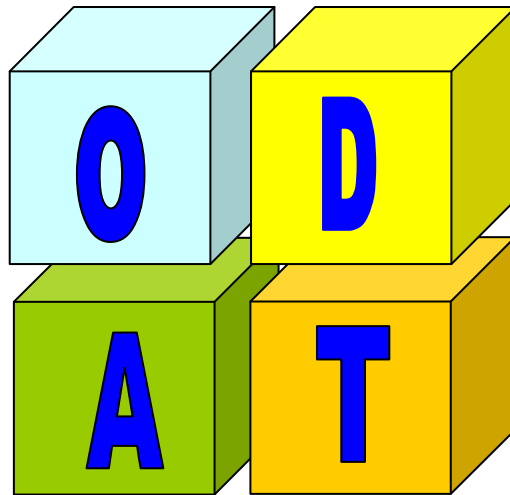


Manual descriptivo Odat ***Actualización 2008***



**Federación Estatal de Asociaciones de Profesionales de
Atención Temprana - GAT**



Real Patronato sobre Discapacidad



Índice

Prólogo	3
Presentación	5
1.- Introducción	7
2.- Justificación de la necesidad de la Organización Diagnóstica para la Atención Temprana	10
3.- Objetivos de la Organización Diagnóstica	14
4.- Descripción de las escalas utilizadas	15
5.- Características de la Organización Diagnóstica	27
5.1.- Estructura	28
5.2.- Descripción de los ejes	29
5.3.- Contenido de los ejes.....	30
6.- Recomendaciones	43
7.- Bibliografía	44
8.- Glosario	46
9.- Autores	76

Prólogo

El proceso diagnóstico en la Atención Temprana es una tarea compleja, que requiere del concurso de profesionales de diversos campos y especialidades, con la que se pretenden determinar las causas que originan o pueden originar trastornos en el desarrollo infantil. La utilización de técnicas y de procedimientos diagnósticos cada vez más sistematizados nos permitirá disponer de la información para comprender la naturaleza de las alteraciones y su grado de incidencia.

Los modelos diagnósticos en la Atención Temprana han experimentado una transformación inherente a los progresos científicos sobre el desarrollo infantil y sobre los factores que inciden negativamente en el periodo prenatal, perinatal o postnatal. Ello ha hecho necesario que el diagnóstico no se detenga sólo en la etiología clínica que origina el trastorno, sino que al propio diagnóstico etiológico se añadan también las informaciones que nos aporte el diagnóstico sindrómico y el diagnóstico funcional. De este modo dispondremos de toda la información necesaria para intervenir de modo más eficaz en todas las facetas y dimensiones que se presentan alteradas.

El diagnóstico en la Atención Temprana necesariamente debe realizarse con un enfoque multidimensional que comprenda las variables intrínsecas del niño en su dimensión biológica, psicológica, social y educativa, y que abarque también las variables extrínsecas que inciden en su desarrollo desde el contexto familiar y desde el entorno social. Por tanto, debe englobar las aportaciones de las valoraciones neonatológicas, neuropediátricas, psicopedagógicas, fisioterapéuticas, logopédicas, etc., que nos permitan conocer el estado de salud del niño y sus capacidades perceptivas, motrices, cognitivas, comunicativas, emocionales, adaptativas y sociales; además del estudio de la familia y del entorno.

La concepción moderna de la Atención Temprana hace necesario que dispongamos de modelos diagnósticos integradores que consideren, además de las patologías de la salud, los aspectos evolutivos, de aprendizaje, y aquellos otros factores contextuales emocionales y ambientales que inciden en el crecimiento, la maduración y el desarrollo del niño.

La Organización Diagnóstica para la Atención Temprana (ODAT) ofrece posibilidades de unificar los criterios diagnósticos, aportando una taxonomía específica para la clasificación de los trastornos del desarrollo infantil. Viene a cubrir la carencia existente en cuanto a herramientas específicas con las que abordar el diagnóstico de los trastornos del desarrollo en todas sus vertientes. Debe servir también para disponer de información epidemiológica y para obtener datos sobre la población atendida con los que planificar los recursos.

Felicitemos al grupo de trabajo que ha elaborado este documento porque con su esfuerzo ponen al alcance de los profesionales un instrumento que facilitará su labor diagnóstica y de intervención.

Es necesario reconocer y agradecer una vez más al Real Patronato sobre Discapacidad el apoyo que ha brindado a la Federación Estatal de Asociaciones de Profesionales de Atención Temprana (GAT) en las iniciativas que viene realizando, y en particular el apoyo que ha ofrecido para poder culminar la Organización Diagnóstica para la Atención Temprana.

Los aspectos defectibles de este primer intento de organizar y unificar el diagnóstico en la Atención Temprana, indudablemente deben ir corrigiéndose en ediciones posteriores a las que se incorporarán aquellas modificaciones que, con la experimentación y el paso del tiempo, sean necesarias. La mejora de este documento es por tanto una responsabilidad que debemos asumir todos los profesionales que trabajamos en Atención Temprana, en aras de disponer de herramientas que faciliten el trabajo diario y que confieran un carácter científico cada vez más depurado a los procedimientos y a las actuaciones que se llevan a cabo en los centros y servicios de Atención Temprana. Con ello podremos introducir mejoras sustanciales en la calidad de la planificación, de la intervención y de los resultados de la Atención Temprana.

M^a Gracia Millá Romero
Presidenta del GAT

Presentación

Esta obra coincide en sus orígenes con la gestación de la Federación Nacional de Asociaciones Autonómicas de Profesionales de la Atención Temprana (GAT). En las primeras reuniones realizadas a partir de 1995, una vez establecido como objetivo común la elaboración del *Libro Blanco de la Atención Temprana*, se fueron perfilando los objetivos, las líneas de trabajo, la estructura y los estatutos de lo que finalmente vendría en consolidarse como el GAT.

Entre las líneas de trabajo de mayor prioridad se establecieron: una clasificación diagnóstica para la Atención Temprana (AT), un manual de Buenas Prácticas para la AT, la calidad en AT, una propuesta legislativa para la AT, etc. En el año 2000 se publica el *Libro Blanco de la Atención Temprana* y se establecen tres grupos de trabajo en el seno del GAT: 1º) La historia de la AT en España; 2º) Circuitos en AT, y 3º) Clasificación Diagnóstica en AT.

La actividad del grupo de trabajo para realizar la Clasificación Diagnóstica se ha distribuido en las cinco fases siguientes:

1ª Fase: 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 decide ir contribuyendo a crear la *Organización Diagnóstica para la Atención Temprana*, en adelante ODAT.

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

3ª Fase: Codificación y redacción de los ejes incluidos al final de la fase 2ª. Principalmente niveles uno y dos. Se realizará: 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 quedará abierta, ya que el contenido de cada eje puede ser sustituido por versiones más avanzadas fruto de las investigaciones de las distintas disciplinas científicas que concurren en la AT.

4ª Fase: 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.

5ª Fase: 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), los servicios sociales y los servicios educativos.

Este proceso se ha iniciado posteriormente a la Fase 4^a, ya que está disponible la estructura definitiva, es decir, en 2.004.

Se ha establecido un convenio de colaboración con la Universidad Politécnica de Valencia. 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. Dado que su participación ha estado vehiculizada por sus respectivas asociaciones autonómicas, los componentes del grupo de trabajo queremos desde aquí expresar nuestro agradecimiento a las asociaciones de: Andalucía, Aragón, Cantabria, Castilla la Mancha, Castilla León, Cataluña, Comunidad de Madrid, Comunidad Valenciana, Extremadura, Galicia, Murcia, La Rioja, País Vasco y Principado de Asturias. Y por último, y especialmente, expresar nuestro profundo agradecimiento al Grupo de Estudios Neonatológicos y Servicios de Intervención (Genysi).

Juan Carlos Belda Oriola
Coordinador de la Publicación

1. INTRODUCCIÓN

El *Libro Blanco de la Atención Temprana* (Madrid, 2000) ha puesto de manifiesto la necesidad de establecer unos criterios específicos de diagnóstico para la Atención Temprana (AT) que, de forma consensuada, nos permita realizar estudios epidemiológicos, diseñar investigaciones, facilitar la toma de medidas preventivas, contrastar formas de actuación y, en definitiva, establecer un lenguaje común entre los profesionales que intervienen en AT desde todos los ámbitos.

En un sentido amplio, podemos afirmar que el diagnóstico del niño, en AT, Tiene por objetivo valorar, entre todos los profesionales del centro, las características funcionales de éste, la forma de interacción con los demás y con la realidad que le rodea; y quizá también las causas responsables del trastorno, en las vertientes biológica, psicológica y social, y su interrelación. Esta perspectiva tridimensional confiere al diagnóstico una especificidad y complejidad particulares que supone la utilización de modelos diagnósticos integradores.

Este enfoque del diagnóstico, además de las variables personales u orgánicas, ha de considerar al propio niño, sus relaciones familiares, la red social y cultural y las interacciones entre todos los elementos de su contexto. Se han de analizar los ambientes significativos, las variables físicas, psicológicas y sociales. Por tanto, hay que abordar los componentes biológicos, emocionales, cognitivos, verbales, y las capacidades de aprendizaje y de relación. El diagnóstico debe abordarse desde este enfoque contextual superando las explicaciones estáticas que en ocasiones olvidan al propio niño objeto del diagnóstico.

Los modelos contextuales, naturalistas o ambientalistas están íntimamente relacionados con el trabajo en equipo, es decir con una concepción multiprofesional tanto del diagnóstico como de la intervención. Los niños con problemas en su desarrollo deben ser valorados en su realidad bio-psico-social y para ello es necesaria la concurrencia de las distintas especialidades que, de modo interdisciplinar, nos permita descifrar y comprender la naturaleza de estas limitaciones para planificar adecuadamente la intervención.

El diagnóstico en AT se ha caracterizado por una multiplicidad de profesionales responsables de la realización de esta tarea desde los sectores de la salud, la educación o los servicios sociales. La creación de los equipos multiprofesionales ha supuesto un hito fundamental en la consolidación de modelos que requieren mayor coordinación y que por consiguiente son más eficaces, no sólo en el diagnóstico sino en todo el proceso de atención al niño y su familia.

Ante la constatación o sospecha de cualquier alteración o disfunción de la salud, de la capacidad de relación, del normal funcionamiento de la motricidad o de la comunicación, todos comprendemos la necesidad de disponer de la información oportuna que nos haga entender las características y el origen de estos trastornos y que nos facilite su abordaje. El diagnóstico debe permitirnos el conocimiento de aquellas alteraciones que comprometen las funciones vitales de la infancia, y debe ser abordado

desde una perspectiva amplia, multifactorial; considerando todos los elementos que puedan originar limitaciones en el normal desarrollo infantil (factores genéticos, problemas de salud, trastornos psicoafectivos, condiciones desfavorables del entorno, etc.). En el diagnóstico de los trastornos del desarrollo en el niño debemos considerar tres niveles: el diagnóstico etiológico, para determinar las causas de las alteraciones; el diagnóstico funcional, que constituye la determinación cualitativa y cuantitativa de los trastornos o disfunciones; y el diagnóstico sindrómico, que define una entidad patológica determinada.

El proceso de diagnóstico en AT se basa en el análisis de los factores internos y externos del niño con trastorno del desarrollo o con 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 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, psicológica y pedagógica debe incluir la valoración de los aspectos emocionales, de la percepción, de la motricidad, de la cognición, de la comunicación, de la autonomía personal y de la capacidad de aprendizaje. También 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 comunicación a los padres de la información diagnóstica es una tarea de gran responsabilidad, que debemos realizar cuando exista suficiente certeza y fiabilidad del diagnóstico, evitando infundir falsas expectativas y teniendo el máximo rigor y objetividad. Intentaremos que la familia y su propio contexto sociofamiliar reaccionen de forma positiva y que pueda llegar a ser un agente impulsor, no sólo de la crianza, sino del rol que le corresponde en el proceso de desarrollo de su hijo.

En AT debemos dar a conocer a las familias, en los primeros contactos o durante toda la intervención (a medida que vayamos teniendo más información), los aspectos biológicos, estructurales o funcionales que presentan alteraciones y que son susceptibles de condicionar el desarrollo de sus hijos, así como la dimensión de estas disfunciones y las posibilidades de superación de las mismas. Esta información se ha de ofrecer con flexibilidad, interpretando la realidad propia del contexto de vida del niño, atendiendo a las particularidades de cada situación familiar. También hay que dar a conocer a la familia los aspectos preservados, las capacidades potenciales que el niño posee, con el objetivo de poder partir de ellas en la intervención.

Los datos diagnósticos deben considerarse como una información que nos va a permitir conocer mejor las posibilidades del niño para trazar el programa de intervención. Hay que evitar que el diagnóstico se convierta en una “etiqueta” que despersonalice la individualidad del niño. En ocasiones, esta “etiqueta” se convierte en su carta de presentación social, y puede llegar a comprometer toda su vida de relación. Cada niño cuenta con unos rasgos distintivos propios que configuran su identidad y sus características individuales, que no deben quedar anulados por padecer una determinada minusvalía, síndrome o retraso en el desarrollo.

Esta clasificación es una organización basada de las clasificaciones al uso y que de forma específica aparecen en la bibliografía. La Organización Diagnóstica que presentamos es eminentemente pragmática y pretende convertirse en un sistema de comunicación común entre los distintos estamentos y Centros de Desarrollo Infantil y Atención Temprana (CDIATs).

Más que redactar una nueva clasificación diagnóstica, hemos elaborado una organización que integra las clasificaciones existentes, siguiendo las directrices del *Libro Blanco* y atendiendo a las particularidades y peculiaridades de la población infantil de 0 a 6 años susceptible de AT. No se pretende definir nuevas categorías diagnósticas, pero sí organizarlas de acuerdo a la realidad y necesidades de la AT.

2. JUSTIFICACIÓN DE LA NECESIDAD DE UNA ORGANIZACIÓN DIAGNÓSTICA PROPIA PARA EL ÁMBITO DE LA ATENCIÓN TEMPRANA

Una preocupación constante del ser humano, que encontramos a lo largo de toda su historia, es la de entender y clasificar los fenómenos con los que se enfrenta. Ordenar y disponer por clases aquello que observamos se considera una buena práctica que contribuye a mejorar nuestra comprensión y conocimiento de los fenómenos observados.

La AT no está ajena a la importancia de disponer de una clasificación diagnóstica consensuada, de utilización universal, que permita manejar datos fiables con los que poder organizar los recursos disponibles y planificar las políticas de mejora más convenientes. Es una necesidad aceptada por todos los sectores.

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 les satisfaga completamente. Ya que estas clasificaciones fueron diseñadas pensando en poblaciones de niños de un intervalo de edad superior a la etapa de AT. 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 consensuado en el sector dificulta el intercambio de información y lleva a la carencia de registros sistemáticos de la población atendida, que sean válidos epidemiológicamente.

En el GAT consideramos que se precisa una organización diagnóstica de referencia, consensuada por los diferentes colectivos de profesionales que intervienen en la AT, que contemple las diferentes problemáticas y ámbitos considerados en la AT y definidos en el *Libro Blanco*. La utilización exclusiva de una de las clasificaciones existentes plantea dificultades por la tipología y edad de los niños de AT.

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, psicológico, familiar y 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 esta manera, es imprescindible que la valoración diagnóstica y su clasificación, consideren al niño y también a los contextos en los que éste se desarrolla, las acciones que el mismo ejerce sobre él y las acciones de educación 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).

La realidad descrita obliga, a menudo, a recurrir a diversas clasificaciones, en función de cual sea la problemática principal del niño, pues, 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.

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 Estadístico (DSM) de los Trastornos Mentales de la American Psychiatric Association presenta una clasificación y un sistema de evaluación multiaxial, 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).

Consideraron sus autores que un amplio repertorio de situaciones, conductas infantiles, y agrupación significativa de signos y síntomas se mantenían sin filiación en las clasificaciones diagnósticas existentes y esta razón les llevó a elaborar una clasificación específica para las primeras edades. También consideraron que los trastornos en las edades tempranas no estaban suficientemente tipificados en el CIE ni en el DSM pues a pesar de distinguirse en la segunda entre trastornos del adulto y de la infancia, los trastornos, según son descritos, sólo se pueden tipificar habitualmente a partir de la edad escolar. Para la clasificación de trastornos motores, de lenguaje y sensoriales remite a la CIE.

Hemos comprobado que a pesar de existir actualmente varias clasificaciones sobre los trastornos que puedan afectar a la población de 0-6 años, no existe una única

clasificación que contemple adecuadamente todas las problemáticas del ámbito de la AT. No existe una clasificación aceptada y utilizada unánimemente por los diferentes colectivos (psicólogos, pedagogos, médicos, logopedas, fisioterapeutas, etc.) de profesionales de la AT.

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)*, con la invitación a los profesionales de la AT de las distintas comunidades autónomas a reunirse y converger en asociaciones profesionales, ha ido generando el caldo de cultivo para que los propios profesionales demanden con insistencia 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 estatal. Información y registros que permitan, en primer lugar, dirigir de forma más 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 y de población atendida; y, 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 Centros de Desarrollo Infantil y Atención Temprana (CDIATs) a cualquier otro recurso de AT dependiente de las administraciones sanitaria, educativa o de servicios sociales.

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 sería, sin duda, un gran avance para el desarrollo científico y técnico de la AT. Esta preocupación desde hace tiempo es objeto de reflexión y constituye una demanda de los profesionales de la AT.

Aunque la tarea es evidentemente difícil y el éxito no está en absoluto asegurado, lo cierto es que el que este proyecto surja y cuente con el respaldo de la *Federación Estatal de Asociaciones de Profesionales de la Atención Temprana* supone un aval que históricamente nunca antes ha disfrutado ninguno de los distintos intentos de clasificación en AT. Por otro lado, el grupo de profesionales reunido para elaborar esta propuesta de Organización y Clasificación Diagnóstica, evidentemente interdisciplinar, está constituido por profesionales que trabajan de forma activa y cotidiana en AT y suman muchos años de experiencia en el diagnóstico de necesidades de AT y en el diseño y desarrollo de programas individualizados de intervención para niños de 0 a 6 años y sus familias. Todo ello da a este proyecto una oportunidad única de conseguir una unificación de los criterios de clasificación diagnóstica, al ser una clasificación especialmente diseñada para estas edades tan particulares.

