de los últimos documentos publicados sobre AT, se ha confeccionado la presente propuesta sobre el contenido del Nivel III. Se trata de una propuesta novedosa y por lo tanto arriesgada; al no contar con precedentes nos hemos guiado por los contenidos del Libro Blanco de la Atención Temprana, en especial en el proceso de detección, diagnóstico e intervención.

Recordamos la comparación que hacíamos de esta ODAT completa, es decir, con los tres niveles, como si se tratara de "un vehículo de síntesis que reúne los requisitos básicos para la gestión de la información, referida a los factores de

riesgo, a los trastornos, los recursos, las necesidades y los apoyos, organizados a partir del niño, la familia o su entorno".

La elaboración de la ODAT en su conjunto está pensada para facilitar el establecimiento de los canales de coordinación que posibiliten una planificación eficaz y sirvan de cauce para la transferencia de la información. Así pues, la ODAT está diseñada para un uso generalizado, que además facilite la comunicación entre los distintos escenarios en que se sitúa el niño. Desde el hospital en donde nace, los servicios de Pediatría de Atención Primaria, la Escuela Infantil donde acude, etcétera. De hecho, aunque el núcleo de la AT se sitúe en los Centros de Desarrollo Infantil y Atención Temprana a los que son derivados, o deberían serlo los niños con trastornos en su desarrollo o con riesgo de presentarlo, también forman parte de la AT las actuaciones dirigidas a estos niños desde las Unidades Neonatales, desde los Programas de Salud de Seguimiento del Niño, desde los Servicios de Pediatría, desde los Servicios de Rehabilitación, desde la Escuela Infantil, desde los Centros de Salud Mental Infantil, desde los Servicios Sociales de Base, los Servicios Sociales Especializados y un largo etcétera.

La publicación de la ODAT más que un punto de llegada ha de significar un punto de partida, sirviendo como modelo para su utilización en los Centros de Desarrollo Infantil y Atención Temprana (CDIAT de Servicios Sociales, Sanidad o Educación) para su mejora continua, mediante la recogida e intercambio de información tanto a nivel autonómico como estatal. Y puesto que tal y como se menciona en la cultura de calidad "lo que no se puede medir no existe", seamos capaces de medir y clasificar nuestro trabajo en AT a través de la ODAT. Cabe señalar que, al participar de la Cultura de Calidad, la ODAT está diseñada para poder actualizarse continuamente, es decir, ser capaz de adaptarse a un proceso de mejora continua. Por ello, el contenido de sus ejes podrá desarrollarse e incluso ser sustituido por nuevas taxonomías que aparezcan fruto de la investigación y que soporten el proceso de consenso inevitable para una homogeneización mínima y básica de los instrumentos utilizados.

La presentación de este proyecto incluye una justificación del desarrollo del nivel III mediante la descripción del proceso diagnóstico y la enumeración de los objetivos planteados para la ODAT en su conjunto. Se ha realizado una comparación entre el proceso de AT (Detección-Diagnóstico-Intervención), los apartados del análisis DAFO y los tres niveles de la ODAT en donde se constata la correspondencia exacta entre las tres estructuras.

Como resultado final tenemos el Nivel III de la Intervención que consta de tres ejes: Eje VII de la Intervención con el niño, Eje VIII de la Intervención con la

familia, y Eje IX de la Intervención con el entorno. Cada eje se despliega en tres categorías: Recursos, Necesidades y Apoyos.

Por último, en este artículo pondremos en contacto la ODAT con otra clasificación referida a la infancia y en especial la reciente publicación de la Tabla de equivalencias entre la Organización Diagnóstica de Atención Temprana (ODAT) y la Clasificación Internacional de Enfermedades.

## ***2.- Justificación.***

En el documento sobre "Recomendaciones Técnicas para el desarrollo de la Atención Temprana", elaborado por la Federación Estatal de Asociaciones de Profesionales de AT (en adelante GAT) y publicado por el Real Patronato sobre Discapacidad, se insiste y señala en el Capítulo 7 (sobre Desarrollo, requisitos de la asistencia y gestión del servicio) que la eficacia de la AT podría multiplicarse avanzando en la implantación e informatización de procedimientos formalizados, bases de datos y sistemas homologados de codificación como la ODAT, siempre respetando la Ley de Protección de Datos Personales. De aquí la importancia de elaborar de forma definitiva el Nivel III para completar la Organización Diagnóstica, entendiendo la ODAT como una herramienta que nos va a posibilitar el desarrollo de la AT en general.

Manteniendo la directriz propuesta en la ODAT de conformar un Conjunto Mínimo Básico de Datos para la AT, se propone un modelo de cuantificación sencilla pero, al mismo tiempo, de amplio espectro, capaz de recoger tanto las potencialidades como el tipo de las intervenciones que pueden aparecer en el contexto de la AT. La ODAT es una aplicación práctica de los principios teóricos recogidos en el Libro Blanco de la Atención Temprana, por lo que se ha de retomar la definición de AT: "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 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". Es evidente la importancia que se le da en la propia definición a conceptos como intervenciones planificadas, equipo, niño, familia y entorno. Desde este punto de vista resulta inevitable realizar otro esfuerzo con el fin de disponer de un instrumento consensuado para poder registrar los recursos, las necesidades y los apoyos que se van a destinar a la intervención con el niño, su familia y su entorno.

En el diagnóstico de los trastornos del desarrollo debemos considerar tres niveles: funcional, sindrómico y etiológico.

El diagnóstico funcional constituye la determinación cualitativa y cuantitativa de los trastornos o disfunciones. Constituye la información básica para comprender la problemática del niño, considerando la interacción familiar y la de su entorno cultural, sus capacidades y su posibilidad de desarrollarlas. El diagnóstico funcional es imprescindible para poder elaborar los objetivos y estrategias de la intervención.

El diagnóstico sindrómico está constituido por un conjunto de signos y síntomas que definen una entidad patológica determinada. A menudo la identificación de un síndrome o cuadro sindrómico nos permite conocer cuáles son las estructuras (neurológicas, psíquicas o sociales) responsables del trastorno y nos orienta sobre la etiología del mismo. El diagnóstico sindrómico orienta hacia los ámbitos sobre los que debemos obtener mayor información para establecer el diagnóstico etiológico y ayuda a establecer si se trata de una patología estable, transitoria o evolutiva, de base predominante orgánica o ambiental.

El diagnóstico etiológico es el que nos informa sobre las causas, bien de carácter biológico o bien psico-social, de los trastornos funcionales o del síndrome identificado.

En todos los casos intentaremos establecer la etiología de los diferentes trastornos identificados, considerando siempre la probable multifactorialidad de los mismos, en un enfoque amplio que considere los aspectos biológicos, psicológicos, educativos y de entorno en general. A menudo, y con mayor frecuencia para determinadas problemáticas, como trastornos del espectro autista y trastornos del lenguaje, no es posible realizar con absoluta certeza el diagnóstico etiológico, pero en todos los casos intentaremos establecer un diagnóstico de presunción. Delimitar la etiología orgánica precisará en la mayoría de los casos de exámenes complementarios adecuados a las hipótesis diagnósticas, si bien es importante considerar que la normalidad de dichos exámenes no indica la ausencia de una base orgánica del trastorno. Definir la etiología relacional cuando ésta se sitúa en las condiciones del entorno requerirá un adecuado conocimiento de las condiciones sociales, vinculaciones tempranas, organización y expectativas familiares, etcétera.

El diagnóstico funcional constituye la base imprescindible para una planificación terapéutica; los diagnósticos sindrómico y etiológico permiten facilitar información biomédica a la familia y en algún caso un tratamiento específico. El seguimiento evolutivo es fundamental para poder llegar a confirmar las hipótesis diagnósticas iniciales.

Si seguimos las recomendaciones que se recogen en el "Informe resumen sobre Atención Temprana", coordinado por Victoria Soriano, debemos considerar el

diagnóstico como un proceso evaluador que debe realizarse tan pronto como se detecte el problema y que debe determinar el tipo de intervención necesaria de forma dinámica, junto con la familia. La diagnosis es parte de este proceso evaluador y se elabora principalmente en el comienzo del proceso de AT. La evaluación de necesidades se centra en la situación del niño y la familia en un momento específico para saber sus necesidades y puntos fuertes. Como la situación puede cambiar, la evaluación tiene que ser permanentemente revisada. Los resultados del diagnóstico no deben entenderse como estáticos o permanentes. Esto puede afectar a las expectativas y percepciones de los profesionales y las familias. Ayuda a formular objetivos, a planificar y determinar el tipo de intervención necesaria que va a ser evaluada después. Los resultados de la evaluación podrán concluir el proceso o requerir que se proceda a una nueva fase de evaluación de las necesidades/diagnóstico. Es necesario destacar aquí que la participación de las familias es fundamental. Ellas juegan un papel activo durante todo el proceso.