3. OBJETIVOS DE LA ORGANIZACIÓN DIAGNÓSTICA

La elaboración del *Libro Blanco* ha puesto de manifiesto la necesidad de disponer de una organización diagnóstica con criterios unificados. Los objetivos de la ODAT son los siguientes:

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

Cuando se elabore el nivel III sobre los recursos, se podrán abordar los siguientes objetivos:

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

4. DESCRIPCIÓN DE LAS ESCALAS UTILIZADAS

Para la recogida de información se ha considerado inicialmente revisar las siguientes escalas o clasificaciones previas:

- OMS. Clasificaciones Internacionales (CIE-10, CIDDM, CIF).
- Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales (DSM-IV) Retraso Mental. Definición, Clasificación y Sistemas de Apoyo. (RM).
- Clasificación Diagnóstica 0-3 de la salud mental y los trastornos en el desarrollo de la infancia y la niñez temprana. (0-3).
- Clasificación Francesa de los Trastornos Mentales del Niño y del Adolescente. (CTMEA).
- Otras clasificaciones.

A continuación, vamos a realizar una breve descripción de cada una de ellas.

1. CLASIFICACION INTERNACIONAL DE ENFERMEDADES (CIE)

1.2.- Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE).

La CIE (ICD) de la OMS es la clasificación más aceptada y de mayor uso en centros sanitarios. La información se basa en términos médicos y responde a un esfuerzo para unificar la diversidad de criterios biomédicos. Ha sido diseñada para clasificar los datos sobre morbilidad y mortalidad recogidos con fines estadísticos y para la clasificación de historias clínicas por enfermedad e intervenciones.

La clasificación se publica en varios volúmenes que recogen diferentes aspectos:

- Lista tabular de enfermedades,
- Índice alfabético de enfermedades,
- Lista tabular e índice alfabético de procedimientos.

Además, contiene varios apéndices sobre neoplasias, glosario de trastornos mentales, clasificación de productos farmacéuticos, clasificación de los accidentes industriales y lista de categorías. Estos apéndices son una ayuda para el usuario, proporcionan mayor información sobre el cuadro clínico del paciente y definen mejor un diagnóstico.

Las secciones que tienen relación con la AT vienen clasificadas en los capítulos sobre trastornos mentales, enfermedades del sistema nervioso, complicaciones de gestación, parto y puerperio, anomalías congénitas, condiciones determinadas con origen perinatal. El glosario de trastornos mentales es una lista alfabética de términos utilizados en la clasificación con su correspondiente explicación.

La OMS con la Clasificación Internacional de Deficiencias, Discapacidades y Minusvalías pretende determinar el grado de deficiencia, discapacidad y minusvalía,

consideradas como efectos derivados de la enfermedad como tal, de alteración congénita o de accidente. Supone un esfuerzo por colocar en un continuo la exteriorización anatomopsicofísica, la objetivación funcional y la socialización del individuo sometido a estudio. Existen tres tipologías de las situaciones de deficiencia: la tipología de deficiencias de la CIDDM; la tipología por el Instituto Nacional de Estadística de España en 1.986, en la Encuesta sobre Discapacidades, Deficiencias y Minusvalías; y el proyecto de lista reducida de deficiencias y discapacidades propuesta por el Consejo de Europa (Estrasburgo, 1.990).

1.2.- Clasificación Internacional del Funcionamiento, de la Discapacidad y de la Salud (CIF).

La CIF pertenece a la familia de las clasificaciones internacionales desarrolladas por la OMS. En este sentido es complementaria con la CIE-10.

Objetivo

Brindar un lenguaje unificado y estandarizado y un marco conceptual para la descripción de la salud y los estados “relacionados con la Salud”.

Ha sido diseñada con un propósito múltiple para ser utilizada en varias disciplinas y diferentes sectores. Sus objetivos específicos son:

- Proporcionar una base científica para la comprensión y el estudio de la salud y los estados relacionados con ella, los resultados y los determinantes.
- Establecer un lenguaje común para describir la salud y los estados relacionados con ella, para mejorar la comunicación entre los distintos usuarios.
- Permitir la comparación de datos entre países, entre disciplinas sanitarias, entre los servicios, y en diferentes momentos a lo largo del tiempo.
- Proporcionar un esquema de codificación sistematizado para ser aplicado en los sistemas de información sanitaria.

Estructura

Parte I. Funcionamiento y Discapacidad.

- a.- Funciones y Estructuras Corporales.
- b.- Actividades y Participación.

Parte II. Factores contextuales.

- c.- Factores Ambientales.
- d.- Factores Personales.

Conceptos generales.

- Funcionamiento: es un término global que hace referencia a todas las Funciones Corporales, Actividades y Participación.
- Discapacidad: engloba las deficiencias, limitaciones en la actividad, o restricciones en la participación.

Su carácter interdisciplinar posibilita la comunicación sobre la salud y la atención sanitaria entre diferentes disciplinas y ciencias en todo el mundo.

La CIF está basada en la integración de los modelos médico y social, con el fin de conseguir la integración de las diferentes dimensiones del funcionamiento. La clasificación utiliza un enfoque “biopsicosocial”.

- Modelo médico: considera la discapacidad como un problema de la persona directamente causado por una enfermedad, trauma o condición de salud, que requiere cuidados médicos prestados en forma de tratamiento individual por profesionales. El tratamiento de la discapacidad está encaminado a conseguir la cura, o una mejor adaptación de la persona y un cambio de su conducta.
- Modelo social: considera la discapacidad como un problema de origen social y principalmente como un asunto centrado en la completa integración de las personas en la sociedad. La discapacidad no es un atributo de la persona, sino un complicado conjunto de condiciones, muchas de las cuales son creadas por el contexto/entorno social. El abordaje del problema requiere la actuación social y es responsabilidad colectiva de la sociedad hacer las modificaciones ambientales necesarias para la participación plena de las personas con discapacidad en todas las áreas de la vida social.

Definiciones

Parte I. Funcionamiento y Discapacidad.

Funciones corporales: son las funciones fisiológicas de los sistemas corporales (incluyendo funciones psicológicas).

Estructuras corporales: son las partes anatómicas del cuerpo tales como los órganos, las extremidades y sus componentes.

Deficiencias: son los problemas en las funciones o estructuras corporales tales como una desviación significativa o una pérdida.

Actividad: es la realización de una tarea o acción por una persona.

Participación: es el acto de involucrarse en una situación social.

Limitaciones en la actividad: son dificultades que una persona puede tener en el desempeño/realización de las actividades.

Restricciones en la participación: son problemas que una persona puede experimentar al involucrarse en situaciones vitales.

Parte II. Factores contextuales.

Factores contextuales: representan el trasfondo total tanto de la vida de un individuo como de su estilo de vida.

Factores ambientales: constituyen el ambiente físico, social y actitudinal en que las personas viven y desarrollan sus vidas.

Individual: en el contexto/entorno inmediato del individuo, incluyendo espacios, tales como el hogar, el lugar de trabajo o la escuela.

Social: estructuras sociales formales e informales, servicios o sistemas globales existentes en la comunidad o la cultura, que tienen un efecto en los individuos.

Factores personales: constituyen el trasfondo particular de la vida de un individuo y de su estilo de vida. Están compuestos por características del individuo que no forman parte de una condición o estados de salud. Estos factores pueden incluir el sexo, la raza, la edad, otros estados de salud, la forma física, los estilos de vida, los hábitos, los estilos para enfrentarse a los problemas y tratar de resolverlos, el trasfondo social, la educación, la profesión, las experiencias actuales y pasadas, los patrones de comportamiento globales y el tipo de personalidad, los aspectos psicológicos personales y otras características.

Modo de empleo

La CIF ofrece definiciones operacionales estándar de los dominios de salud y estados “relacionados con la salud”. Estas definiciones describen los atributos esenciales de cada dominio y contienen información sobre lo que está incluido y excluido de cada dominio.

La CIF utiliza un sistema alfanumérico en el que las letras b, s, d y e se utilizan para indicar Funciones Corporales, Estructuras Corporales, Actividades y Participación, y Factores Ambientales. Las letras van seguidas de un código numérico que empieza con el número del capítulo (un dígito), seguido del segundo nivel (dos dígitos) y del tercer y cuarto nivel (un dígito para cada uno).

Las categorías de la CIF están incluidas de manera que la definición de las categorías más amplias incluye subcategorías más detalladas que la situada en un nivel superior. La versión reducida (concisa) cubre dos niveles, mientras la versión completa (detallada) cubre los cuatro niveles.

Los códigos de la CIF sólo están completos con la presencia de un calificador, que indica una magnitud del nivel de salud.

Valoración

La codificación de funciones y estructuras corporales no reviste mayor dificultad. Es una clasificación bastante exhaustiva y válida para todos los rangos de edad. Hay que señalar que estos componentes dan una información de funcionamiento y no de diagnóstico, de lo cual se encarga la CIE 10, recomendándose por la CIF que se utilicen las dos de forma complementaria.

En el componente de Actividades y Participación hay apartados no aplicables a edades tempranas en algunos de los capítulos, sobre todo en el 6 Vida Doméstica, 7 Interacciones y Relaciones Interpersonales, 8 Áreas Principales de la Vida y 9 Vida Comunitaria Social y Cívica, como por ejemplo la adquisición de un lugar para vivir, adquisición de bienes o servicios y adquisición de lo necesario para vivir (dentro del

capítulo de vida doméstica) o trabajo y empleo y vida económica (dentro del capítulo áreas principales de la vida).

Otros apartados son aplicables, pero se echa en falta un mayor desglose que vaya en consonancia con las etapas evolutivas del niño. Por ejemplo, la producción de palabras, frases y discursos que tienen significado literal e implícito, como expresar un hecho o contar una historia en lenguaje oral, se concentran en un único apartado “Hablar” dentro del capítulo de comunicación.

Hay que tener presente un “criterio de edad”, y valorar en cada edad sólo aquellos items que la población de sus mismas características: edad y contexto social y cultural sin una alteración en su condición de salud realiza.

Es importante utilizar los calificadores de desempeño/realización y capacidad, para codificar aquellas situaciones que faciliten la intervención, para un mejor desarrollo del niño.

La introducción de la escala de Factores Ambientales que pueden actuar como facilitadores para superar una deficiencia o barreras que entorpezcan o agraven las dificultades, se valora como muy positivo en términos globales, y de hecho hay algunos factores que parecen de especial interés en edades tempranas, como los familiares cercanos, profesionales de la salud, actitudes individuales de miembros de la familia cercana y de profesionales de la salud, los servicios, sistemas y políticas de educación y formación, sanitarios, etc.

2. MANUAL DIAGNÓSTICO Y ESTADÍSTICO DE LOS TRASTORNOS MENTALES

El Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales presenta una clasificación y un sistema de evaluación multiaxial, 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 está vigente la versión DSM-IV, que comparte los objetivos planteados en las demás versiones, de los que mencionamos el que tuviera utilidad clínica para tomar decisiones terapéuticas en los distintos contextos; el conseguir la fiabilidad de las categorías diagnósticas; la aceptación por clínicos e investigadores de diferentes orientaciones teóricas; y el llegar a un consenso sobre el significado de los términos diagnósticos. Se organiza con las siguientes secciones:

- Trastornos de inicio en la infancia, la niñez o la adolescencia.
- Delirium, demencia, trastornos amnésicos y otros trastornos cognoscitivos.
- Trastornos mentales debidos a enfermedad médica, no clasificados en otros apartados.
- Trastornos relacionados con sustancias.
- Esquizofrenia y otros trastornos psicóticos.
- Trastornos del estado de ánimo.
- Trastornos de ansiedad.
- Trastornos somatomorfos.
- Trastornos facticios.
- Trastornos disociativos.

- Trastornos sexuales y de la identidad sexual.
- Trastornos de la conducta alimentaria.
- Trastornos del sueño.
- Trastornos del control de impulsos no clasificados en otros apartados.
- Trastornos adaptativos.
- Trastornos de la personalidad.
- Otros problemas que pueden ser objeto de atención clínica.

Señalamos los trastornos de inicio en la infancia, la niñez o la adolescencia, por ser aquellos que hacen referencia a la población infantil, objetivo de esta ODAT:

- Retraso mental: Se caracteriza por una capacidad intelectual significativamente por debajo del promedio (un CI igual o inferior a 70), con una edad de inicio anterior a los dieciocho años y con dificultades o insuficiencias en la actividad adaptativa. Se subdivide en Retraso mental leve, moderado, grave y profundo. Incluye una categoría de retraso mental de gravedad no especificada.
- Trastornos del aprendizaje.
- Trastorno de las habilidades motoras.
- Trastornos de la comunicación.
- Trastornos generalizados del desarrollo.
- Trastornos por déficit de atención y comportamiento perturbador.
- Trastornos de la ingestión y de la conducta alimentaria de la infancia o la niñez.
- Trastornos de tics.
- Trastornos de la eliminación.
- Otros trastornos de la infancia, la niñez o la adolescencia (a destacar el trastorno de ansiedad por separación; el mutismo selectivo; y el trastorno reactivo de la vinculación).

3. RETRASO MENTAL. DEFINICIÓN, CLASIFICACIÓN Y SISTEMAS DE APOYO

El propósito de este manual ha sido definir y crear un sistema actualizado de clasificación sobre la discapacidad habitualmente conocida como retraso mental, manteniendo este término comúnmente aceptado.

El retraso mental hace referencia a limitaciones sustanciales en el desarrollo corriente. Se caracteriza por un funcionamiento intelectual significativamente inferior a la media, que tiene lugar junto a limitaciones asociadas en dos o más de las siguientes áreas de habilidades adaptativas posibles: comunicación, cuidado personal, vida en el hogar, habilidades sociales, utilización de la comunidad, autogobierno, salud y seguridad, habilidades académicas funcionales, ocio y trabajo. Su manifestación ha de ser antes de los dieciocho años.

Para poder aplicar la definición es esencial considerar las cuatro premisas siguientes:

1. Una evaluación válida ha de tener en cuenta la diversidad cultural y lingüística, así como las diferencias en los modos de comunicación y en factores comportamentales.
2. Las limitaciones en habilidades adaptativas se manifiestan en entornos comunitarios típicos para los iguales en edad y reflejan la necesidad de apoyos individualizados.
3. Junto con limitaciones adaptativas específicas existen a menudo capacidades en otras habilidades adaptativas u otras capacidades personales.
4. Si se ofrecen los apoyos apropiados durante un período prolongado, el funcionamiento en la vida de la persona con retraso mental mejorará generalmente.

Objetivos

La definición se basa en un enfoque multidimensional. Esto permite describir adecuadamente los cambios que se producen a lo largo del tiempo y evaluar las respuestas de la persona a su crecimiento, a las modificaciones ambientales, a las actividades educativas y a las intervenciones terapéuticas. Los objetivos son:

- Ampliar la concepción del retraso mental.
- Evitar la confianza depositada en el CI para asignar un nivel de discapacidad.
- Relacionar las necesidades de la persona con los niveles de apoyos que requiere.

Estructura

Desde el punto de vista de la persona, el enfoque multidimensional requiere describir globalmente a la persona con retraso mental, teniendo en cuenta:

1. La existencia de retraso mental (frente a otras condiciones discapacitantes).
2. Las capacidades y limitaciones de la persona a nivel psicológico, emocional, de salud y físico.
3. Los ambientes relacionados con la vivienda, escuela/trabajo y entornos comunitarios que facilitan o restringen los factores de calidad.
4. El entorno óptimo y los sistemas de apoyo que facilitan la independencia/interdependencia de las personas, así como su productividad e integración en la comunidad.
5. Un perfil de los apoyos necesarios basándose en los factores previamente mencionados.

Se establece un proceso de tres pasos para diagnosticar, clasificar y determinar los apoyos que precisa una persona con retraso mental.

Paso 1. Diagnóstico de retraso mental: determina su selección para recibir apoyos.

Se diagnóstica retraso mental si:

1. El funcionamiento intelectual del individuo es aproximadamente de 70 a 75 o inferior.
2. Existen discapacidades significativas en dos o más áreas de habilidades adaptativas.

3. La edad de comienzo es inferior a los 18 años.

Paso 2. Clasificación y descripción: identifica las capacidades y limitaciones, y la necesidad de apoyos.

1. Describir las capacidades y limitaciones del individuo en referencia a los aspectos psicológicos/emocionales.
2. Describir su estado general físico y de salud del sujeto e indicar la etiología de su discapacidad.
3. Describir el entorno habitual del sujeto y el ambiente óptimo que podría facilitar su continuo crecimiento y desarrollo.

Paso 3. Perfil e intensidad de los apoyos necesarios: identifica los apoyos necesarios en cuatro dimensiones.

1. Dimensión I: Funcionamiento intelectual y habilidades adaptativas.
2. Dimensión II: Consideraciones psicológicas/emocionales.
3. Dimensión III: Consideraciones de salud física/etiología.
4. Dimensión IV: Consideraciones ambientales.

Valoración

Es un modelo principalmente funcional que más que clasificar el retraso mental de una persona, clasifica la intensidad y el patrón de los sistemas de apoyo en intermitente, limitado, extenso y generalizado. Por tanto, es útil para realizar el diagnóstico de necesidades y planificar la intervención.

Aporta un concepto del retraso mental dinámico que evoluciona en función de los apoyos y no algo estable y definitivo para toda la vida de la persona.

En el sistema de clasificación se da una visión positiva de las personas atendiendo no sólo a las limitaciones sino a las capacidades.

Su sistema de clasificación es sobretodo descriptivo y se refiere a los sistemas de clasificación estandarizados (DSM, CIE, el CI obtenido según escalas de inteligencia, sistemas de observación comparada,...).

Su uso está muy limitado en edades tempranas y es más válido a partir de las edades escolares y sobre todo en personas adultas.

4. CLASIFICACIÓN DIAGNÓSTICA 0 – 3 DE LA SALUD MENTAL Y LOS TRASTORNOS EN EL DESARROLLO DE LA INFANCIA Y LA NIÑEZ TEMPRANA (0-3)

Esta clasificación ha sido realizada por la Fuerza de Tareas para la Clasificación Diagnóstica establecida en 1987 por ZERO TO THREE National Center for Clinical Infant Programs, que está constituida por clínicos e investigadores relevantes de centros de atención infantil de Estados Unidos, Canadá y Europa.