En el proceso de intervención en Atención Temprana, una vez detectado el caso se ha de proceder, en primer lugar, a identificar los factores de riesgo referidos al niño, a la familia y al entorno; en segundo lugar, se han de establecer los trastornos presentes en el niño, la familia y el entorno. Ambas acciones suponen realizar el diagnóstico referido a los niveles I y II de la ODAT. Pero el diagnóstico puede establecerse desde un principio o no, incluso puede ir evolucionando o cambiando a lo largo del tiempo.

A partir de esa situación inicial de análisis el equipo del CDIAT debe elaborar el Plan Individual de Atención Temprana. Para ello, el GAT ha elaborado el Nivel III de la ODAT que viene a constituir una hoja de ruta y que incluye las tres fases relevantes que acompañan al proceso diagnóstico: identificar recursos propios, identificar necesidades y diseñar los apoyos que se van a destinar a esas necesidades. Dichas fases siempre estarán referidas al niño, la familia y el entorno.

En Atención Temprana todo el proceso de intervención es susceptible de variaciones según se va avanzando. El propio diagnóstico o diagnósticos iniciales pueden remitir, evolucionar o transformarse, de igual manera que puede variar la situación personal del menor, de la familia y de su entorno. Así pues, si varían los recursos personales y materiales del niño, de su familia o del entorno, también variarán las necesidades que surgen de la interrelación entre el diagnóstico y los apoyos para hacerle frente. Esto nos lleva a la conclusión de que no se pueden establecer apoyos fijos y estables en todos los casos, sino que los apoyos deberán ser variables y flexibles adaptándose continuamente a las necesidades cambiantes.

La ODAT contempla que la organización de la AT debe posibilitar la adopción de medidas encaminadas a la prevención, la detección precoz de los riesgos de deficiencias y la intervención como proceso tendente a conseguir el máximo desarrollo físico, mental y social. Ya que la AT no puede ser vista exclusivamente como una vertiente de la rehabilitación, de la intervención psico-social o de la educación, sino que debe formar parte de un proceso integral que tiene como fin último el desarrollo armónico de los niños y la integración en su entorno. Para lograr este cometido es necesario que desde los servicios de AT se ofrezcan unos niveles satisfactorios de eficiencia y de calidad en la atención.

La intervención en la población infantil susceptible de sufrir alguna limitación en su proceso de desarrollo, va a ser el mejor instrumento para superar las desigualdades individuales que se derivan de las discapacidades. El logro de las competencias que son propias del proceso evolutivo, va a situar a los niños en condiciones favorables para comprender el mundo circundante y para adaptarse al entorno natural y social.

Los objetivos que propone el Libro Blanco de la Atención Temprana, en su capítulo segundo, confirman la importancia que se le otorga a la intervención y a los recursos adaptados a las necesidades, concretamente señala:

- 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 o situación de alto riesgo.
- Atender y cubrir las necesidades y demandas de la familia y el entorno en el que vive el niño.
- Considerar al niño como sujeto activo de la intervención.

La intervención ha de ser planificada con carácter global y de forma interdisciplinar, considerando las capacidades y dificultades del niño en los distintos ámbitos del desarrollo, su historia y proceso evolutivo, así como las posibilidades y necesidades de los demás miembros de la familia y los recursos de que dispone y el conocimiento y actuación sobre el entorno natural. El programa deberá incluir la temporalización de los objetivos, la evaluación y los modos de consecución de los mismos. En función de las necesidades del niño y también de las de la familia, la intervención se podrá realizar en el CDIAT, en el propio domicilio o en otro lugar, como en el centro educativo o en el hospital. El número de sesiones y el tiempo de duración de cada una de ellas dependerán

de las necesidades del niño según el criterio de los profesionales implicados en su atención. En algunos casos, en función de la edad y características el tratamiento, se podrá realizar en grupos reducidos.