Definición

Es una clasificación de la salud mental y las dificultades del desarrollo en los primeros cuatro años del niño con un enfoque sistemático de base evolutiva. Categoriza los patrones emocionales y conductuales.

Características

Hace hincapié en el hecho de que las categorías diagnósticas no deben emplearse para “etiquetar” a un niño, dejando de lado sus aptitudes, su potencial de manejo exitoso, ni la capacidad intrínseca de los seres humanos para crecer y desarrollarse.

Recoge diversos supuestos y teorías diferentes: las teorías psicodinámicas, del desarrollo, de los sistemas familiares, del relacionamiento y del apego. De forma novedosa y con un peso fundamental en la clasificación, recoge las observaciones sobre los modos, en que los infantes organizan su experiencia, sobre los patrones de interacción entre infante y cuidador, sobre el temperamento, los patrones regulatorios, y las diferencias individuales. Resalta la importancia de considerar que todos los niños participan en relaciones, que se dan en las familias, y las familias forman parte de la comunidad y la cultura globales, y al mismo tiempo, considera que todos los niños tienen su propia progresión evolutiva y presentan diferencias individuales en sus patrones motores, sensoriales, lingüísticos, cognitivos y afectivos. De ello se deduce que tanto el proceso de diagnóstico como el de tratamiento debe ser “abarcativo”, es decir, basarse en una comprensión tan completa como resulte posible de las circunstancias del niño y la familia.

Señala como áreas relevantes del funcionamiento del niño:

- Los síntomas y conductas presentados.
- La historia del desarrollo: el funcionamiento pasado y presente en los planos afectivo, lingüístico, cognitivo, motor, sensorial, familiar e interactivo.
- El funcionamiento de la familia y las pautas culturales y comunitarias.
- Los progenitores como individuos.
- La relación entre el cuidador y el niño, y los patrones de la interacción.
- Las características constitucionales madurativas del infante.
- Los patrones afectivos, lingüísticos, cognitivos, motores y sensoriales.

Además es importante considerar la historia psicosocial y médica de la familia, la historia del embarazo y el parto, y las condiciones y los estresores ambientales presentes.

La evaluación completa ha de suponer que se estudie la historia, se observe directamente el funcionamiento y se clasifique la interacción del infante, abarcando la reactividad y el procesamiento sensorial, el tono y la planificación motores, el lenguaje, la cognición y la expresión afectiva. Siguiendo esta línea, señala que el resultado de la evaluación abarcativa debe llevar a conocer:

- la naturaleza de las dificultades del niño, así como sus puntos fuertes, en comparación con los patrones evolutivos esperables para su edad; y

- la contribución relativa de las diferentes áreas evaluadas a las dificultades y competencias del niño.

Incluye la necesidad de la interdisciplinariedad al señalar dos aspectos: por una parte, indica que el clínico que realice la evaluación debe estar dotado de una “considerable experiencia”; al realizar la evaluación de todas las áreas puede y debe recurrir a especialistas. Por otra parte, señala cuando la responsabilidad de las evaluaciones, la formulación del diagnóstico y el plan de intervención recae sobre un equipo; por lo menos un miembro de ese equipo debe tener una experiencia considerable en la integración de los diferentes resultados en una comprensión integrada de la naturaleza de la dificultad y el tipo de intervención o intervenciones a realizar.

Estructura

La Clasificación Diagnóstica: 0-3 propone un sistema multiaxial provisional que consta de cinco ejes:

Eje I: Clasificación Primaria.

Eje II: Clasificación de la Relación.

Eje III: Trastornos o Estados Físicos, Neurológicos, Evolutivos y Mentales.

Eje IV: Estrés Psicosocial.

Eje V: Nivel Funcional de Desarrollo Emocional.

Valoración

La clasificación pretende desarrollar y categorizar los aspectos emocionales, relacionales y conductuales. Por lo tanto, constituye una clasificación no extensiva sino que complementa otros marcos diagnósticos, ya que por sí misma no incluye todos los tipos de trastorno evolutivo o mental.

5. CLASIFICACIÓN FRANCESA DE LOS TRASTORNOS MENTALES DEL NIÑO Y DEL ADOLESCENTE 2000 (CFTMEA)

La CFTMEA, publicada inicialmente en 1988, es una clasificación estadística biaxial basada en una concepción estructural de la psicopatología, que comporta un glosario con criterios precisos de inclusión-exclusión y de equivalencias con la CIE-10 lo que supone una posibilidad de utilización internacional.

La CFTMEA 2000 constituye la 4ª revisión; sin modificar ni los principios ni las modalidades de utilización de la edición anterior. Se introducen innovaciones que afectan básicamente a numerosos capítulos del eje I, así como a las equivalencias con la CIE-10; finalmente aparece un *eje I bebé (0-3 años)*: muchos de los trastornos o situaciones que afectan a los bebés aparecen ya categorizados en los diferentes capítulos de la clasificación general, pero con este *eje I bebé* se pretende ayudar a clasificar una serie de trastornos específicos que no aparecen en otras categorías.

Comprende dos ejes: el I está dividido en 9 categorías clínicas de base. Es un eje dedicado a las categorías clínicas de base con un sistema nosográfico que organiza el campo clínico en torno a 4 entidades principales: las psicosis infantiles o trastornos

generalizados del desarrollo, los trastornos neuróticos, las patologías de la personalidad y los trastornos reactivos. Las otras 5 categorías de este primer eje sirven para detectar las manifestaciones clínicas asociadas a las entidades principales.

El eje II está consagrado a los factores asociados o anteriores eventualmente etiológicos: factores orgánicos y factores ambientales. Los ítems propuestos no se refieren a un modelo etiológico de exclusión mutua entre componentes orgánicos y psicosociales. Este eje autoriza el apoyo sobre concepciones en las que la enfermedad orgánica, los factores relacionales y sociales pueden ser considerados en su dimensión interactiva.

Puede ser utilizada por profesionales que están lejos de compartir las mismas opciones teóricas.

Eje I: Categorías clínicas de base:

1. Autismo y trastornos psicóticos.
2. Trastornos neuróticos.
3. Patologías límites.
4. Trastornos reactivos.
5. Deficiencias mentales.
6. Trastornos del desarrollo y de las funciones instrumentales.
7. Trastornos de las conductas y de los comportamientos.
8. Trastornos de expresión somática.
9. Variaciones de la normal.

Eje II: Factores asociados o anteriores, eventualmente etiológicos.

- Factores orgánicos.
- Factores y condiciones ambientales.

EJE I bebé (0 a 3 años) (complementos del eje I general)

- Bebés con riesgo de trastornos severos del desarrollo.
- Las depresiones del bebé.
- Bebés con riesgo de evolución disarmónica.
- Los estados de stress.
- Hipermadurez patológica.
- Distorsiones del vínculo.
- Retrasos en adquisiciones diversas (categoría 6 del eje I).
- Trastornos de las grandes funciones psicosomáticas (categorías 7 u 8 del eje I).

6. OTRAS ESCALAS UTILIZADAS

Se incluyen escalas o documentos específicos utilizados para la organización diagnóstica. Citamos:

- Leonhardt, M (1992). *El bebé ciego*. Barcelona: Ed. Masson.
- Narbona, J (1997). *El lenguaje del niño*. Barcelona: Ed. Masson.
- Grupo de Atención Temprana (2001). *Libro Blanco de la Atención Temprana*. Madrid: Real Patronato sobre Discapacidad.

5. CARACTERÍSTICAS DE LA ORGANIZACIÓN DIAGNÓSTICA PARA LA ATENCIÓN TEMPRANA (ODAT)

La utilización de una estructura de tipo multiaxial viene determinada por la complejidad (multiplicidad) de factores a tomar en consideración a la hora de realizar las distintas intervenciones en AT.

Este sistema es necesario, por una parte, para describir la realidad de nuestro objetivo de atención, que es la del niño en su globalidad, su familia y su entorno; y, por otra, para dar cabida a las distintas disciplinas que intervienen, con sus objetivos específicos. Así pues, el sistema multiaxial nos ha de facilitar la tarea de comunicación y participación entre los distintos profesionales implicados en la intervención en AT.

Para la elaboración de la Organización Diagnóstica se utilizan como referencia los contenidos descritos en el *Libro Blanco* y pretende recoger aportaciones de las clasificaciones más utilizadas.

La ODAT contempla:

- Las diferentes disfunciones y trastornos en el desarrollo infantil, a fin de que pueda aplicarse a toda la población infantil (0-6 años), susceptible de recibir Atención Temprana.
- Las distintas dimensiones de los diferentes niveles del diagnóstico: etiológico, funcional y sindrómico.
- Tanto los aspectos descriptivos de la necesidad como los recursos existentes y destinados para la intervención.
- La etiología y la manifestación de los trastornos, los aspectos biológicos, psicológicos, educativos y sociales.
- Los aspectos cuantitativos y cualitativos del desarrollo infantil.
- La planificación de la atención y la utilización como descriptor de las distintas modalidades de atención terapéutica.

La ODAT establece un sistema de correspondencia con el resto de clasificaciones más utilizadas de trastornos del desarrollo en la infancia. Tiene un formato que la hace accesible, de fácil comprensión, aplicación y memorización; y que permite recoger los datos, informatizarlos y luego darles el tratamiento estadístico oportuno.

Una de las aspiraciones más significativa la constituye la posibilidad de poder incluir la descripción no sólo de los aspectos deficitarios sino también de los aspectos favorecedores y compensadores; y los recursos propios del niño, la familia y el entorno.

5.1. ESTRUCTURA

La estructura multiaxial requiere una visión amplia de lo que representa una organización diagnóstica, 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 partir 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 los siguientes niveles:

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

La estructura 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:

- 1- Factores biológicos de riesgo.
- 2- Factores familiares de riesgo.
- 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 familia y con las características del entorno. Incluye:

- 4- Trastornos del desarrollo.
- 5- Familia.
- 6- Entorno.

El **tercer nivel** debe incluir los recursos distribuidos en tres ejes: referidos al niño, a su familia y al entorno, y se desarrollará en una fase posterior de elaboración de la ODAT.

5.2. DESCRIPCIÓN DE LOS EJES

Según la Versión publicada en 2004.

Nivel I

Eje	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. Caract. de los padres 2.b. Caract. 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

Nivel II

Eje	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 psicomotores. 4.e. Retraso evolutivo. 4.f. Trastornos en el desarrollo cognitivo. 4.g. Trastornos en el desarrollo de la comunicación y del lenguaje. 4.h. Trastornos en la expresión somática. 4.i. Trastornos emocionales. 4.j. Trastornos de la	5.a. Trastornos de la interacción 5.b. Tipos de relación familia-niño	6.a.a. Ausencia de cuidadores sensibles 6.a.b. Malos tratos y abusos 6.a.c. Negligencia 6.a.d. Institucionalización prolongada 6.a.e. Permanencia excesiva en guardería o escuela 6.a.f. Hacinamiento 6.a.g. Chabolismo 6.a.h. Violencia e inseguridad ambiental 6.a.i. Pobreza extrema 6.a.j. Estigmatización 6.a.k Confluencia de factores de exclusión

	regulación y del comportamiento. 4.k. Trastornos del espectro autista. 4.l. Plurideficiencias. 4.m. Otros.		
--	---	--	--

5.3. Contenido de los ejes:

En la Edición 2.004 se desarrollaron 6 ejes, con 26 categorías y 184 elementos diagnósticos. En la **Actualización 2.008**, todavía solo contiene los 6 ejes de los dos primeros niveles, con **27 categorías** y **195 elementos diagnósticos**. Además incorpora la aplicación informática.

Eje I: Factores biológicos de riesgo.

1.a Prenatal.

1.a.a. Antecedentes familiares de trastornos auditivos, visuales, neurológicos o psiquiátricos de posible recurrencia.

1.a.b. Embarazos gemelares o embarazo múltiple de mayor orden.

1.a.c. Factores socio-biológicos de riesgo.

1.a.c.1. Teratógenos medioambientales.

1.a.c.2. Teratógenos socio-institucionales.

1.a.c.3. Administración de agentes tóxicos.

1.a.c.4. Contacto con drogas.

1.a.c.5. Teratógenos derivados de enfermedades de tipo biológico.

1.a.c.6. Teratógenos derivados de dependencias de tipo psico-social.

1.a.c.7. Infecciones intrauterinas por virus, bacterias o parásitos.

1.a.d. Síndromes malformativos somáticos y anomalías congénitas.

1.a.d.1. Malformaciones del S.N.C, hidrocefalia congénita,...

1.a.d.2. Malformaciones que afectan a otros órganos: cardiopatías congénitas, gastrointestinales, genitourinarias, disgenesias de extremidades,...

1.a.e. Embarazos complicados.

1.a.e.1. Retraso en el crecimiento uterino, CIR.

1.a.e.2. Aquellas situaciones que han provocado problemas durante el embarazo como sangrados, reposo prolongado, cerclajes, etc.

1.a.f. Factores genéticos.

1.a.f.1. Génicos.

1.a.f.2. Cromosómicos.

1.a.g. Factores nutricionales.

1.a.h. Factores físicos intrauterinos.

1.b. Perinatal.

1.b.a. Recién nacido de bajo peso con retraso de crecimiento intrauterino, con peso < P 10 para su edad gestacional.

1.b.a.1. Peso inferior a 2.500 gramos.

1.b.a.2. Peso inferior a 1.500 gramos.

1.b.b. Recién nacido pretérmino.

1.b.b.1. Edad gestacional < 37 semanas.

1.b.b.2. Edad gestacional < 32 semanas.

1.b.b.3. Edad gestacional < 28 semanas.

1.b.c. Recién nacido con Apgar < 3 al minuto ó < 7 a los 5'.

1.b.d. Recién nacido con ventilación mecánica durante más de 24 horas.

1.b.e. Recién nacido con distress y otras disfunciones respiratorias neonatales.

1.b.f. Asfixia severa.

1.b.g. RN con hiperbilirrubinemia que precise exanguinotransfusión.

1.b.h. Convulsiones neonatales.

1.b.i. Disfunción neurológica persistente (más de 7 días).

1.b.j. Sepsis, meningitis o encefalitis neonatal.

1.b.k. Distocias o problemas en el parto que requieren atención especial en las horas siguientes al parto.

1.c. Postnatal.

1.c.a. Infecciones postnatales del SNC .

1.c.b Accidentes y traumatismos con secuelas neurológicas, motrices o sensoriales.

1.c.c. Enfermedades crónicas de curso complicado que originan asistencia sanitaria y hospitalizaciones continuas.

1.c.d. Epilepsia.

1.c.e. SIDA.

1.c.f. Retraso pondoestatural.

1.c.g. Trastornos endocrinológicos y metabólicos crónicos.

1.c.h. Daño cerebral evidenciado por neuro-imagen.

1.c.i. Hipoacusia detectada en los programas de detección precoz (Otoemisiones acústicas o Potenciales Auditivos).

1.c.j. Alteraciones visuales.

1.d. Otros factores biológicos.

1.d.a. Signos de alerta detectados en los Equipos de Pediatría de Atención Primaria o en los Centros de Educación Infantil.

1.d.b. Signos de alerta detectados en niños en que se desconocen datos.

1.d.c. Otros.

Eje II: Factores familiares de riesgo.

2.a. Características de los padres.

2.a.a. Edad de los padres, inferior a 20 años o superior a 40.

2.a.b. Padres drogodependientes.

2.a.c. Padres con diagnóstico de enfermedad mental, trastornos sensoriales o deficiencia mental.

2.a.d. Antecedentes de retiro de tutela, guardia o custodia de otros hijos.

2.a.e. Enfermedades físicas, neurológicas o degenerativas invalidantes.

2.b. Características de la familia.

2.b.a. Ruptura familiar y/o situaciones críticas.

2.b.b. Ambientes familiares gravemente alterados.

2.b.c. Antecedentes y situaciones de maltrato físico o psicológico.

2.b.d. Familias excluidas socialmente.

2.b.e. Familia monoparental.

2.b.f. Presencia en el núcleo familiar de personas con patologías o trastornos severos.

2.b.g. Acogimiento familiar o adopción.

2.c. Estrés durante el embarazo.

2.c.a. Participación en programas de reproducción asistida.

2.c.b. Ruptura familiar y situaciones críticas.

2.c.c. Embarazos no aceptados, accidentales y traumatizantes (violación).

2.c.d. Embarazos múltiples.

2.c.e. Información de malformaciones o lesiones en el feto (probables o confirmadas).

2.c.f. Programas de reproducción asistida.

2.c.g. Abortos o muerte de hijos anteriores.

2.c.h. Embarazo complicado o de riesgo.

2.d. Estrés en el periodo neonatal.

2.d.a. Parto múltiple.

2.d.b. Diagnóstico perinatal de probable/posible discapacidad física o psíquica o malformación somática.

2.e. Periodo postnatal.

2.e.a. Gemelos, trillizos o más.

2.e.b. Diagnóstico postnatal de probable/posible discapacidad física o psíquica, enfermedad grave o malformación somática.

2.e.c. Situaciones de maltrato físico o psicológico.

2.e.d. Ruptura familiar y situaciones críticas.

2.e.e. Depresión post-parto materna.

2.e.f. Niños con hospitalizaciones frecuentes.

2.e.g. Cambios continuos de cuidadores.

2.e.h. Institucionalización.

2.e.i. Pérdida súbita de algún miembro de la familia primaria (abandono, separación, defunción).

Eje III: Factores ambientales de riesgo.

3.a. Exposición a entornos ambientales con factores de estrés.

3.a.a. Deficiencias en la vivienda, carencia de higiene y falta de adaptación a las necesidades del niño en la vivienda habitual o local de cuidado.

3.a.b. Permanencia y/o nacimiento en prisión.

3.a.c. Hospitalización prolongada o crónica.

3.a.d. Institucionalización.

3.a.e. Exposición frecuente a un exceso de estimulación perceptiva.

3.a.f. Exposición frecuente a deficiente estimulación perceptiva.

3.b. Exposición a entornos sociales con factores de estrés.

3.b.a. Dificultades del entorno para administrar/proveer la alimentación adecuada.

3.b.b. Dificultad del entorno para mantener rutinas de sueño.