Como ya sabemos, la intervención en AT no se circunscribe al niño sino que incluye la atención a la familia. Esta intervención debe tener como finalidad ayudar a los padres en la reflexión y en la adaptación a la nueva situación, ofreciéndoles la posibilidad de comprender mejor la situación global, evitando que se contemple el problema centrado exclusivamente en el trastorno que padece el niño. Todo ello favoreciendo las actitudes positivas de ayuda al niño, interpretando las conductas de éste en función de sus dificultades e intentando restablecer la interacción en la comunicación entre los padres y el niño. Es importante que los profesionales puedan atender no sólo los aspectos referentes al niño sino también aquellas otras demandas familiares, no siempre fáciles de manifestar, relacionadas con sus relaciones de pareja, con los vínculos establecidos con los otros hijos y con la familia extensa. Hay que ayudarles a entender sus sentimientos y reconocer sus competencias en cuanto a la educación de sus hijos. Además, se deberá facilitar información de todos los recursos administrativos, ayudas económicas y legales con las que los padres pueden contar. Se les ofrecerá la posibilidad de ponerse en contacto con las diferentes asociaciones de padres de niños con dificultades que existan en la comunidad, así como contactos con otros profesionales o dispositivos asistenciales.

La atención a la familia se puede realizar de forma individualizada y complementarse con la atención grupal. En la atención individualizada se debe de abrir un espacio en el que tanto los profesionales como los mismos padres puedan dialogar e intercambiar información referente al tratamiento del niño, la dinámica en el hogar, aspectos familiares generales o escolares. Esta atención puede ser el medio propicio para la familia de transmisión de sentimientos, dificultades respecto de las necesidades de su hijo o de las esperanzas e ilusiones en relación con los avances alcanzados. La atención en grupo debe organizarse como un espacio abierto en el que se favorece y posibilita el encuentro entre varios padres, dándoles la oportunidad de poder expresar y a su vez escuchar las vivencias, sentimientos y dificultades que conlleva esta situación.

Por último, la intervención sobre el entorno, y en concreto la intervención psico-social, establece los siguientes objetivos:

- Ante una grave disfunción familiar, la reconstrucción y reorganización de la familia de origen si se valora como un objetivo viable.
- La protección y acompañamiento cuando se produce un proceso de disolución de los vínculos familiares o la constitución de otros nuevos.

- La reinserción familiar, acogimiento y/o adopción.
- La protección y acompañamiento de los niños institucionalizados sin perspectivas y referentes familiares.
- La intervención ante cualquier trastorno del desarrollo que pueda detectarse y la elaboración de los procesos de duelo o extrañamiento social para padres e hijos.
- Una especial orientación, apoyo e información a las familias ubicadas en un entorno social de riesgo

Las intervenciones psico-sociales requieren de una serie de estrategias que permitan ayudar a la familia a incorporar elementos de mejora que posibiliten un mayor bienestar. Estas estrategias están dirigidas a:

- Activar y potenciar los recursos internos de la propia familia.
- Introducir los recursos necesarios externos a la familia, en función de la problemática del niño y el momento de su ciclo vital.
- Orientar a la familia sobre los medios legales y sociales existentes, facilitándoles el conocimiento de los derechos, servicios, prestaciones económicas o de otra índole e informándoles de las condiciones y forma de acceso a ellas.
- Trabajar la derivación de la familia a otros servicios específicos cuando ésta no pueda resolver por sí misma una problemática concreta.
- Promover la coordinación con profesionales de otros ámbitos e instituciones para poder trabajar conjuntamente estrategias de intervención en casos y situaciones concretas.

El manual de la ODAT señala que el proceso de diagnóstico en AT se basa en el análisis de los factores internos y externos del niño con trastorno en el desarrollo o riesgo de padecerlo, en las dimensiones biológica, psicológica y social y servirá para la toma de decisiones sobre el proceso de intervención. Comporta un estudio global del desarrollo del niño, de su historia personal, de su familia y de su entorno. La participación de los diferentes especialistas necesarios en cada caso facilitará los elementos complementarios para llegar, finalmente, a la formulación del informe diagnóstico interdisciplinar, que servirá de base para iniciar lo más pronto posible la intervención. Por tanto, el diagnóstico ha de incluir la valoración biomédica, la psicológica, la pedagógica y la social. Se deben analizar los aspectos adaptativos y sociales conociendo la situación familiar, las variables del contexto del niño y de su entorno social y cultural.

La ODAT responde a la demanda de los propios profesionales de la AT, demanda recogida por el GAT. Hemos sido los propios profesionales los que la hemos elaborado y seremos estos y otros profesionales que se incorporen los que tendremos que trabajar con ella en un proceso de mejora continua. Esta

demanda insistente versaba sobre la necesidad de articular un mecanismo de clasificación viable, útil y capaz de responder a diversas cuestiones candentes:

- Disponer de información epidemiológica: registros de las necesidades de AT en la población infantil del territorio nacional. Información y registros que permitan: en primer lugar, dirigir de forma eficaz las medidas preventivas; en segundo lugar, 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, calidad de la atención y población atendida; en tercer lugar, comparar nuestra realidad y modelos de AT con otros modelos europeos e internacionales.
- Tener datos fiables sobre la población atendida en distintos entornos asistenciales, terapéuticos y educativos: desde los CDIAT o cualquier otro recurso dependiente de las administraciones sanitarias, educativas o de servicios sociales.