3.b.c. Entorno inseguro y con dificultades para que el niño desarrolle la propia iniciativa.

3.b.d. Exposición a relaciones inestables /inadecuadas.

3.b.e. Dificultad para el acceso adecuado a los adultos cuidadores.

3.b.f. Pérdida de referente importante para el niño, por cualquier causa.

3.b.g. Exposición a escenas de violencia en el domicilio, las instituciones o la TV.

3.b.h. Exposición a prácticas y situaciones inadecuadas.

3.c. Exposición a factores de exclusión social de la familia.

3.c.a. Condiciones de vida que facilitan el aislamiento social en el propio entorno familiar y en relación a otros entornos sociales.

3.c.b. Familia con dificultades de acceso a los recursos sociales.

3.c.c. Nuevos modelos familiares.

Eje IV: Trastornos en el desarrollo.

4.a. Trastornos en el desarrollo motor.

4.a.a. Parálisis cerebral infantil/ Trastorno motor cerebral.

4.a.b. Tr. de origen espinal.

4.a.c. Tr. de origen periférico.

4.a.d. Tr. de origen muscular.

4.a.e. Tr. de origen óseo-articular.

4.a.f. Tr. del tono no especificado.

4.a.g. Hábitos y descargas motrices.

4.b. Trastornos visuales.

4.b.a. Niños con ceguera congénita.

4.b.b. Ceguera adquirida.

4.b.c. Niños de baja visión.

4.b.d. Nistagmo.

4.b.e. Estrabismo.

4.b.f. Defectos de refracción.

4.c. Trastornos auditivos.

4.c.a. Conductiva o de transmisión.

4.c.b. Perceptiva o neurosensorial.

4.c.c. Mixta.

4.c.d. Hipoacusia leve.

4.c.e. Hipoacusia moderada.

4.c.f. Hipoacusia grave o severa.

4.c.g. Hipoacusia profunda.

4.c.h. Cofosis.

4.c.i. Prelocutiva.

4.c.j. Perilocutiva.

4.c.k. Postlocutiva.

4.d. Trastornos psicomotores.

4.d.a. Retraso psicomotor simple.

4.d.b. Trastornos de la coordinación dinámica.

4.d.c. Trastornos de la coordinación estática.

4.d.d. Trastornos de la coordinación viso-manual.

4.d.e. Trastornos de la estructuración espacial.

4.d.f. Trastornos de la organización temporal.

4.d.g. Trastornos del esquema corporal.

4.d.h. Trastornos de la lateralidad.

4.d.i. Trastornos del control respiratorio.

4.e. Retraso evolutivo.

4.e.a. Retraso evolutivo leve.

4.e.b. Retraso evolutivo moderado.

4.e.c. Retraso evolutivo grave.

4.e.d. Retraso evolutivo profundo.

4.e.e. Retraso evolutivo no especificado.

4.f. Trastornos en el desarrollo cognitivo.

4.f.a. Retraso mental leve.

4.f.b. Retraso mental moderado.

4.f.c. Retraso mental grave.

4.f.d. Retraso mental profundo.

4.f.e. Retraso mental no especificado.

4.f.f. Altas habilidades.

4.g. *Trastornos en el desarrollo de la comunicación y del lenguaje.*

4.g.a. Dislalia.

4.g.b. Retraso simple del habla.

4.g.c. Disglosia.

4.g.d. Disartria.

4.g.e. Disfemia.

4.g.f. Retraso simple del lenguaje.

4.g.g. Disfasia (TEDL) o (TPDL).

4.g.h. Afasia Infantil congénita.

4.g.i. Afasia Infantil adquirida.

4.g.j. Disfonías.

4.h. *Trastornos en la expresión somática.*

4.h.a. Afecciones somáticas.

4.h.b. Trastornos psicofuncionales.

4.h.c. Enuresis.

4.h.d. Encopresis.

4.h.e. Trastornos de la alimentación.

4.h.f. Trastornos del sueño.

4.h.g. Retraso psicógeno del crecimiento.

4.i. *Trastornos emocionales.*

4.i.a. Trastorno por estrés traumático.

4.i.b. Trastorno por ansiedad en la infancia.

4.i.c. Trastorno del estado de ánimo: reacción al duelo.

4.i.d. Depresión en la infancia.

4.i.e. Trastorno mixto de la expresividad emocional.

4.i.f. Trastorno de la identidad genérica.

4.i.g. Trastorno reactivo al vínculo.

4.i.h. Trastorno adaptativo.

4.i.i. Mutismo selectivo.

4.j. Trastornos de la regulación y del comportamiento.

Trastornos de la regulación.

4.j.a. Temeroso cauto.

4.j.b. Negativo-desafiante.

4.j.c. Hiporeactivo.

4.j.d. Desorganizado, motor-impulsivo.

4.j.e. Otros.

Trastornos del comportamiento.

4.j.f. Trastornos por déficit de atención y comportamiento perturbador.

4.j.g. Trastorno por déficit de atención con hiperactividad, tipo combinado.

4.j.h. Trastorno por déficit de atención con hiperactividad, tipo con predominio del déficit de atención.

4.j.i. Trastorno por déficit de atención con hiperactividad, tipo con predominio hiperactivo-impulsivo.

4.j.j. Trastorno por déficit de atención con hiperactividad no especificado.

4.j.k. Trastorno disocial.

4.j.l. Trastorno negativista desafiante.

4.j.m. Trastorno de comportamiento perturbador no especificado.

4.k. Trastornos del espectro autista.

4.k.a. Trastorno multisistémico.

4.k.b. Trastorno autista.

4.k.c. Trastorno de Rett.

4.k.d. Trastorno desintegrativo infantil.

4.k.e. Trastorno de Asperger.

4.k.f. Trastorno generalizado del desarrollo no especificado.

4.l. Plurideficiencias.

4.l.a. Plurideficiencias.

4.m. Otros.

4.m.a. Otros.

Eje V: Familia.

5.a. Trastornos de la interacción.

5.a.a. Relaciones inestables.

5.a.b. Relaciones alteradas.

5.a.c. Relaciones deterioradas.

5.a.d. Graves trastornos de la relación.

5.a.e. Relaciones negligentes.

5.b. Formas de la relación familia-niño.

5.b.a. Tendencia sobreprotectora.

5.b.b. Tendencia a la apatía o al descuido.

5.b.c. Tendencia al rechazo.

5.b.d. Tendencia agresivo-dominante.

5.b.e. Tendencia ambivalente.

5.b.f. Tendencia abusiva.

Eje VI: Entorno.

6.a. *Trastornos del entorno.*

6.a.a. Ausencia de cuidadores sensibles.

6.a.b. Malos tratos y abusos.

6.a.c. Negligencia.

6.a.d. Institucionalización prolongada.

6.a.e. Permanencia excesiva en guardería o escuela.

6.a.f. Hacinamiento.

6.a.g. Chabolismo.

6.a.h. Violencia e inseguridad ambiental.

6.a.i. Pobreza extrema.

6.a.j. Discriminación.

6.a.k. Confluencia de factores de exclusión.

6. RECOMENDACIONES

Es importante reseñar que el diseño de esta Organización Diagnóstica está pensado para que sea una primera versión, que sirva de plataforma para otras versiones más completas, a medida que puede ir incorporando instrumentos y escalas concretas en sus diversos ejes, sustituyendo versiones anteriores.

De hecho la comisión de elaboración de esta Organización Diagnóstica recomienda que se impulsen grupos de trabajo e investigaciones para desarrollar y perfilar con más exactitud los códigos de todos los ejes.

En el tercer nivel, de los “recursos programados”, cuando se desarrolle en categorías más concretas deberá tener en consideración la posibilidad de incorporar criterios de evaluación; evaluación de los resultados esperados y producidos por los recursos aplicados. En este sentido habrá que preparar la Ficha Individual para que sea capaz de acumular los distintos códigos que se puedan seleccionar a lo largo de la intervención de cada caso.

Toda la Organización Diagnóstica debe pasar por el proceso de adquisición de una aplicación informática que facilite su utilización generalizada y posibilite el procesamiento de los datos.

7. BIBLIOGRAFÍA

- 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.
- Narbona, J. (1997) *El lenguaje del niño*. Barcelona: Masson.
- Leonhardt, M. (1992) *El bebé ciego*. Barcelona: Masson.
- 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.
- V.V.A.A. (2001). *Libro Blanco de la Atención Temprana*. Madrid: Real Patronato sobre Discapacidad.

Bibliografía recomendada

- Amiel-Tison, C. y Grenier, A. (1984). *Valoración neurológica del recién nacido y del lactante*. Barcelona: Masson.
- Bugíé C., Pegenaute F., Ruiz G. *La codificació en el Diagnostic Etiologic, sindromic i funcional dels trastorns del desenvolupament en la primera infancia*. Documents d'assistència tècnica de serveis socials, nº 6. Generalitat de Catalunya. Departament de Benestar Social.
- Belda; J.C. (2002). *El desarrollo Infantil y la Atención Temprana*. Madrid.: Genysi. Portal: [http:// paidos.rediris.es/genysi/](http://paidos.rediris.es/genysi/)
- Caplan, D. (1992). *Introducción a la neurolingüística y al estudio de los trastornos del lenguaje*. Madrid: Visor Distribuciones.
- Egea, C. y Sanabria, A. (2001). *Experiencias de Aplicación en España de la Clasificación Internacional de Deficiencias, Discapacidades y Minusvalías*. Madrid: Real Patronato sobre Discapacidad.
- Forns M. (1993). *Evaluación psicológica infantil*”.Ed. Barcanova. Barcelona.
- Flehmg, I. (1988). *Desarrollo normal del lactante y sus desviaciones. Diagnóstico y tratamiento tempranos*. Buenos Aires: Médica Panamericana (3ª Ed.).
- Guralnick, M. J. (1997): *The effectiveness of early intervention*. Baltimore, Paul H. Brookes.
- International Clearinghouse for Birth Defects Monitoring Systems (1996). International Clearinghouse for Birth Defects Monitoring Systems Annual Report 1996. Roma: International Centre for Birth Defects.
- Lira, P. (2002). *Modelo ecológico: Perspectiva integradora*. Internet. Dirección: <http://slap.net/abusos/modelo.htm>
- Martínez Frias, M.L. (1989). *Prevención de malformaciones congénitas. Investigación epidemiológica en España (1976-1988)*. Madrid: Real Patronato de Prevención y Atención a Personas con Minusvalías. Serie Documentos, 18/89.
- Meisels, S. y Shonkoff, P. (1990): *Handbook of early childhood intervention*. Cambridge, Cambridge University Press.
- Millá MG y Mulas F (2002). *Diagnóstico interdisciplinar en Atención Temprana*. Revista de Neurología. Vol 34. Suplemento 1.
- Osofsky, J. D y Fitzgerald, H. E. (2000). *WAIMH Handbook of infant mental health*. WAIMH.
- VV. AA. (1998) *Protocolo para la detección precoz de la hipoacusia*. Comisión para la detección precoz de la hipoacusia (CODEPEH). Madrid. INSALUD
- VV. AA. (2000). *Neurología Pediátrica*. Madrid: Ergón.
- VV. AA. (2001). *Niño maltratado*. Comunidad Virtual de Cuidados Intensivos y Urgencias. Dirección: <http://www.ucip.net/urgencias/maltratado.htm>
- Zeanah, C. H. (1993). *Handbook of infant mental health*. New York: The Guilford Press.

8. Glosario

Eje I: Factores biológicos de riesgo.

1.a. Prenatal.

1.a.a. Antecedentes familiares de trastornos auditivos, visuales, neurológicos o psiquiátricos de posible recurrencia.

Antecedentes familiares de trastornos neurológicos de posible recurrencia, RN con hermano con patología neurológica no aclarada o con riesgo de recurrencia. Son situaciones especiales que ocurren en ciertas familias con antecedentes de recién nacidos fallecidos a las pocas horas o días de nacer o que varios miembros de la familia presentan enfermedades hereditarias, etc.

Antecedentes familiares de trastornos psiquiátricos de posible recurrencia. Hijo de padres con patología mental o familias con historial amplio de problemas mentales por la carga genética familiar, por lo que puede influir en la interacción de los padres con el bebé. También hay que incluir a los hijos de madres que por su enfermedad o por el tratamiento que reciben son susceptibles de una supervisión o de ayuda para la crianza de su hijo.

1.a.b. Embarazos gemelares o embarazo múltiple de mayor orden.

Los embarazos gemelares plantean serios riesgos para la mujer y los fetos. El riesgo de muerte fetal es diez veces mayor en un feto gemelar que en un feto único. La mortalidad neonatal también es mayor, principalmente porque el 50% de los gemelos nacen prematuramente y un alto porcentaje tienen retardo de crecimiento. Los fetos de embarazos gemelares pueden sufrir crecimiento discordante (síndrome feto transfundido–feto transfusor) y a veces una combinación de ambas patologías. En gemelos monocigotos se observan con mayor frecuencia éstas y otras complicaciones. Los trillizos y embarazos múltiples de mayor orden son especialmente vulnerables. Las mujeres con embarazo gemelar desarrollan anemia, preeclampsia, hiperémesis y polihidramnios con mayor frecuencia y sufren más complicaciones en el parto y puerperio. Con el avance del embarazo, se agobiarán cada vez más con el trabajo físico (OMS).

1.a.c. Factores socio-biológicos de riesgo.

1.a.c.1. Teratógenos medioambientales.

Contaminantes industriales, desechos y contaminantes químicos como el plomo, metilmercurio y los bifenilos policlorinados, pesticidas y plaguicidas.
Agentes físicos como radiaciones.

1.a.c.2. Teratógenos socio-institucionales.

Debidos a iatrogénica, falta de aplicación o descuido de la normativa, tratamiento o técnica sanitaria, deficiencias o desarrollo insuficiente en los protocolos asistenciales: control del embarazo, técnicas de reproducción asistida,...

1.a.c.3. Administración de agentes tóxicos.

Los citostáticos, anticonvulsivantes, anticoagulantes orales, litio...

1.a.c.4. Contacto con drogas.

Que pueden afectar al feto durante el embarazo. Se refiere a las madres que antes y durante el embarazo viven en una situación de drogadicción o que están en programas de desintoxicación, etc.

1.a.c.5. Teratógenos derivados de enfermedades de tipo biológico.

Enfermedades maternas: como la *Diabetes mellitus*, el hiper e hipotiroidismo no tratado, las epilepsias, nefropatías crónicas y otras,...

1.a.c.6. Teratógenos derivados de dependencias de tipo psico-social.

Dependencia de alcohol, tabaquismo u otras drogas legales.

1.a.c.7. Infecciones intrauterinas por virus, bacterias o parásitos.

Enfermedades virales como citomegalovirus CMV, rubéola, sífilis, herpes, toxoplasmosis, SIDA.

1.a.d. Síndromes malformativos somáticos y anomalías congénitas.

1.a.d.1. Malformaciones del SNC, hidrocefalia congénita,...

1.a.d.2. Malformaciones que afectan a otros órganos: cardiopatías congénitas, gastrointestinales, genitourinarias, disgenesias de extremidades,...

1.a.e. Embarazos complicados.

1.a.e.1. Retraso en el crecimiento uterino, CIR.

Valores de altura uterina por debajo de lo esperado o indicativos de retardo de crecimiento en los controles ecográficos del embarazo).

1.a.e.2. Aquellas situaciones que han provocado problemas durante el embarazo como sangrados, reposo prolongado, cerclajes, etc.

1.a.f. Factores genéticos.

Tanto si son hereditarios como mutaciones espontáneas e inexplicables.

1.a.f.1. Génicos.

Aquellos trastornos debidos a los genes dominantes o recesivos, conocidos o no, que dan lugar a trastorno del desarrollo. Entran aquí enfermedades que se pueden diagnosticar actualmente como Síndrome X frágil, Síndrome Prader Willi, Síndrome Angelman, Síndrome Williams, Neurofibromatosis, etc. y otras en que se están estudiando los genes implicados como miopatías, trastornos osteoarticulares, enfermedades mitocondriales, los errores innatos del metabolismo como la galactosemia, la tirosinemia, las acidurias, etc.

1.a.f.2. Cromosómicos.

Los que se producen por alteración numérica o estructural de los cromosomas, como por ejemplo la trisomía 21 (s. de Down), las deleciones, traslocaciones, etc.

1.a.g. Factores nutricionales.

Para mantener sano al feto no sólo hay que evitar posibles teratógenos sino que también se debe seguir una dieta completa que aporte las necesidades nutricionales y calóricas de la embarazada. Un importante factor es que la madre no haya seguido los controles de embarazo donde se vigila estrechamente el crecimiento del feto, la presencia de anemia, déficit nutricional, etc. Una de las sustancias necesarias para un desarrollo apropiado es el folato (ácido fólico). Una cantidad insuficiente del mismo en la dieta incrementa el riesgo de que el bebé sufra espina bífida u otros defectos del tubo neural. Es importante seguir el programa de aporte de ácido fólico incluso antes del embarazo, las mujeres en edad fértil deberían consumir folato. Otro de los factores a tener en cuenta es el adecuado aporte de yodo durante el embarazo y periodo de lactancia. El déficit de yodo se ha puesto en relación con trastornos de desarrollo y dificultades de aprendizaje. (Programa de yodo y salud de la OMS).

1.a.h. Factores físicos intrauterinos.

El líquido amniótico rodea al feto dentro del útero y lo protege de las lesiones. Una cantidad anormal de líquido amniótico puede indicar o causar ciertos defectos congénitos. Una escasa cantidad, oligoamnios,

puede interferir el desarrollo normal de los pulmones y las extremidades, o bien puede indicar una anomalía renal que dificulta la producción de orina. La acumulación de líquido amniótico, hidramnios, puede suceder cuando el feto tiene dificultades para tragar, un problema que puede ser causado por un grave trastorno cerebral, como la anencefalia, o por una atresia esofágica.

1.b. Perinatal.

1.b.a. Recién nacido de bajo peso con retraso de crecimiento intrauterino, con peso < P 10 para su edad gestacional.

1.b.a.1. Peso inferior a 2.500 gramos.

1.b.a.2. Peso inferior a 1.500 gramos.

1.b.b. Recién nacido pretérmino.

1.b.b.1. Edad gestacional < 37 semanas.

1.b.b.2. Edad gestacional < 32 semanas.

1.b.b.3. Edad gestacional < 28 semanas.

1.b.c. Recién nacido con Apgar < 3 al minuto ó < 7 a los 5'.

El test de Apgar se aplica a todos los recién nacidos al minuto y a los cinco minutos de vida de forma obligada, en muchas ocasiones a los 10 minutos de vida. Si se precisa reanimación, cada 5 minutos se debe hacer una valoración del estado del neonato. Este test valora la reactividad del niño, el color, el llanto, el tono y la frecuencia cardíaca, se puntúa con un mínimo de 0 y un máximo de 2 cada uno de los parámetros y se hace una suma final. El test de Apgar menor de 3 al minuto o menor de 7 a los cinco minutos es indicador de una asfixia perinatal. El test de Apgar al minuto indica al médico qué tipo de reanimación tiene que realizar. El test de Apgar a los 5 minutos menor de 7 puede correlacionarse con dificultades del desarrollo, sobre todo si va unido a un estado neurológico alterado los primeros días de vida.

1.b.d. Recién nacido con ventilación mecánica durante más de 24 horas.

Hay recién nacidos que por su inmadurez, por problemas respiratorios, cardíacos, infecciosos, etc. precisan recibir ventilación con un respirador o con algún sistema de soporte que emplea oxígeno. Se considera factor de riesgo cuando esta situación se prolonga más de 24 horas.

1.b.e. Recién nacido con distrés y otras disfunciones respiratorias neonatales.

Por lo que haya precisado administración de oxígeno de forma prolongada.

1.b.f. Asfixia severa.

Criterios de asfixia severa: Apgar < 3 al minuto ó < 7 a los 5'. Precisar reanimación profunda. Exploración neurológica alterada los primeros días, pH al nacimiento < 7. Entraría en este grupo la encefalopatía hipoxico-isquémica producida por asfixia severa que repercute en el estado neurológico los primeros días (coma, convulsiones, hipotonía, etc.).

1.b.g. RN con hiperbilirrubinemia que precise exanguinotransfusión.

1.b.h. Convulsiones neonatales.

1.b.i. Disfunción neurológica persistente (más de 7 días).

1.b.j. Sepsis, meningitis o encefalitis neonatal.

1.b.k. Distocias o problemas en el parto que requieren atención especial en las horas siguientes al parto.

1.c. Postnatal.

1.c.a. Infecciones postnatales del SNC.

La infección que afecta a las meninges y/o al sistema nervioso (meningitis o encefalitis) puede dejar secuelas sensoriales visuales y auditivas. Las infecciones son más frecuentes en los niños menores de 1 año.

1.c.b. Accidentes y traumatismos con secuelas neurológicas, motrices o sensoriales.

Entran en este grupo los accidentes físicos, intoxicaciones, deshidrataciones graves, etc. que pueden afectar al desarrollo del niño y que si se repiten nos deben hacer sospechar maltrato infantil

1.c.c. Enfermedades crónicas de curso complicado que originan asistencia sanitaria y hospitalizaciones continuas.

En este grupo entran las enfermedades no neurológicas que pueden influir en el correcto desarrollo del niño por hospitalizaciones, intervenciones, periodos prolongados de hipoestimulación, etc. así como los niños que tienen complicaciones continuadas que hacen que tengan problemas de oxigenación de la sangre y que precisan en ocasiones recibir oxígeno domiciliario durante varios meses, etc. Por ejemplo, espasticidad bronquial, enfermedad pulmonar crónica, cardiopatías congénitas con repercusión hemodinámica, asma bronquial, enfermedades crónicas renales, reumáticas, inmunológicas, etc. Se pueden incluir aquí los niños que tienen otitis serosa crónica que afecta en su capacidad de audición y lenguaje.

1.c.d. Epilepsia.

Se refiere a las convulsiones repetidas y a los síndromes epilépticos tipo S. de West, epilepsia mioclónica infantil, etc. propios de los primeros años de vida que cursan con convulsiones y deterioro del desarrollo.

1.c.e. SIDA.

Por varias razones, como enfermedad crónica, precisión de tratamiento continuado, infecciones que alteran la salud, situación social de riesgo que acompaña en ocasiones, otras veces los padres también están enfermos, etc.

1.c.f. Retraso pondoestatural.

Se refiere a niños que tienen síndromes o enfermedades que cursan con dificultad para la ganancia de peso, talla y superficie corporal, por lo que influyen en la fuerza de los músculos, capacidad de movimiento, etc. En otras ocasiones acompañan de fenotipo característico, como por ejemplo la acondroplasia, lo que puede ocasionar problemas emocionales y de integración en el grupo.

1.c.g. Trastornos endocrinológicos y metabólicos crónicos.

Niños que son diagnosticados de hipotiroidismo congénito, hipoglucemias mantenidas, trastornos del metabolismo por errores innatos, etc. Precisan tratamientos crónicos, acudir frecuentemente al médico, etc.

1.c.h. Daño cerebral evidenciado por neuro-imagen.

Hay niños que son diagnosticados durante el periodo fetal o en los primeros meses de alteraciones morfológicas en el sistema nervioso, por ejemplo, dilatación de los ventrículos, ausencia de cuerpo calloso, etc. Hay que seguir de cerca el desarrollo en estos casos, tanto por observar al propio niño como para acompañar a la familia que vive con angustia la incertidumbre sobre la normalidad de su hijo.

1.c.i. Hipoacusia detectada en los programas de detección precoz (otoemisiones acústicas ó potenciales auditivos).

En estos casos se pone en marcha un protocolo de acción que permite que el niño antes de los 6 meses haya recibido la atención desde el punto de vista auditivo especializado. No debemos olvidar el resto de aspectos del desarrollo ni la situación emocional de la familia durante todo el proceso.

1.c.j. Alteraciones visuales.

Niños que nacen con malformaciones o trastornos de globos oculares o de las vías visuales. Niños prematuros que han desarrollado como complicación retinopatía del prematuro (ROP), que han recibido tratamiento con láser, que muestran nistagmus congénito o dificultad para el seguimiento visual, etc.

1.d. Otros factores biológicos.

1.d.a. Signos de alerta detectados en los Equipos de Pediatría de Atención Primaria o en los Centros de Educación Infantil.

En ocasiones el equipo de Pediatría o el centro educativo donde acude el niño observan algún signo de alerta en el desarrollo o en la exploración del niño que no ha presentado ningún factor de riesgo de los anteriormente mencionados. En estos casos hay que tener en cuenta dicha sospecha como factor de riesgo y realizar un seguimiento y atención del niño.

1.d.b. Signos de alerta detectados en niños en que se desconocen datos.

Se pueden considerar en este grupo los niños cuyos antecedentes desconocemos por ser niños adoptados, inmigrantes, que han sufrido abandono, etc. En estas situaciones se suman varios factores de riesgo, biológicos, psicológicos y sociales.

1.d.c. Otros.

Eje II: Factores familiares de riesgo.

2.a. Características de los padres.

2.a.a. Edad de los padres, inferior a 20 años o superior a 40.

2.a.b. Padres drogodependientes.

2.a.c. Padres con diagnóstico de enfermedad mental, trastornos sensoriales o deficiencia mental.

2.a.d. Antecedentes de retiro de tutela, guardia o custodia de otros hijos.

2.a.e. Enfermedades físicas, neurológicas o degenerativas invalidantes.

2.b. Características de la familia.

2.b.a. Ruptura familiar y/o situaciones críticas.

2.b.b. Ambientes familiares gravemente alterados.

2.b.c. Antecedentes y situaciones de maltrato físico o psicológico.

2.b.d. Familias excluidas socialmente.

2.b.e. Familia monoparental.

2.b.f. Presencia en el núcleo familiar de personas con patologías o trastornos severos.

2.b.g. Acogimiento familiar o adopción.

2.c. Estrés durante el embarazo.

2.c.a. Participación en programas de reproducción asistida.

2.c.b. Ruptura familiar y situaciones críticas.

2.c.c. Embarazos no aceptados, accidentales y traumatizantes (violación).

2.c.d. Embarazos múltiples.

2.c.e. Información de malformaciones o lesiones en el feto (probables o confirmadas).

2.c.f. Programas de reproducción asistida.

2.c.g. Abortos o muerte de hijos anteriores.

2.c.h. Embarazo complicado o de riesgo.

2.d. Estrés en el periodo neonatal.

2.d.a. Parto múltiple.

2.d.b. Diagnóstico perinatal de probable/posible discapacidad física o psíquica o malformación somática.

2.e. Periodo postnatal.

2.e.a. Gemelos, trillizos o más.

2.e.b. Diagnóstico postnatal de probable/posible discapacidad física o psíquica, enfermedad grave o malformación somática.

2.e.c. Situaciones de maltrato físico o psicológico.

2.e.d. Ruptura familiar y situaciones críticas.

2.e.e. Depresión post-parto materna.

2.e.f. Niños con hospitalizaciones frecuentes.

2.e.g. Cambios continuos de cuidadores.

2.e.h. Institucionalización.

2.e.i. Pérdida súbita de algún miembro de la familia primaria (abandono, separación, defunción).

El interés por la noción de riesgo social nace paralelamente con el interés por la prevención. Riesgo se refiere a la presencia de un factor o factores que aumentan la posibilidad de que aparezca una determinada situación o conducta. Tanto riesgo, como prevención son conceptos relativos a un problema concreto, no deseado que ha de ser claramente definido. Obviar tal definición lleva a confusiones sobre los objetivos de las situaciones preventivas.

Cuando hablamos de la necesidad de prevenir se hace a partir de la recopilación sistemática de datos que apuntan la existencia de factores de riesgo. Desde este punto de vista, el factor de riesgo se refiere a determinadas condiciones biológicas, psicológicas o sociales, medidas mediante variables directas o indicadores (sociales o psicosociales) que, acordes con los conocimientos científicos, se ha demostrado que participan con una significación estadística en los antecedentes, o en las situaciones asociadas, o implicadas con la emergencia de diferentes enfermedades, problemáticas o necesidades sociales.

Eje III: Factores ambientales de riesgo.

3.a. Exposición a entornos ambientales con factores de estrés.

3.a.a. Deficiencias en la vivienda, carencia de higiene y falta de adaptación a las necesidades del niño en la vivienda habitual o local de cuidado.

Se refiere a deficiencias en la construcción, exposición al frío, la humedad o el calor, falta de luz natural, habitaciones sin ventilación, luz escasa o excesiva, falta de agua corriente, dotación elemental de muebles, electrodomésticos, complementos para niños (silla, cuna, trona, juguetes, etc.). Espacio insuficiente: hacinamiento.

3.a.b. Permanencia y/o nacimiento en prisión.

3.a.c. Hospitalización prolongada o crónica.

3.a.d. Institucionalización.

3.a.e. Exposición frecuente a un exceso de estimulación perceptiva.

Se refiere por exceso a la presencia de ruidos o luces excesivas, sobresaltos (UCIP), etc. También a los niños que con frecuencia tienen que recorrer múltiples escenarios fragmentarios o discontinuos en la vida cotidiana: diversidad de locales, viajes, islas comerciales, etc., o por defecto.

3.a.f. Exposición frecuente a deficiente estimulación perceptiva.

Se refiere a la ausencia de estímulos ambientales (locales uniformes o vacíos). También a los niños que apenas salen de su casa.

3.b. Exposición a entornos sociales con factores de estrés.

3.b.a. Dificultades del entorno para administrar/proveer la alimentación adecuada.

Se refiere a la imposibilidad de lactancia materna, las deficiencias o excesos nutritivos continuados, la alimentación desordenada, las dificultades para cubrir necesidades especiales de alimentación (celíacos, alimentación por sonda).

3.b.b. Dificultad del entorno para mantener rutinas de sueño.

Se refiere por exceso a los escenarios en que es difícil conciliar el sueño, hay interrupciones continuadas o sobresaltos, vivencia de entorno inseguro. Por defecto, al desorden en las rutinas de sueño, dejarle dormir de manera indefinida.

3.b.c. Entorno inseguro y con dificultades para que el niño desarrolle la propia iniciativa.

Se refiere a un hábitat con exposición continuada a accidentes domésticos, accidentes de circulación, etc., con dificultades para disponer de espacios de juego y exploración.

3.b.d. Exposición a relaciones inestables /inadecuadas.

Se refiere a los cambios continuos en los cuidadores (turnos de enfermeras, auxiliares, educadores) y al exceso de variabilidad o rigidez en las actitudes y rutinas lo que dificulta el reconocimiento mutuo. Se incluirá en este apartado las situaciones en que hay inestabilidad en las relaciones con los padres (asistencia frecuente a guarderías de tránsito de centros comerciales,...).

3.b.e. Dificultad para el acceso adecuado a los adultos cuidadores.

Se refiere a las dificultades para ser atendido y entendido por los cuidadores en razón a su insensibilidad o desconocimiento de las actividades y necesidades de cada niño o a la sobrevaloración o minusvaloración de sus posibilidades.

3.b.f. Pérdida de referente importante para el niño, por cualquier causa.

3.b.g. Exposición a escenas de violencia en el domicilio, las instituciones o la TV.

Se refiere a la facilidad de acceso a escenas de violencia social, de menosprecio o minusvaloración social, explotación, pornografía,...

3.b.h. Exposición a prácticas y situaciones inadecuadas.

3.c. Exposición a factores de exclusión social de la familia.

3.c.a. Condiciones de vida que facilitan el aislamiento social en el propio entorno familiar y en relación a otros entornos sociales.

Se refiere a las condiciones de vida que generan viviendas dormitorio, soledad parental de hecho, exceso de rutinas parentales exclusivamente diádicas, rutinas parentales muy desorganizadas, rutinas parentales discontinuas, uso excesivo de la TV como cuidador, doble jornada parental, carencias de tiempos compartidos por los padres, nuclearización de la familia, ausencia de hermanos/as.

3.c.b. Familia con dificultades de acceso a los recursos sociales.

Se refiere a las dificultades de acceso al sistema sanitario, dispositivos ortoprotésicos para la movilidad, la audición, la visión, la comunicación, dificultad de acceso al sistema de servicios sociales, eliminación de barreras arquitectónicas, ayudas técnicas para la vida diaria, acceso a guarderías o redes de cuidado alternativos, grupos familiares de apoyo, servicios de los CDIAT; dificultad de acceso a escuelas infantiles, adaptaciones del entorno escolar, adaptaciones curriculares; dificultad de acceso a lugares de ocio o recreo, ausencia de transportes accesibles.

3.c.c. Nuevos modelos familiares.

Parejas homosexuales, familias monoparentales, reagrupadas, tri o pluriparentales.

Eje IV: Trastornos en el desarrollo.

4.a. Trastornos en el desarrollo motor.

4.a.a. Parálisis cerebral infantil/ Trastorno motor cerebral.

Trastorno crónico de la postura y del movimiento ocasionado por daño cerebral no progresivo que acontece en un cerebro en desarrollo. Puede ser tetraplégica (cuatro miembros), hemipléjica (brazo y pierna de un hemicuerpo), dipléjica (extremidades inferiores), atáxica (predomina el desequilibrio), espástica (aumento del tono), discinética (predominan los movimientos involuntarios). Tipos: Tetraparesia espástica. Tetraparesia atetósica. Tetraparesia mixta. Diplejia espástica. Hemiparesia espástica. Monoparesia espástica. Diplejia atáxica. Síndrome de desequilibrio. Ataxia.

4.a.b. Tr. de origen espinal.

Poliomielitis. Espina bífida. Malformación de la médula espinal que condiciona alteración motriz desde el segmento malformado en sentido descendente, generalmente afecta a las extremidades inferiores y a los esfínteres. Lesiones medulares degenerativas: Enfermedad de Werding-Hoffman. Síndrome de Wohlfart-Kugelberg. Esclerosis lateral amiotrófica. Ataxia de Friedreich. Traumatismos medulares.

4.a.c. Tr. de origen periférico.

Parálisis braquial obstétrica. Lesión del plexo braquial, que inerva el brazo, que se produce durante el parto. Neuropatías.

4.a.d. Tr. de origen muscular.

Distrofia muscular de Duchenne. Distrofia muscular de Becker. Distrofia muscular de Emery-Dreifuss. Limb girdle (Distrofia de cinturas). Distrofia muscular facioescápulohumeral. Síndrome escapuloperoneal. Distrofia muscular distal. Distrofia muscular oculofaríngea. Distrofia ocular. Distrofia muscular congénita. Distrofia muscular congénita Fukuyama. Distrofia miotónica o Enfermedad de Steinert.

4.a.e. Tr. de origen óseo-articular.

Malformaciones congénitas: amputaciones, agenesias de miembros, luxación congénita de la cadera, artrogriposis. Malformaciones distróficas: condodistrofia., osteogénesis imperfecta. Malformaciones Microbianas: osteomielitis aguda, tuberculosis óseo-articular. Reumatismos de la infancia: reumatismo articular agudo, reumatismo crónico. Lesiones osteoarticulares: desviaciones de columna., enfermedades de la cadera, anomalías de la rodilla, anomalías del pie, anomalías de las extremidades superiores.

4.a.f. Tr. del tono no especificado.

Asimetría postural. Hipotonía. Hipertonía.

4.a.g. Hábitos y descargas motrices.

Los tics se definen como movimientos o vocalizaciones rápidas, repetidas sin finalidad: la CIE-10 los clasifica en: tics transitorios, tics crónicos, trastorno de Gilles de la Tourette. Otros movimientos anormales que no poseen su brusquedad ni su carácter estereotipado como: movimientos atetoides, movimientos distónicos, temblores, crisis convulsivas focales, manierismos y/o movimientos coreiformes.

4.b. Trastornos visuales.

4.b.a. Niños con ceguera congénita.

Según la ONCE se considera ciego congénito al niño que desde su nacimiento no conserva con ninguno de sus dos ojos 1/10 de la visión normal, de acuerdo con la Escala Wecker, y esto llevando corrección con gafas.

4.b.b. Ceguera adquirida.

Se considera ceguera adquirida la que sobreviene cuando el niño ha nacido con visión y por diferentes causas pierde la vista. Entre las diferentes causas estarían: retinopatía del prematuro, glaucoma, queratitis, retinopatía pigmentaria, desprendimiento de retina, retinoblastoma, neuritis, atrofia óptica, miopía progresiva, traumatismos, cuerpos extraños, accidentes vasculares, etc.