En la ODAT se proponen distintos objetivos en función de los diferentes Niveles. Los Niveles I y II de la ODAT nos permitirán alcanzar los siguientes objetivos:

- 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.

De forma complementaria el Nivel II nos permitirá alcanzar los siguientes objetivos:

- 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 los 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.

### ***3.-El análisis DAFO aplicado a la Atención Temprana.***

La Cultura de Calidad forma parte intrínseca de la AT, por ello hemos realizado el esfuerzo de aplicar una de sus herramientas más potentes al contenido y la estructura de la propia ODAT. Que como cualquier proyecto, debe pasar por un análisis previo sobre todos los aspectos propios y ajenos para poder calibrar su viabilidad. En este sentido, el Análisis DAFO (Debilidades, Amenazas, Fortalezas y Oportunidades) nos ofrece un esquema de trabajo que nos permite poder contemplar de forma global nuestro proyecto.

El análisis DAFO aplicado a la ODAT sigue la estructura que tiene establecida de cuatro elementos. Queda claro que existe un paralelismo entre los niveles de la ODAT y los componentes del análisis DAFO. Este análisis tiene que referirse a las características y situaciones que presenta el niño, su familia y su entorno, y que pueden afectar a su normal desarrollo. Así tenemos que los Nivel I y II, ya publicados en la ODAT (2004), nos describen las posibles Amenazas y las Debilidades propias del niño, su familia y el entorno. Y el Nivel III (2.011) nos permite establecer y clasificar un registro para la Fortalezas y las Oportunidades del niño, su familia y su entorno con respecto a su desarrollo, en un contexto de mejora de la calidad de vida.

Las debilidades en AT se refieren a aquellos aspectos que limitan o reducen la capacidad de desarrollo efectivo del niño. Constituyen un impedimento para la calidad de vida del niño, por lo tanto deben de ser controladas e intervenidas para paliar sus efectos. Se corresponde con el Nivel II de la ODAT que hace referencia a los trastornos.

Las amenazas en AT se definen como todos aquellos factores propios o del entorno que pueden impedir o alterar el desarrollo normal del niño. Se corresponden con el Nivel I de la ODAT sobre los factores de riesgo.

Las fortalezas en AT están constituidas por las capacidades, los recursos propios, los niveles de maduración alcanzados y, consecuentemente, constituyen ventajas que deben y pueden servir para potenciarse mutuamente junto con las oportunidades. Esta contemplado en el Nivel III de la ODAT sobre los recursos propios del niño, su familia y su entorno.

Las oportunidades en AT son todos aquellos factores que pueden suponer un apoyo que permita el mejor desarrollo posible del niño, pudiendo estar dirigidos directamente sobre el niño, y/o sobre su familia o su entorno. Se contemplan en el Nivel III de la ODAT sobre los apoyos implementados desde o a partir del CDIAT.



#### ***4.-Las Unidades de Medida en Atención Temprana (UMAT).***

Se establece como medida estándar la Unidad de Medida en Atención Temprana (UMAT) que recoge intervalos de dedicación horaria que emplean los profesionales para alcanzar los objetivos seleccionados en el Programa Individual de AT, y la repercusión del tiempo dedicado a conseguir los objetivos propios de un CDIAT y equivale a "una sesión de cuarenta y cinco minutos de dedicación de los profesionales del propio CDIAT en un período de tiempo de un mes". No se incluyen ni se contabilizan las atenciones o apoyos recibidos por

otros servicios comunitarios. En su expresión matemática tendríamos: "1 sesión= 45 minutos" y "UMAT = 1 sesión x mes".

Los apoyos establecidos mediante las correspondientes UMATs han de ser variables. Variabilidad que se va a establecer en función de las necesidades actuales que presenta el niño, la familia o el entorno, en sus distintas fases o realidades. Dichas realidades son cambiantes en el niño debido a su proceso madurativo, a sus crisis evolutivas, sus ciclos de salud/enfermedad, etcétera. Igualmente, son realidades cambiantes en la familia provocadas por el propio proceso de diagnóstico, del posible duelo, de conflictos familiares, de crisis evolutivas, de nuevos miembros, etcétera. Y las realidades son cambiantes en el entorno debido a la existencia o no de recursos sociales o sanitarios, la incorporación del niño a la escuela infantil, las dificultades en la integración escolar, etcétera.