4.b.c. Niños de baja visión.

Son aquellos que presentan una disminución de la visión, en algunos casos rozando el límite de la ceguera y que a pesar de la corrección con medios ópticos y/o tratamientos o intervenciones quirúrgicas presentan problemas similares a la ceguera. El problema puede ser congénito o adquirido.

4.b.d. Nistagmo.

Movimientos rápidos e involuntarios del globo ocular, normalmente son bilaterales y los movimientos de los ojos pueden ser: horizontales, verticales, rotativos o mixtos. Conlleva problemas de fijación y de agudeza visual.

4.b.e. Estrabismo.

Consiste en la desviación ocular o pérdida de paralelismo de los ojos. La mayoría de los estrabismos se deben a: defectos de refracción no corregidos, debilidad de fusión congénita o adquirida por enfermedades infecciosas, anomalías musculares y otros.

4.b.f. Defectos de refracción.

Las variaciones del ojo normal que no se deben a enfermedad alguna se denominan defectos de refracción o ametropías. Las formas principales de ametropía son: hipermetropía, miopía, astigmatismo y anisometropía.

4.c. Trastornos auditivos.

La clasificación se realiza en función de varios criterios: por la localización de la lesión, por la gravedad (cantidad de pérdida en decibelios) y por el momento de aparición.

Por la localización de la lesión:

4.c.a. Conductiva o de transmisión.

Originada por alteraciones y/o lesiones del pabellón auditivo, conducto auditivo externo u oído medio.

4.c.b. Perceptiva o neurosensorial.

Originada por lesiones en el oído interno- cóclea y/o vías nerviosas auditivas.

4.c.c. Mixta.

Originada por lesiones en el oído medio y en el oído interno.

Por la gravedad:

4.c.d. Hipoacusia leve.

Umbral de percepción entre 21 y 40 dB HL. Consecuencia: el lenguaje oral podrá establecerse pero existirán problemas en la percepción y adquisición de algunos fonemas. Probable necesidad de apoyo profesional y recursos tecnológicos (audífonos).

4.c.e. Hipoacusia moderada.

Umbral de percepción entre 41 y 70 dB HL. Consecuencia: existirán dificultades para la adquisición normal del lenguaje oral. Percepción del habla limitada. Necesidad de apoyo profesional y recursos tecnológicos (audífonos).

4.c.f. Hipoacusia grave o severa.

Umbral de percepción entre 56 y 90 dB HL. Consecuencia: dificultades muy importantes en la adquisición del lenguaje oral y en la percepción del habla. Necesidad de apoyo profesional y recursos tecnológicos (audífonos-implante coclear).

4.c.g. Hipoacusia profunda.

Umbral de percepción superior a 90 dB HL. Consecuencia: imposibilidad de adquisición espontánea de lenguaje oral. Necesidad de apoyo profesional y recursos tecnológicos (implante coclear).

4.c.h. Cofosis.

Restos auditivos inexistentes. Consecuencia: similar a “4.c.g.”. Las consecuencias expuestas están referidas a pérdidas bilaterales.

Por el momento de aparición:

4.c.i. Prelocutiva.

Entre 0-2 años.

4.c.j. Perilocutiva.

Entre 2-4 años.

4.c.k. Postlocutiva.

Después de la adquisición del lenguaje.

4.d. Trastornos psicomotores.

4.d.a. Retraso psicomotor simple.

Retraso en el desarrollo motor y psicomotor no atribuible a ninguno de los factores de riesgo, ya sean de origen biológico, familiar o ambiental.

4.d.b. Trastornos de la coordinación dinámica.

Trastornos que impiden una adecuada armonía, ejecución y/o control de los movimientos gruesos precisos para realizar y educar los automatismos en los desplazamientos en el espacio, tales como: reptar, gatear, andar, correr, frenar, saltar, trepar, etc., así como la conjugación de varias acciones simultáneas.

4.d.c. Trastornos de la coordinación estática.

Trastornos relacionados con la coordinación de movimientos que no implican desplazamiento espacial y que impiden la adecuación e integración de gestos y movimientos, así como la disociación de éstos a nivel segmentario y que interfieren sobre el control postural y el equilibrio general.

4.d.d. Trastornos de la coordinación viso-manual.

Trastornos que propician un cierto grado de imprecisión en la ejecución de conductas que implican destrezas en motricidad fina (independencia de los movimientos de los dedos, pinza superior), control de las tareas requeridas para adecuar un movimiento manipulativo a la situación u objeto visualmente percibido. Abarca desde la adecuada prensión hasta el trazado de gráficos, desde la recepción al lanzamiento de objetos, desde el control del impulso a la fuerza de éste, a la rapidez y a la precisión.

4.d.e. Trastornos de la estructuración espacial.

Trastornos que afectan a la integración de la información recogida a través de los receptores sensoriales sobre las propiedades espaciales del entorno y lo que se halla en él y que requiere habilidad para mover el cuerpo en modo integrado alrededor y a través de los objetos de ese entorno, su situación y permanencia, su representación interiorizada, volumen, peso, forma, número, e implica conceptos de dirección, ubicación y distancia, etc.

4.d.f. Trastornos de la organización temporal.

Trastornos vinculados a las vivencias corporales íntimamente ligadas a la estructuración espacial, que implican una inadaptación a un ritmo exterior, a una velocidad objetiva, a una duración, a continuidad e irreversibilidad, intervalo, simultaneidad y sucesión, conciencia de los conceptos cronológicos (pasado, presente, futuro, antes, ahora, después, largo, corto, etc.).

4.d.g. Trastornos del esquema corporal.

Trastornos que afectan a la percepción y representación psíquica o conciencia de las partes del propio cuerpo, su localización, su experimentación y uso, tanto en movimiento como en reposo; la interrelación de sus partes y de la relación con los demás y su entorno.

4.d.h. Trastornos de la lateralidad.

Trastornos que afectan a la dominancia lateral, su implantación, su destreza, al predominio manual gestual espontáneo o socializado, a la asimetría funcional, coordinación de miembros, su independencia, disociación, mal establecimiento, contrariedad, incapacidad de inhibición voluntaria, torpeza, alteraciones tónicas, físicas y psíquicas; bilateralidad.

4.d.i. Trastornos del control respiratorio.

Trastornos íntimamente ligados con el tono general, alteraciones en la mecánica ósea, muscular y diafragmática. Disritmias respiratorias y su coordinación con otras actividades motrices. Perturbaciones emocionales y psicósomáticas, alteraciones físicas del aparato respiratorio; mala frecuencia y volumen que inciden en el lenguaje.

4.e. Retraso evolutivo.

Esta categoría diagnóstica ha sido establecida por el GAT para ser aplicada en aquellos casos que requieren un diagnóstico inicial o provisional. En concreto, va dirigida al primer año de vida de los niños y, en todo caso, se puede prologar hasta que se pueda obtener una puntuación objetiva, por medio de pruebas psicométricas estandarizadas, de las competencias cognitivas de estos niños.

El retraso evolutivo hace referencia a la población infantil que a lo largo de su primer año de vida presenta algún factor de riesgo biológico familiar o del entorno, y que además presenta retraso en la aparición de los hitos evolutivos promediados en dos o más de las áreas de desarrollo (psicomotor, perceptivo-cognitivo, comunicación, autonomía, relación personal, etc.).

Se establece una gradación a partir de las puntuaciones obtenidas en pruebas estandarizadas de desarrollo evolutivo (Brunet-Lezine, Bayley, Battelle, etc), en función de la interpretación clínica realizada a partir de más o menos una desviación típica. Así tenemos:

4.e.a. Retraso evolutivo leve.

Cuando presenta más de una desviación típica por debajo de la puntuación media estándar.

4.e.b. Retraso evolutivo moderado.

Cuando presenta más de una desviación típica y media por debajo de la puntuación media estándar.

4.e.c. Retraso evolutivo grave.

Cuando presenta más de dos desviaciones típicas por debajo de la puntuación media estándar.

4.e.d. Retraso evolutivo profundo.

Cuando presenta más de dos desviaciones y media típica por debajo de la puntuación media estándar.

4.e.e. Retraso evolutivo no especificado.

Se aplica en aquellos casos que no presentan factores de riesgo significativos, pero que el equipo especializado en Atención Temprana prescribe una intervención, ya sea de seguimiento, de asesoramiento o de tratamiento.

4.f. Trastornos en el desarrollo cognitivo.

4.f.a. Retraso mental leve.

Los niños en este nivel pueden desarrollar habilidades sociales y de comunicación durante el periodo de Educación Infantil (0-6) y tiene un deterioro mínimo en las áreas sensoriomotrices (DSM-IV). Se alcanza, en la mayoría de las ocasiones una independencia (autonomía) completa para el cuidado personal, para actividades prácticas y de la vida doméstica. Se presentan algunas dificultades para la actividad escolar manifestando problemas de lectura y escritura. En ocasiones se puede identificar una etiología orgánica, pero no en la mayoría de los casos (CIE-10).

Si se utilizan tests de inteligencia estandarizados, el retraso mental leve se corresponde con puntuaciones de CI comprendidas entre 50 y 69.

4.f.b. Retraso mental moderado.

Los niños con este nivel pueden mantener conversación y aprender habilidades sociales y de comunicación durante el periodo de educación infantil (DSM-IV-TR). Son lentos en el desarrollo de la comprensión y del uso del lenguaje, y alcanzan un dominio limitado en esta área. La adquisición de las capacidades de cuidado personal y de las habilidades motrices están retrasadas. Los progresos escolares son limitados, se puede aprender lo esencial para la lectura, la escritura y el cálculo (CIE-10).

El CI está comprendido entre 35 y 49. Suelen haber grandes discrepancias entre los perfiles de habilidades.

4.f.c. Retraso mental grave.

En el periodo de educación infantil se observa un desarrollo motor pobre y el niño adquiere pocas habilidades verbales para la comunicación (DSM-IV). La etiología orgánica y la asociación con otros trastornos son similares a los del retraso mental moderado, pero con niveles más bajos (CIE-10). El CI está comprendido entre 20 y 34.

4.f.d. Retraso mental profundo.

En los primeros años muestran una capacidad mínima para el funcionamiento sensoriomotriz, requieren para su óptimo desarrollo un entorno altamente estructurado, con ayuda y supervisión constante y una relación personalizada (DSM-IV).

El CI es inferior a 20, lo que significa que los afectados están gravemente incapacitados para comprender y cumplir instrucciones o requerimientos. Movilidad restringida, falta de autonomía, no control de esfínteres y comunicación no verbal (CIE-10).

4.f.e. Retraso mental no especificado.

Se debe aplicar en aquellos casos que existe una fuerte sospecha de retraso mental, aunque no pueda ser detectada por las pruebas de inteligencia convencionales, en general es difícil hacer un diagnóstico de retraso mental en edades tempranas. (DSM-IV).

4.f.f. Altas habilidades.

Niños que muestran evidencia de rasgos indicativos de un nivel intelectual por encima de lo esperado para su edad. El diagnóstico de super-dotación antes de los 6 años de edad es impreciso, si bien pueden observarse ya alguna de las siguientes características:

- Altas habilidades a nivel intelectual y de rendimiento por encima de lo esperado para su edad que se manifiesta en las distintas áreas de desarrollo.
- Alto nivel de creatividad que se manifiesta mediante la originalidad de sus producciones y en la resolución de problemas y la imaginación en el juego simbólico.
- Persistencia para permanecer en una tarea y la constancia en la búsqueda de los resultados deseados.

Las altas capacidades hacen referencia a una capacidad superior solo en algunas de las áreas por lo que habría que diferenciarlo de la super-dotación, ya que en este caso el rendimiento es superior en la mayoría de las áreas del desarrollo.

4.g. Trastornos en el desarrollo de la comunicación y del lenguaje.

Relativas al habla:

4.g.a. Dislalia.

Trastorno del habla producido por dificultades funcionales en la articulación de determinados fonemas. Se denominan según el fonema o fonemas afectados y según los procesos de facilitación que use el niño (omisión, distorsión, etc.).

4.g.b. Retraso simple del habla.

Trastorno del habla debido a dificultades fonético-articulatorias (dislalias) y fonológicas (representación mental de la fonología inadecuada). Se diagnostica cuando se mantienen estas dificultades fonético-fonológicas a edades superiores a los cuatro o cinco años y se clasifican según el fonema o fonemas afectados (deltacismo, sigmatismo, etc.) y según los procesos de facilitación utilizados (omisión, distorsión, etc.).

4.g.c. Disglosia.

Trastorno del habla generado por una alteración anatómica o fisiológica de los órganos articulatorios. Se distinguen cuatro tipos de disglosias más frecuentes: disglosia labial, disglosia lingual, disglosia mandibular y disglosia palatal.

4.g.d. Disartria.

Trastorno del habla debido a una alteración neuro-motora de los órganos que intervienen en la expresión verbal. Se distinguen tres tipos principales según la localización de la lesión y las características sintomatológicas: disartria flácida, debida a una lesión de la motoneurona inferior; disartria espástica, debida a una lesión de la motoneurona superior; disartria atáxica, debida a una lesión a nivel del cerebelo.

4.g.e. Disfemia.

Trastorno del habla evidenciado por las alteraciones del ritmo y la fluidez de la emisión. Se distinguen tres tipos principales según las características sintomatológicas: disfemia tónica, caracterizada por bloqueos más o menos intensos del habla y de grupos musculares implicados; disfemia clónica,

caracterizada por conductas repetitivas al hablar con o sin tensión muscular; disfemia tónico-clónica, en la cual se producen los dos tipos de errores expuestos.

Relativos al lenguaje (TEL-Trastornos Específicos del Lenguaje):

4.g.f. Retraso simple del lenguaje.

Características: capacidad lingüística inferior a la esperable para la edad del niño; la evolución lingüística cumple las etapas características; los déficits se producen principalmente a nivel expresivo; los distintos niveles del lenguaje (fonético, fonológico, léxico, morfo-sintáctico y pragmático) se afectan en diferente grado pero con especial trascendencia del nivel fonético-fonológico; el retraso no es atribuible a una deficiencia intelectual o sensorial; el apoyo profesional suele proporcionar resultados muy satisfactorios a corto o medio plazo y no suele mantenerse a edades superiores de los 6 ó 7 años.

4.g.g. Disfasia (TEDL) o (TPDL).

Características: dificultad severa para el desarrollo lingüístico del niño; frecuentemente el desarrollo lingüístico es desviado en relación a la evolutiva normal; paralelamente a la afectación lingüística se consideran alteraciones a otros niveles (procesamiento secuencial auditivo, imágenes mentales, juego simbólico, dificultades temporo-espaciales, influencia sobre la lecto-escritura, etc.); la alteración suele ser persistente a lo largo del tiempo.

Los déficits lingüísticos no serán atribuibles a una deficiencia intelectual, sensorial o educativa.

Existen diferentes subtipos según las características del déficit y los niveles lingüísticos con mayor afectación (siguiendo la clasificación ampliamente aceptada de Rapin & Allen 1987): agnosia auditiva verbal, dispraxia verbal, déficit de programación fonológica, déficit fonológico-sintáctico, déficit léxico-sintáctico, déficit semántico-pragmático.

4.g.h. Afasia infantil congénita.

Ausencia en el desarrollo del lenguaje después de los 4 años, por disfunciones cerebrales congénitas evidenciables o no.

4.g.i. Afasia infantil adquirida.

Pérdida total o parcial del lenguaje en niños menores de 10 años por afectación cerebral sobrevenida detectable o no.

4.g.j. Disfonías.

Trastorno de la emisión vocal debido a una causa orgánica o funcional que altera las características acústicas de la voz. Las disfonías orgánicas están ocasionadas por: a) formaciones o lesiones de los pliegues vocales, como pólipos o nódulos, etc. b) anomalías estructurales; c) deficiencias neurológicas directas o indirectas, y d) escisión parcial o completa de la laringe. En las disfonías funcionales no existe ningún factor orgánico o neurológico que las activen, figurando entre ellas la fonación ventricular, la nasalidad, el falsete, la disfonía espástica, etc.

4.h. Trastornos en la expresión somática.

4.h.a. Afecciones somáticas.

Se incluirán en este apartado los casos en los que el cuadro clínico está constituido por una enfermedad somática de origen psíquico, sea cual sea el aparato u órgano afectado.

Entre las afecciones más frecuentes figuran: el eccema, la pelada, la soriasis, el asma, las colitis y rectocolitis.

Correspondencia CIE 10: F45.0, F45.1, F45.9 no plenamente asimilables.

4.h.b. Trastornos psicofuncionales.

Se considerarán en este apartado los casos en los que el cuadro clínico está dominado por las manifestaciones funcionales sin lesión del tejido: tortícolis psicógena, espasmo del sollozo, hipo y toses

psicógenas, aerofagia, síndromes dolorosos psicógenos, trastornos cardio-vasculares funcionales psicógenos, prurito psicógeno, vómitos psicógenos, migrañas y cefaleas psicógenas.
Correspondencia CIE 10: F45.3, F45.4, F45.8 no plenamente asimilables.

4.h.c. Enuresis.

Se incluirán en este apartado los trastornos caracterizados por emisiones de orina repetidas e involuntarias, diurnas o nocturnas y consideradas como anormales para la edad del sujeto (más allá de 4 años), después de la fase de adquisición de la limpieza o no (primaria o secundaria).
Correspondencia CIE 10: F98.0 enuresis.

4.h.d. Encopresis.

Se incluirán en este apartado los trastornos caracterizados por las deposiciones de heces repetidas, voluntarias o involuntarias, diurna o nocturnas y consideradas como anormales para la edad del sujeto (más allá de los 4 años), después de una fase de adquisición de la limpieza o no.
Correspondencia CIE 10: F98.1 encopresis.

4.h.e. Trastornos de la alimentación.

Clasificables también dentro de los trastornos del comportamiento.
Trastornos de las conductas alimentarias del lactante y del niño. Trastornos de la alimentación que se caracterizan por diferentes manifestaciones generalmente específicas de la primera y segunda infancia. Implican generalmente un rechazo de la alimentación y caprichos alimenticios excesivos, que pueden conducir incluso a un adelgazamiento significativo en ausencia de enfermedad orgánica aun contando con una alimentación y un entorno apropiados.
Correspondencia CIE 10: F98.2 no plenamente asimilable.

4.h.f. Trastornos del sueño.

Se incluyen en este apartado los trastornos del sueño no atribuibles a un diagnóstico de afección somática o psiquiátrica: trastornos del dormir y del acostarse, pesadillas, terrores nocturnos, hipersomnio, insomnio, inversión del ritmo del sueño, sonambulismo, narcolepsia, síndrome de Gelineau...
Correspondencia CIE 10: F51 trastornos del sueño.

4.h.g. Retraso psicógeno del crecimiento.

Se incluirán aquí el síndrome que asocia un retraso de crecimiento de origen no orgánico y un contexto familiar de conflictos y abandono.
Fuente: CFTMEA 2000: Nouvelle version de la Classification Française des Troubles Mentaux de l'Enfance et de l'Adolescence.

4.i. Trastornos emocionales.

4.i.a. Trastorno por estrés traumático.

Está relacionado con un acontecimiento único (terremoto, ataque terrorista), una serie de acontecimientos traumáticos conectados o estrés traumático sostenido en el tiempo (abuso sexual, maltrato crónico).

Trastornos afectivos:

4.i.b. Trastorno por ansiedad en la infancia.

Se expresa a través de niveles de angustia o miedo que exceden las reacciones esperables a los acontecimientos normales del desarrollo (excesiva ansiedad ante la separación, inhibición, agitación, llanto, gritos incontrolables, perturbaciones en el dormir).
Equivalencia en el DSM IV y el CIM con "Trastorno de ansiedad por separación" 309.21.

4.i.c. Trastorno del estado de animo: reacción al duelo.

Reacción ante la pérdida de la persona que cuida al niño pequeño. Se puede exteriorizar a través del llanto, la búsqueda, el retraimiento emocional, la desorganización de funciones alimenticias y de sueño, regresiones, falta de interés ante el contacto con otras personas, etc.

4.i.d. Depresión en la infancia.

Estado de ánimo deprimido o irritable con interés disminuido, poca capacidad para protestar, repertorio disminuido para las interacciones sociales.

Equivalencia en el CIM 9 “Depresión o estados depresivos en la infancia“ 313.1.

4.i.e. Trastorno mixto de la expresividad emocional.

Dificultad constante para expresar emociones adecuadas a su nivel de desarrollo. Ausencia de sentimientos de placer, displacer, alegría, cólera, miedo, curiosidad, tristeza, etc. Inhibición afectiva, modulación pobre de la expresión afectiva, apatía.

4.i.f. Trastorno de la identidad genérica.

Perturbación en la experiencia que el niño tiene de su propio género sexual. Expresión de malestar profundo y generalizado acompañado de ansiedad con relación a su propio sexo. Deseo intenso de pertenecer al género opuesto que se manifiesta en el juego, la fantasía y la elección de actividades, compañeros y ropa contrarios a su género.

4.i.g. Trastorno reactivo al vínculo.

Este trastorno se puede observar frecuentemente en ambientes de privación o maltrato evidente o en donde se producen cambios constantes o disponibilidad inconsistente en el cuidado y atención del niño. Al niño le cuesta iniciar interacciones sociales o presenta interacciones ambivalentes o contradictorias, a veces de por falta de diferenciación social.

Equivalencia en el DSM IV y el CIM 9: “Trastorno reactivo a la vinculación“ 313.894.7.3.- trastorno por ansiedad en la infancia.

4.i.h. Trastorno adaptativo.

Este diagnóstico se debe tener en cuenta en situaciones leves, transitorias que no se pueden explicar con otros diagnósticos. El inicio de las dificultades suele estar ligado a un acontecimiento o cambio ambiental (entrada en la escuela, separación de la madre a causa del trabajo de esta, nacimiento de un hermano, etc.). El niño puede presentar síntomas afectivos (estar deprimido, inhibido) y conductuales (no querer comer o dormir, negativismo, etc.).

4.i.i. Mutismo selectivo.

Rechazo permanente a hablar ante determinadas personas o situaciones sin que exista ninguna alteración ni en la capacidad de comprensión del lenguaje ni en la de expresión verbal. Se considera como una variante de fobia social.

4.j. Trastornos de la regulación y del comportamiento.

Trastornos de la regulación.

Este tipo de trastornos han sido extraídos de la Clasificación Diagnóstica 0 3, concretamente del EJE I. Utilizaremos esta terminología para determinar las dificultades que presentan algunos niños en sus primeros años de edad, relacionadas con la dificultad para regular sus procesos conductuales, fisiológicos, sensoriales y motores y los aspectos relacionados con la atención y con el afecto.

Para poder diagnosticar este tipo de trastornos se ha de reconocer que existe una base constitucional o biológica (datos en la anamnesis de prematuridad, antecedentes de parto con dificultades, enfermedades neurológicas, etc.). Algunos de estos niños, ya traspasada la edad de 3 años, cuando siguen presentando muchas dificultades para regular su actividad y su atención, pueden ser diagnosticados de Trastornos de la Atención y de la Hiperactividad, según la Clasificación de Trastornos Mentales DSM IV.

En este tipo de niños podemos observar:

Respuestas pobremente organizadas o moduladas en los distintos ámbitos:

Respiración irregular, sudoración, sobresaltos, hipo, arcadas, etc.
Desorganización motriz, movimientos impulsivos, movimiento constante. Dificultades para la planificación motriz.
Déficits cualitativos en las capacidades para el procesamiento visoespacial.
Tono y estabilidad muscular pobre o excesiva (hipotonía o hipertonia).
Manipulación pobre y brusca, movimientos poco diferenciados (impulsivos o débiles).
Reactividad insuficiente o excesiva a los estímulos exteriores (auditivos, visuales, táctiles, olfativos, etc.).
Déficits cualitativos en la capacidad para prestar atención y enfocarla.

Reactividad pobre o exagerada al contacto y al dolor.

Conducta impulsiva.

Dificultad para regular los aspectos de la alimentación y el sueño.

Dificultades para el control de conductas como el miedo y la ansiedad.

Dificultades para la organización del lenguaje y el conocimiento.

Síntomas de ansiedad ante los cambios con dificultad para adaptarse a estos.

En general esta preservada la forma de interacción relacional y social con las personas y los objetos de su entorno.

Son aquellos niños de los que la familia nos expresan “es excesivamente sensible”, o bien “tiene un temperamento o un carácter difícil”.

Dependiendo de las características predominantes que se observan en la conducta del niño, se podrá realizar un diagnóstico diferencial entre los diferentes tipos de patrones.

Existen 4 tipos de patrones diferentes, el último de ellos “OTROS” válido para todos aquellos niños de los cuales sea difícil definir alguno de los anteriores.

Tipo I. Hipersensible.

Estos niños presentan reacciones de hipersensibilidad e hiperreactividad.

4.j.a. Temeroso cauto.

Las conductas que prevalecen en este caso son la inhibición, la cautela y el temor. El niño realiza exploraciones restringidas, presenta disgusto ante el cambio de rutinas y la tendencia es aparecer asustado y aferrarse a situaciones conocidas. Presenta una reacción excesiva al contacto físico, a las luces y al movimiento, tendiendo a la huida y al rechazo ante estos estímulos. Suelen presentar actitudes de pasividad y tendencia a la inhibición.

4.j.b. Negativo-desafiante.

Su comportamiento y actitud suele tender al negativismo, la testarudez, la actitud controladora y desafiante. Dificultad para aceptar los cambios, prefiriendo la repetición o el cambio lento. Suelen ser compulsivos y perfeccionistas. Reactividad excesiva ante el contacto a ciertas texturas. Hiperreactivos al sonido.

Tipo II: Hiporeactivo.

4.j.c. Hiporeactivo.

Los niños presentan pautas de retraimiento y dificultad para el compromiso. Desinterés por explorar relaciones y formas de actividad diferentes. El niño puede aparecer apático, retraído y se fatiga fácilmente de forma que en ocasiones funciona como un niño retrasado o deprimido. Escasa reactividad ante las sensaciones (sonidos, luces, movimiento, contacto corporal) y las propuestas sociales. Escaso interés por la comunicación aunque posea un lenguaje adecuado. Escasa actitud para la imaginación y la creatividad,

pobreza en actividades exploratorias o flexibilidad en el juego. Centrados en sí mismos, pueden parecer desatentos, de distracción fácil o preocupados.

Tipo III: Desorganizado, motor-impulsivo.

4.j.d. Desorganizado, motor-impulsivo.

Su conducta se caracteriza por una actividad alta, búsqueda de contacto y de estimulación continua. A veces pueden parecer temerarios o agresivos y en otras ocasiones muy impulsivos y desorganizados. Son niños que disfrutan con el juego físico, cuerpo a cuerpo. Suelen ser bruscos en sus movimientos y la tendencia a buscar el contacto con las personas y los objetos, origina que en ocasiones hagan daño o rompan las cosas. Su reactividad ante los estímulos sensoriales es insuficiente. Es posible que cuando se les habla escuchen con poca atención y sin embargo puedan vibrar ante la música y los ruidos fuertes, prestando mejor atención a estos.

Tipo IV: Otros.

4.j.e. Otros.

Esta categoría se debe aplicar cuando los niños satisfacen el primer criterio del trastorno de la regulación (dificultad para procesar los estímulos sensoriales y motrices), pero cuyos patrones conductuales no aparecen atribuidos a ninguno de los tres tipos anteriores.

Trastornos del comportamiento.

4.j.f. Trastornos por déficit de atención y comportamiento perturbador.

Se manifiesta por un patrón persistente de hiperactividad, impulsividad y desatención que es más frecuente y grave que el observado habitualmente en sujetos de su misma edad.

La hiperactividad se manifiesta por estar inquieto o moviéndose continuamente, por un exceso de correr, saltar en situaciones que no son las adecuadas, presentando dificultades para jugar en actividades de ocio tranquilas, aparentando estar en continuo movimiento o hablando de forma excesiva.

La impulsividad se manifiesta por impaciencia, dificultad para aplazar respuestas, dar respuestas precipitadas antes de que las preguntas hayan sido completadas, para esperar turnos, e interrumpir o interferir frecuentemente a otros hasta el punto de provocar problemas en situaciones familiares y sociales.

Las deficiencias de la atención se manifiestan tanto en situaciones familiares como escolares o sociales; tienen dificultades para prestar atención a los detalles, cometer errores por descuido y, sobre todo, dificultades para persistir en tareas y actividades hasta finalizarlas, saltando con frecuencia de una actividad a otra.

Criterios DSM IV.

4.j.g. Trastorno por déficit de atención con hiperactividad, tipo combinado.

En este subtipo no hay un predominio de los trastornos tanto de hiperactividad-impulsividad como de la desatención. Se dan en la misma medida.

Correspondencia CIE 10: F90.O y DSM IV [314.01].

4.j.h. Trastorno por déficit de atención con hiperactividad, tipo con predominio del déficit de atención.

Hay un predominio claro de los criterios de desatención y menos de hiperactividad e impulsividad.

Correspondencia CIE 10: F 98.8 y DSM IV [314.00].

4.j.i. Trastorno por déficit de atención con hiperactividad, tipo con predominio hiperactivo-impulsivo.

Hay un predominio claro de los criterios de hiperactividad e impulsividad y menos de desatención.

Correspondencia CIE10: F90.0 y DSM IV [314.01].

4.j.j. Trastorno por déficit de atención con hiperactividad no especificado.

En esta categoría se incluye aquellos trastornos con síntomas de hiperactividad-impulsividad y desatención, que no satisfacen todos los criterios de gravedad del Trastorno por déficit de atención con hiperactividad.

Correspondencia CIE 10: F 90.9 y DSM IV [314.9].

4.j.k. Trastorno disocial.

Es un patrón de comportamiento persistente y repetitivo en el que se violan los derechos básicos de los otros y sobre todo de las normas sociales adecuadas a la edad del sujeto. Este trastorno se manifiesta por comportamiento agresivo fundamentalmente hacia sus familiares, objetos o bienes y animales, este comportamiento provoca deterioro en las relaciones familiares.

Correspondencia CIE 10: F 91.8 y DSM IV [312.8].

4.j.l. Trastorno negativista desafiante.

Es un patrón de comportamiento negativista, desafiante, desobediente y hostil, dirigido fundamentalmente a las figuras de autoridad y a la familia. Son niños que suelen desafiar activamente o negarse a cumplir las demandas y normas de los adultos, llevan a cabo deliberadamente actividades que molestan a otras personas o acusan a otros de sus propios errores. También se caracterizan por su terquedad, resistencia a las órdenes y búsqueda continua de los límites familiares. Fundamentalmente se da en el ambiente familiar.

Correspondencia CIE 10: F91.3 y DSM IV [313.81].

4.j.m. Trastorno de comportamiento perturbador no especificado.

Incluiría tanto trastornos del comportamiento negativista desafiante como criterios del trastorno disocial, pero en ambos casos no cumplen todos los criterios, pero sí produce alteraciones de las relaciones familiares.

Correspondencia CIE 10: F 91.9 y DSM IV [312.9].

4.k. Trastornos del espectro autista.

4.k.a. Trastorno multisistémico.

Se trata de un diagnóstico previo al de espectro autista y que utilizaremos cuando por razones de edad (menos de dos o tres años) o por falta de datos suficiente debamos asignar un diagnóstico a los niños.

Deterioro significativo, pero no falta completa de la aptitud para comprometerse en una relación emocional y social con la persona que le cuida.

Un deterioro significativo de la formación, mantenimiento y/o desarrollo de la comunicación (gestual, pre-verbal, así como la simbólica verbal y no verbal).

Una disfunción significativa del procesamiento de algunas sensaciones que incluyen la reactividad excesiva o insuficiente a las sensaciones y la planificación motriz.

Se dan tres patrones: A, B y C.

- Trastorno multisistémico del desarrollo. Patrón A.

Los niños de este patrón viven a la deriva y sin poderse relacionar la mayor parte del tiempo, con severas dificultades para la planificación motriz. Afecto chato, inapropiado o no modulado. Con un alto grado de conductas de autoestimulación y conductas rítmicas. Tono muscular pobre y tienden a ser hiporreactivos a las sensaciones (0-3).

- Trastorno multisistémico del desarrollo. Patrón B.

Estos niños se pueden relacionar de forma intermitente y son capaces de gestos intencionados. Su afecto parece accesible pero es efímero, con pequeños momentos de satisfacción o placer. Suelen disfrutar con una actividad repetitiva o perseverativa con los objetos y suelen ser rígidos, reaccionando con intensidad a cualquier cambio. Están algo más organizados que los anteriores (0-3).

- Trastorno multisistémico del desarrollo. Patrón C.

Estos niños suelen presentar un sentido más consistente en la forma de relacionarse con su entorno. Son más reactivos, incluso cuando presentan actitudes de evitamiento o rigidez. Pueden tener momentos de relación cálida y agradable, vinculándose con mayor consistencia que los anteriores. Saben emplear gestos sociales simples. Suelen ser resistentes a los cambios y persistentes con algunas conductas y objetos. Tendencia a la hiperreactividad a las sensaciones. Saben emplear algunas palabras y frases de forma simplificada y copiada (0-3).

4.k.b. Trastorno autista.

Presencia de un desarrollo marcadamente anormal o deficiente de la interacción y comunicación sociales y un repertorio sumamente restringido de actividades e intereses.

Correspondencia DSM IV (F84.0).

4.k.c. Trastorno de Rett.

Es el desarrollo de múltiples déficit específicos tras un período de funcionamiento normal después del nacimiento.

Correspondencia DSM IV (F84.2).

4.k.d. Trastorno desintegrativo infantil.

Es una marcada regresión en múltiples áreas de actividad tras un período de por lo menos dos años de desarrollo aparentemente normal.

Correspondencia DSM IV (F84.3).

4.k.e. Trastorno de Asperger.

Una alteración grave y persistente de la interacción social y el desarrollo de patrones del comportamiento, intereses y actividades restrictivas y repetitivas. No existen retrasos clínicamente significativos del desarrollo cognoscitivo ni en el desarrollo de habilidades de autoayuda propias de la edad del sujeto, comportamiento adaptativo y curiosidad acerca del ambiente durante la infancia.

Correspondencia DSM IV (F84.5).

4.k.f. Trastorno generalizado del desarrollo no especificado.

Debe utilizarse cuando existe una alteración grave y generalizada del desarrollo de la interacción social recíproca o de las habilidades de comunicación no verbal, o cuando hay comportamientos, intereses y actividades estereotipadas, pero no se cumplen los criterios de un trastorno generalizado del desarrollo específico.

Correspondencia DSM IV (F84.9).

Espectro autista: descrito en 1979 por Lorna Wing y Judit Gould. Representa la idea de que los rasgos autistas se sitúan a lo largo de un continuo de dimensiones. Ángel Rivière describió doce dimensiones: 1- Trastornos cualitativos de la relación social; 2- Trastornos de las capacidades de referencia conjunta; 3- Trastornos de las capacidades intersubjetivas y mentalistas; 4- Trastornos de las funciones comunicativas; 5- Trastornos cualitativos del lenguaje expresivo; 6- Trastornos cualitativos del lenguaje receptivo; 7- Trastornos de las competencias de anticipación; 8- Trastornos de la flexibilidad mental y comportamental; 9- Trastornos del sentido de la actividad propia; 10- Trastornos de la imaginación y de las capacidades de ficción; 11- Trastornos de la imitación; y 12- Trastornos de la suspensión.

4.1. Plurideficiencias.

4.1.a. Plurideficiencias.

Se considera plurideficiencia la presencia de varias discapacidades o trastornos de distinta naturaleza. Supone la concurrencia de diversos factores de naturaleza biológica, psicológica y social que limitan el desarrollo evolutivo.

4.m. Otros.

4.m.a. Otros.

En este grupo consideramos aquellos niños que presentan un retraso evolutivo y no se sitúan en ninguno de los apartados anteriores. Constituye a menudo un diagnóstico provisional que evoluciona posteriormente hacia la normalidad (evolución frecuente en el caso de niños que han padecido o padecen enfermedades crónicas, hospitalizaciones, atención inadecuada), aunque a veces puedan evolucionar hacia diferentes disfunciones.

Eje V: Familia.

5.a. Trastornos de la interacción.