La eficacia en la AT debe estar fundamentada en la atención adecuada y específica a la diversidad. Dicha diversidad está referida a los distintos tipos de factores de riesgo y/o trastornos, a las distintas combinaciones posibles entre los factores de riesgo y los trastornos, a los diferentes ritmos de desarrollo dentro de un mismo trastorno, a las distintas trayectorias de las familias hacia una mayor o menor competencia, a los cambios en la existencia, reducción o desaparición de recursos del entorno, etcétera. Esta realidad puede vivirse como una complicación, sin embargo ha de entenderse como una cualidad, como una riqueza específica de la AT. En sí misma constituye un reto. Por una parte, para padres y profesionales, posiblemente arrastrados por una tendencia homogeneizadora y simplificadora; por otra, para la administración por atender a la complejidad sin caer en la tentación de homogeneizar la intervención y evitar el establecimiento de criterios reduccionistas -como la financiación asociada únicamente al número de casos atendidos- sin tener en cuenta la variación entre los casos e, incluso, la variación intra casos a lo largo de los distintos momentos de la intervención. Para las administraciones se trata de establecer sistemas de financiación y de supervisión sensibles a dicha variabilidad, que al tiempo sean sencillos y claros en su implantación. Para los CDIAT se trata, por una parte, de ser flexibles y adaptarse continuamente a las necesidades cambiantes del niño, la familia y el entorno y, por otra, de ser capaces de presentar los resultados de sus intervenciones con transparencia y, progresivamente, con mayor evidencia científica cada vez.

Coincidimos en la necesidad de establecer protocolos con evidencia científica, pero siempre y cuando estos protocolos sean capaces de atender este aspecto significativo de la AT que es la diversidad y su consecuencia lógica referida a la flexibilidad en el volumen y las características de las intervenciones.

En el Nivel III se establecen tres tipos de UMAT en función de que vayan destinadas al niño, a la familia o al entorno, así tenemos:

UMATs tipo A, B y C: que para el niño equivale a “una sesión de cuarenta y cinco minutos de dedicación de los profesionales del propio CDIAT en un período de tiempo de un mes, destinada única y exclusivamente al niño”. No se incluyen ni se contabilizan las atenciones o apoyos recibidos por otros servicios educativos, sanitarios, de otras personas o comunitarios.

UMATs tipo D, E y F: que para la familia equivale a “una sesión de cuarenta y cinco minutos de dedicación de los profesionales del propio CDIAT en un período de tiempo de un mes, destinada única y exclusivamente a la familia”. No se incluyen ni se contabilizan las atenciones o apoyos recibidos por otros servicios educativos, sanitarios, de otras personas o comunitarios.

UMATs tipo G, H e I: que para el entorno equivale a “una sesión de cuarenta y cinco minutos de dedicación de los profesionales del propio CDIAT en un período de tiempo de un mes, destinada única y exclusivamente al entorno”. No se incluyen ni se contabilizan las atenciones o apoyos recibidos por otros servicios educativos, sanitarios, de otras personas o comunitarios.

### **5.- Estructura del Nivel III.**

Siguiendo la estructura de los niveles I y II de la ODAT, que agrupa las categorías y los elementos en tres columnas referidas al niño, a la familia y al entorno, el nivel III se organiza en tres ejes:

<b>Eje</b>	<b>Eje VII Intervención con el niño</b>	<b>Eje VIII Intervención con la familia</b>	<b>Eje IX Intervención con el entorno</b>
<b>R E C U R S O</b>	<b>7.a Personales del niño</b>  <b>7.b Institucionales del niño</b>	<b>8.a Personales de la familia</b>  <b>8.b Materiales de la familia</b>	<b>9.a Personales del entorno</b>  <b>9.b Materiales del entorno</b>

S			
NE CE SI DA DES	7.c Necesidades en el niño	8.c Necesidades en la familia	9.c Necesidades en el entorno
A P O Y O S	7.d Profesionales para el niño  7.e Materiales para el niño	8.d Profesionales para la familia  8.e Materiales para la familia	9.d Profesionales para el entorno  9.e Materiales para el entorno

En la parte de Recursos se registran los "haberess", las fortalezas de que disponen tanto el niño, como sus padres y su entorno. Se establecen seis categorías subdivididas en recursos personales y materiales (7.a, 7.b, 8.a, 8.b, 9.a y 9.b), con un total de veinticuatro elementos de recursos.

A partir de los factores de riesgo y/o de los trastornos y los recursos disponibles hemos de ser capaces de delimitar unas necesidades, que se describen en las tres categorías de Necesidades (7.c, 8.c y 9.c), con un total de quince elementos de necesidades.

En la parte de Apoyos se describen los "deberess", en el sentido de las prestaciones que va a contemplar el PIAT (Programa Individual de AT), es decir, los apoyos que se ha programado destinar al niño, a sus padres o a su entorno, con las vertientes personal y material, estableciendo seis categorías (7.d, 7.e, 8.d, 8.e, 9.d y 9.e) con quince elementos de apoyo.

Con los recursos y los apoyos estaríamos hablando de "Factores de Protección", tanto de los disponibles por hallarse ya presentes o bien de los efectos de las acciones programadas desde el CDIAT.

### **6.- La Tabla de Equivalencias ODAT/CIE.**

La Tabla de Equivalencias entre la Organización Diagnostica para la Atención Temprana (ODAT) y la Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE) ha sido realizada por documentalistas clínicos y técnicos de la Escuela Andaluza de

Salud Pública (EASP) con aportaciones de Pediatras de Primaria y Especializada, Rehabilitadores y Psiquiatras Infantiles.

La dirección donde podemos encontrar este documento es:

[Tabla de equivalencias entre la Organización Diagnóstica de Atención Temprana \(ODAT\) y la Clasificación Internacional de Enfermedades \(CIE\)](#)

[http://www.juntadeandalucia.es/salud/export/sites/csalud/galerias/documentos/c\\_3\\_c\\_1\\_vida\\_sana/infancia\\_y\\_salud/tabla\\_equivalencias.pdf](http://www.juntadeandalucia.es/salud/export/sites/csalud/galerias/documentos/c_3_c_1_vida_sana/infancia_y_salud/tabla_equivalencias.pdf)

La Consejera de Salud y Bienestar Social hace explícito que esta tabla de equivalencias da respuesta a la necesidad de un “lenguaje común” entre profesionales de diferentes disciplinas, niveles y sectores cuando se enfrentan al trabajo interdisciplinar y colaborativo en Atención Temprana, considerando la globalidad de cada niño o niña, su familia y su entorno.

La tabla de equivalencias se incorpora al Sistema de Información de Atención Temprana (Alborada) de la Consejería de Salud de la Junta de Andalucía, con la finalidad de ser una herramienta que favorezca la coordinación y continuidad de la Atención Temprana. Señalar los objetivos que persigue este Sistema de Información diseñado para Andalucía, pero que consideramos extensibles al resto de comunidades autónomas:

- Conocer la prevalencia real de la discapacidad infantil.
- Conocer las diferentes causas de discapacidad de la población infantil.
- Conocer el tipo de discapacidad en base a la ODAT.
- Conocer los recursos de intervención temprana existentes, tanto públicos como privados.
- Conocer las demoras existentes en la atención.
- Conocer el tipo de tratamiento recibido.
- Establecer mecanismos ágiles (on line) de relación entre los CDIATs y los Servicios Sanitarios.

Los autores de la tabla refieren que la tabla contiene todas las posibles equivalencias entre ambas clasificaciones, pero quieren clarificar que, bajo su punto de vista, los diagnósticos presentes en la ODAT implican actividades de prevención primaria, secundaria y terciaria. Por lo que esta tabla de equivalencias recoge aquellos diagnósticos que en determinados casos se considerarán como señales de alerta a seguir en determinados menores, otros precisarán de intervención específica en el ámbito sanitario y/o educativo y en otros casos será necesaria la intervención de todos los actores de la AT.