Para valorar la existencia de trastornos de la relación se realiza una evaluación de aspectos cualitativos de las relaciones que se dan entre los padres y sus hijos. Para ello se tendrá en cuenta todo cuanto hemos podido observar en la relación de los padres y su hijo y también todo aquello que los padres nos puedan relatar a través de las entrevistas. Los trastornos de relación entre los progenitores y sus niños pueden aparecer de forma simultánea con los problemas concretos que presente el niño. Esto quiere decir que un niño puede presentar algún factor de riesgo en el Eje I o algún trastorno en el Eje IV y no tener problemas de relación con los padres y viceversa. Se puede dar una relación muy patológica entre ambos y el niño no presentar síntomas graves (aunque en general son estos los mínimos casos).

Las relaciones entre los padres o cuidadores habituales y el niño se clasifican siguiendo la siguiente secuencia:

- **Relación adaptada.**
- **Relaciones inestables.**
- **Relaciones alteradas.**
- **Relaciones deterioradas.**
- **Graves trastornos de la relación.**
- **Relaciones negligentes.**

Para facilitar la valoración de este eje se tendrán en cuenta una serie de criterios:

Dificultad: Define el tipo de relación y la dificultad concreta que aparece en la interacción entre padres-hijo. Si es una relación satisfactoria, tensa, abusiva, etc.

Ámbitos: Hace referencia a los aspectos de la vida del niño a los que afecta la dificultad en la relación. Alimentación, sueño, atención, juego, hábitos, etc.

Duración: Es un criterio básico a la hora de determinar la importancia de las perturbaciones, ya que en muchos casos aparecen dificultades de relación vinculadas con acontecimientos concretos (comportamientos reactivos) o bien las dificultades de relación pueden ser más o menos estables, lo que marcaría la importancia del trastorno.

Frecuencia o intensidad: Pueden ser muy variables pero aportan una visión cualitativa del trastorno.

Consciencia de la dificultad por parte de los padres: Este criterio va a resultar básico en la determinación del trastorno. Hasta qué punto los cuidadores conocen, comprenden o niegan la dificultad, lo que les posibilita o no la puesta en marcha de medidas de cambio.

5.a.a. Relaciones inestables.

Se trata de tendencias o rasgos de la relación que no siguen el patrón esperable pero no son lo bastante severos como para considerarlos un trastorno.

Dificultad: La relación entre los padres y el niño es en general bastante adecuada, aunque aparecen momentos de inestabilidad o malestar. Las relaciones pueden estar tensas, pero podemos considerarlas todavía satisfactorias.

Ámbito: únicamente existe algún ámbito en el que se produce un cierto malestar. Relacionado con la comida, el sueño o el juego, etc. En algún caso de mayor inestabilidad pueden verse afectados dos ámbitos, pero no están generalizadas las dificultades.

Duración: Este desarreglo es de corta duración, unos días o algunas semanas. Pero no más de un mes.

Frecuencia e intensidad: Variable pero relacionado con una situación concreta que lo provoca.

Consciencia de la dificultad por parte de los padres: Los padres son conscientes de las dificultades pero consideran que responden a las circunstancias. Las dificultades pueden estresar a los padres, pero en general, no están excesivamente preocupados y son conscientes de que el problema está dentro de los límites de lo que se podría esperar ante una situación concreta.

Ej. Ligera inestabilidad: Una familia se cambia de domicilio y durante unos días el niño presenta problemas para irse a dormir o conciliar el sueño, cosa que ya estaba superada. Ante la entrada del niño a la guardería, se niega, se muestra inapetente y no quiere comer como lo hacía antes.

Ej. Mayor inestabilidad: El niño, después de un ingreso hospitalario, se muestra inquieto, le cuesta mucho separarse de sus padres, ha perdido el apetito y rechaza incluso los medicamentos que tiene que tomar. Responde con grandes rabietas cuando tiene que volver a ser visitado por el pediatra, cosa que no había hecho anteriormente, de forma que es difícil consolarlo.

5.a.b. Relaciones alteradas.

Dificultad: Las relaciones entre los papas y su hijo están más que transitoriamente afectadas, pero aún conservan en algún momento una cierta flexibilidad y calidad adaptativa. Se dan experiencias negativas y poco gratificantes por ambas partes. A menudo se dan relaciones de malestar aunque queden espacios y momentos de relaciones placenteras.

Ámbito: El niño muestra dificultades en varios aspectos de su desarrollo.

Duración: Periodo más prolongado, superior a un mes.

Frecuencia e intensidad: Alta frecuencia. Intensidad variable. Tienden a manifestarse las dificultades con frecuencia.

Consciencia de la dificultad por parte de los padres: Los padres son poco conscientes del problema y les cuesta comprender la causa de las dificultades que presenta su hijo, lo cual hace que sea difícil para ellos actuar debidamente. No entienden lo que está pasando. Se suelen poner a la misma altura que el niño y entran en un círculo de experiencias negativas, poco gratificantes.

Ej. El niño presenta un gran desasosiego cuando los padres no dan respuesta a sus necesidades de jugar o de relacionarse, de forma que todavía tiene que actuar y llamar más la atención con el objetivo de que estos le presten atención y se interesen por lo que le pasa. El niño se niega a comer, a irse a dormir, no quiere vestirse ni desnudarse y los padres gritan, se enfadan y entran ambas partes en un círculo de poder, para ver quién es el que puede más.

5.a.c. Relaciones deterioradas.

Dificultad: Relaciones problemáticas donde el malestar es lo que caracteriza la convivencia de ambas partes. Las relaciones que son inapropiadas y conflictivas están contribuyendo directamente en el desarrollo psicológico del niño, aunque no se manifiesten en conflictos abiertos.

Ámbitos: Aparecen dificultades en todos los ámbitos.

Duración: Situación estable en el tiempo.

Intensidad y frecuencia: Alta frecuencia, intensidad variable.

Consciencia de la dificultad por parte de los padres: No existe consciencia de las dificultades, no son capaces de responder a las demandas emocionales de sus hijos.

Ej. Una madre deprimida o unos padres con enfermedad mental diagnosticada o no, no son capaces de responder a las demandas emocionales de su hijo.

5.a.d. Graves trastornos de la relación.

Dificultad: Las relaciones están severamente comprometidas. Las formas de relación inadecuadas están rígidamente enquistadas y son relativamente resistentes a los cambios.

Ámbitos: Aparecen dificultades en los distintos ámbitos. Influyen en el correcto desarrollo psicológico del niño.

Duración: Situación estable en el tiempo.

Intensidad y frecuencia: Altas.

Consciencia de la dificultad por parte de los padres: Los padres no son nada conscientes y no muestran ningún deseo de que se les pueda ayudar.

Ej.: Unos padres no saben ofrecer nunca unos límites e imponer unas normas adecuadas a la edad y a las necesidades de su hijo. La vivencia y los sentimientos respecto al niño suelen ser negativos y a veces incluso rechazantes. Éste se muestra desorganizado, provocador, de forma que nunca se da un momento placentero en la relación entre ambos.

5.a.e. Relaciones negligentes.

Dificultad: Las relaciones están muy desorganizadas de forma que el niño está en riesgo inminente de correr un peligro, incluso de daño físico. Carencia total de respuestas adecuadas a las necesidades básicas del niño.

Ámbitos: Aparecen dificultades en los distintos ámbitos. Influyen en el correcto desarrollo psicológico del niño.

Duración: Situación estable en el tiempo.

Intensidad y frecuencia: Altas.

Consciencia de la dificultad por parte de los padres: No hay consciencia de las dificultades ni deseo de resolverlas.

Ej.: Aquí consideraríamos a todos aquellos niños que han sufrido una relación verbalmente, físicamente o sexualmente abusiva.

5.b. Formas de la relación familia-niño.

Estos trastornos de la interacción pueden adoptar diferentes formas que se definen a través de unas tendencias que adoptan los comportamientos de los padres:

- **Tendencia sobreprotectora.**
- **Tendencia a la apatía o el descuido.**
- **Tendencia al rechazo.**
- **Tendencia agresivo-dominante.**
- **Tendencia ambivalente.**
- **Tendencia abusiva.**

Estas categorías corresponden a la forma concreta que adoptan los trastornos de la interacción. Introducen información cualitativa de los trastornos.

5.b.a. Tendencia sobreprotectora.

Se observa un control excesivo en la relación y una sobre implicación física o psíquica. Se obstaculizan los deseos del niño. Hay exigencias inadecuadas a su nivel de desarrollo. El niño puede parecer pasivo, sumiso o desafiante y carecer de aptitudes motrices o expresividad comunicativa.

Excesivo protagonismo por parte de los padres o cuidadores habituales. Se adelantan a las necesidades o a los deseos del niño sin poderle ofrecer un espacio o un tiempo para que él pueda manifestarse. El niño no tiene que hacer ningún esfuerzo, ya que sabe que con una mirada, los padres sabrán y le darán lo que está deseando. Esta forma de relación no ayuda al niño a progresar ni a buscar fórmulas más explícitas para hacerse entender (señalar, hablar).

Padres que no se preguntan por los intereses que el niño pueda manifestar e imponen la mayor parte de las veces, la suya. No están atentos a los gustos del niño, no se dan tiempo para observar que pasa, no le dejan escoger nunca. Actúan según propios intereses.

Sentimientos de angustia excesiva que llevan a comportamientos de sobreprotección ante las enfermedades, ante los posibles peligros. Padres que ante un simple constipado no le llevan a la escuela. Utilizan continuamente los servicios de urgencias. No dejan al niño que pueda separarse de ellos para explorar su entorno. Temen continuamente que le pase algo.

En general en esta clase de familias cuesta mucho que los niños puedan adquirir los hábitos de autonomía. Duermen en la habitación de los padres hasta muy tarde o bien si van a ella durante la noche se les deja que duerman con ellos. Cuesta que el niño acepte los cambios alimenticios (biberones, triturados mas allá de la edad que corresponde) y que coma él solo. No se le pide que se quite o ponga la ropa que él puede manejar, etc.

5.b.b. Tendencia a la apatía o al descuido.

Cuando cualquiera de los padres no se implica en la relación más que esporádicamente, es insensible o no responde a las conductas del niño, no le conforta ni protege. Parecen estar descoordinados. Descuido de su desarrollo físico y psíquico.

Hay un rechazo o una negación de las necesidades que presenta el niño o bien únicamente responde a las necesidades más cotidianas y relacionadas con el cuerpo (tapar cuando tiene frío, dar de comer, ponerle a dormir) pero le cuesta entender que el niño necesita que le hablen, que entiendan cuando llora o cuando ríe, que puede tener miedo, que se puede angustiar, etc.

Dificultad para interpretar y satisfacer los requerimientos del niño. Los padres suelen mostrarse apáticos y están únicamente atentos y valoran las dificultades que el niño tiene no pudiendo valorar las capacidades que el niño pueda presentar. Comentan siempre lo que el niño no hace o hace mal.

El entorno del niño suele ser pobre en atención emocional (se le habla poco, no se juega con él, no se tienen en cuenta sus propuestas, sus dificultades).

El niño es dejado muy frecuentemente en manos de cuidadores diferentes, o bien muchas horas en instituciones (guarderías).

5.b.c. Tendencia al rechazo.

Las dificultades de interacción entre los padres y el niño son tensas sin poderse apreciar ratos de disfrute común y reciprocidad. En general, están llenas de ansiedad.

El rechazo se hace muy evidente. El niño es un ser que más bien molesta, que supone un gran esfuerzo para el adulto que no entiende las necesidades ni los intereses de éste.

Actitudes o acciones que indican un cierto nivel de agresividad o rechazo. Piensan que son otros (escuela) los que han de educar a su hijo y la culpa siempre recae en personas ajenas a la familia o bien en el mismo niño.

La relación con el niño suele ser brusca, poco placentera. Se tolera mal lo que el niño hace o dice y no se intenta comprender las dificultades que puede presentar. Los padres no pueden tolerar los momentos de frustración de su hijo y le hacen callar, dándole lo que quiere.

Pocas veces se le reconforta o se le ayuda cuando tienen algún problema. No se le entiende en el plano afectivo. Siempre se le exige, se le habla de forma dura.

No se plantean que pueda progresar y cuando progresa no siempre lo pueden apreciar.

Las interacciones suelen tener características negativas o bien se dan muy pocas interacciones. El niño puede mostrarse como muy obediente o bien muy ansioso.

5.b.d. Tendencia agresivo-dominante.

La interacción sobrepasa los límites de la ansiedad para convertirse en una auténtica lucha por el dominio, carente de reciprocidad emocional.

El rechazo se hace también muy evidente y las relaciones tanto verbales como de contacto están impregnadas de sentimientos agresivos. Los gritos y el castigo físico se hacen continuos, existiendo escasos momentos de comprensión y de tolerancia ante las dificultades.

No se ofrecen espacios para posibilitar que el niño piense o que escoja ante varias propuestas. Todo se le da hecho y en referencia a los deseos del adulto. El adulto es insensible a las necesidades del niño.

La exigencia por parte de los adultos es continua y en muchas ocasiones inadecuada para las capacidades del niño.

No se entienden las necesidades del niño y se actúa siempre a partir de las necesidades del adulto.

Los adultos no pueden señalar nunca o casi nunca valores positivos en el niño. Casi exclusivamente observan y valoran los aspectos negativos de su evolución y de su conducta. Difícilmente pueden hablar de progresos. Su discurso está lleno de quejas.

Se dan muy pocos momentos de disfrute en el juego interactivo.

El niño puede parecer asustado, ansioso, inhibido, impulsivo o algo agresivo.

5.b.e. Tendencia ambivalente.

Ambivalencia y confusión en las pautas educativas pasando de un extremo a otro sin que este cambio responda a situaciones concretas y evidentes.

Los padres pueden pasar de una relación sobreprotectora a una de rechazo abierto. Piden al niño que se esfuerce en realizar algo y en otras ocasiones son ellos los que lo hacen.

No hay criterios fijos ni normas claras que el niño pueda entender. A veces se les niega hacer algo y otras se les deja.

A veces se le realizan demandas que no responden a las posibilidades del niño y en otras ocasiones se les pide o se les deja que realicen cosas de niño más pequeño.

5.b.f. Tendencia abusiva.

Déficits en el cuidado personal del niño. Falta de higiene, descuido en el arreglo y en la vestimenta. Falta de alimentación o alimentación inadecuada para la edad del niño.

Faltas de normas de seguridad en el entorno del niño. Incapacidad total para poner límites y adecuar unas mínimas normas de comportamiento.

Abandono o cambios de cuidadores continuos.

Ambiente familiar propenso a experiencias negativas y conflictos continuos.

- **Verbalmente abusiva:** Manifestaciones frecuentes de menosprecio, culpabilización, rechazo o control excesivo.

- **Físicamente abusiva:** Daño físico, castigos físicos frecuentes.

- **Sexualmente abusiva:** Seducción, conductas sexuales inapropiadas.

Eje VI: Entorno.

6.a. Trastornos del entorno.

6.a.a. Ausencia de cuidadores sensibles.

Se refiere a la situación de pasividad o abandono de hecho o de derecho por indiferencia de los adultos cuidadores principales en las instituciones de cuidado, acogida o guarda. Incluye las situaciones en que se mantienen rutinas formales pero no se presta atención afectiva.

6.a.b. Malos tratos y abusos.

Se refiere a los malos tratos físicos o psicológicos activos, violencia física, explotación, pederastia, desprecio...

6.a.c. Negligencia.

Se refiere a la ausencia de rutinas de cuidado elemental: alimentación, sueño, higiene, etc.

6.a.d. Institucionalización prolongada.

Se refiere a la permanencia continuada, día y noche, en una institución por un período superior a quince días por motivo de hospitalización o situación de espera de acogida o adopción.

6.a.e. Permanencia excesiva en guardería o escuela.

Se recomienda un límite de 5 horas en menores de tres años y de 8 horas en mayores de tres.

6.a.f. Hacinamiento.

Se refiere a la falta total de privacidad y posibilidad de organización de las rutinas de autorregulación vital.

6.a.g. Chabolismo.

Se refiere a la ausencia de las condiciones mínimas de vivienda, falta de agua corriente, luz, ventilación, higiene y condiciones elementales de vida.

6.a.h. Violencia e inseguridad ambiental.

Se refiere a la exposición reiterada a escenas o situaciones de violencia, ausencia de espacios y ocasiones de juego, sobre-exigencia continuada, cambios continuos de rutina o cuidadores.

6.a.i. Pobreza extrema.

Se refiere a la carencia de ingresos regulares que son inferiores al 40% de la renta media.

6.a.j. Discriminación.

Se refiere a la existencia de un fuerte rechazo o exclusión de los contextos sociales.

6.a.k. Confluencia de factores de exclusión.

Se refiere a la presencia combinada de varios factores de riesgo.

9. AUTORES

En la elaboración del texto de la Edición 2.004:

Coordinador:

- Belda Oriola, Juan Carlos

Componentes:

- Bugié Albadalejo, Conxa
- Pegenaute Lebrero, Fátima
- Cardama Barrientos, José
- Poch Olive, María Luisa
- Valle Trapero, Mercedes
- Tapia Lizeaga, Xavier
- Narváez Ruiz, Carmen
- Cabo Fernández, Carmen

Colaboradores:

- Millá Romero, M^a Gracia
- García-Miranda Glez, Emilio José
- Ponte Mittelbrunn, Jaime
- Casanova Castillo, Rafael
- Tejero González, Manuel
- García Sánchez, Fco. Alberto
- Gutiez Cuevas, Pilar
- Molinuevo Santos, Julia
- Calcerrada Durán, Gloria
- Socios de las Asociaciones Autonómicas de Profesionales de AT.

En el programa informático:

Autor:

- Siñuela Pastor, David

Colaboradores:

- Belda Oriola, Juan Carlos
- Llorca Alcón, Manuel
- Sastre Mengual, Carlos
- Cuesta Frau, David

La actualización 2.008:

Coordinador:

- Belda Oriola, Juan Carlos

Comisión redactora GAT:

- Cardama Barrientos, Jose
- Casbas Gomez, Isabel
- Milla Romero, Emi
- Pegenaute Lebrero, Fátima
- Perez Lopez, Julio
- Perpiñan Guerras, Sonsoles
- Poch Olive, Marisa
- Ponte Mittelbrunn, Jaime