### ***8.-Tabla completa Nivel III***

Eje	Eje VII	Eje VIII	Eje IX
-----	---------	----------	--------

	<b>Intervención en el niño</b>	<b>Intervención en la familia</b>	<b>Intervención en el entorno</b>
<b>R E C U R S O S</b>	<b>7.a Personales del niño</b> 7.a.1 Motora/Psicomotora 7.a.2 Perceptivo-cognitiva 7.a.3 Comunicación 7.a.4 Autonomía personal 7.a.5 Personal-social 7.a.6 Otros <b>7.b Institucionales del niño</b> 7.b.1 Discapacidad 7.b.2 Dependencia 7.b.2.1 Dependencia moderada 7.b.2.2 Dependencia severa 7.b.2.3 Gran dependencia 7.b.3 NEE 7.b.4 Otros	<b>8.a Personales de la familia</b> 8.a.1 Cuidador principal 8.a.2 Apoyo al cuidador principal 8.a.3 Núcleo familiar 8.a.4 Familia extensa 8.a.5 Otros <b>8.b Materiales de la familia</b> 8.b.1 Recursos materiales familiares 8.b.2 Otros	<b>9.a Personales del entorno</b> 9.a.1 Amistades 9.a.2 Profesionales 9.a.3 Otros <b>9.b Materiales del entorno</b> 9.b.1 Recursos materiales del entorno 9.b.2 Otros
<b>N E C E S I D A D E S</b>	<b>7.c Necesidades en el niño</b> 7.c.1 Área motora/Psicomotora 7.c.2 Área cognitiva 7.c.3 Área de la comunicación 7.c.4 Área autonomía personal 7.c.5 Desarrollo socio-personal	<b>8.c Necesidades en la familia</b> 8.c.1 Cuidador principal 8.c.2 Dinámica familiar 8.c.3 Información 8.c.4 Orientación familiar 8.c.5 Psico-educación 8.c.6 Derivación a otros recursos	<b>9.c Necesidades en el entorno</b> 9.c.1 Intervención en el entorno relacional amplio 9.c.2 Intervención en el entorno escolar 9.c.3 Intervención en el entorno sanitario 9.c.4 Intervención en el entorno social y comunitario
<b>A P O Y O S</b>	<b>7.d Profesionales para el niño</b> 7.d.1 Tipo A 7.d.2 Tipo B 7.d.3 Tipo C <b>7.e Materiales para el niño</b> 7.e.1 Técnicas 7.e.2 Materiales	<b>8.d Profesionales para la familia</b> 8.d.1 Tipo D 8.d.2 Tipo E 8.d.3 Tipo F <b>8.e Materiales para la familia</b> 8.e.1 Económicas. 8.e.2 Comunitarias	<b>9.d Profesionales para el entorno</b> 9.d.1 Tipo G 9.d.2 Tipo H 9.d.3 Tipo I <b>9.e Materiales para el entorno</b> 9.e.1 Técnicas 9.e.2 Materiales

## **9.-Bibliografía.**

- American Association on Mental Retardation. (1997). *Retraso Mental. Definición, clasificación y sistemas de apoyo*. Madrid: Alianza Editorial.
- Belda, J.C. (2006). *Recursos en Atención Temprana. Nivel III de la ODAT*. Revista de Atención Temprana. Volumen 9, nº 1, junio 2006. Murcia: ATEMP.
- Belda, J.C. (2006). *La ODAT: una herramienta para el desarrollo de la Atención Temprana*. Revista Informació Psicològica, nº: 87, págs 68-80 Valencia: Colegio Oficial de Psicólogos del País Valenciano.
- EDIS (2000). *Necesidades, demandas y situación de las familias con menores (0-6 años) discapacitados*. Madrid: IMSERSO.
- GAT (2000). *Libro Blanco de la Atención Temprana*. Madrid: Real Patronato de Prevención y Atención a Personas con Minusvalía.
- GAT (2004). *Organización Diagnóstica para la Atención Temprana*. Madrid: Real Patronato sobre Discapacidad.
- GAT (2005). *Recomendaciones Técnicas para el desarrollo de la Atención Temprana*. Madrid: Real Patronato sobre Discapacidad.
- Pérez-López, J. y Brito, A.G. (2004). *Manual de Atención Temprana*. Madrid: Ediciones Pirámide.
- Ponte, J., Cardama, J., Armazón, J.L., Belda, J.C., González, T. y Vived, E. (2004). *Guía de Estándares de Calidad en Atención Temprana*. Madrid: IMSERSO.
- Shalock, R.L. y Verdugo, M.A. (2004). *Retraso Mental. Definición, clasificación y sistemas de apoyo*. Madrid: Alianza Editorial.
- Schalock, R.L. y Verdugo, M.A. (2006). *Calidad de Vida*. Madrid: Alianza Editorial.

[http://www.juntadeandalucia.es/salud/export/sites/cs salud/galerias/documentos/c\\_3\\_c\\_1\\_vida\\_sana/infancia\\_y\\_salud/tabla\\_equivalencias.pdf](http://www.juntadeandalucia.es/salud/export/sites/cs salud/galerias/documentos/c_3_c_1_vida_sana/infancia_y_salud/tabla_equivalencias.pdf)

