

VALIDACIÓN DE LA ORGANIZACIÓN DIAGNÓSTICA DE ATENCIÓN TEMPRANA



Índice

Presentación	1
1. Metodología.....	4
1.1. Universo y Muestra	5
1.2. Proceso de recogida de información.....	6
1.3. Características de las personas entrevistadas.....	8
1.4. Explotación estadística.....	12
1.5. Ficha Técnica.....	13
2. Conocimiento de la ODAT.....	15
2.1. Conocimiento inicial de la ODAT.....	16
2.2. Participación en la presentación de la ODAT.....	19
2.3. Impresión inicial de la ODAT.....	21
3. Estructura de la ODAT	24
4. Categorías diagnósticas.....	34
4.1. Eje I: Factores biológicos de riesgo	36
4.2. Eje II: Factores familiares de riesgo	46
4.3. Eje III: Factores ambientales de riesgo	56
4.4. Eje IV: Trastornos del desarrollo	63
4.5. Eje V: Familia	78
4.6. Eje VI: Entorno	86
4.7. Conclusión.....	91
5. Objetivos y utilidad de la ODAT.....	93
5.1. Importancia de los objetivos que debe cumplir la ODAT	94
5.2. Valoración de la utilidad para la consecución de los objetivos	96
5.3. Valoración de la utilidad para el mejor desarrollo del trabajo.....	98
6. La documentación ODAT	100
6.1. Consulta del libro de la ODAT.....	101
6.2. Grado de acuerdo con los enunciados sobre el libro de la ODAT	103
6.3. Consulta del manual de instrucciones de la ODAT.....	105
6.4. Grado de acuerdo con los enunciados sobre el manual de instrucción de la ODAT.....	108
7. La colaboración en la investigación	111
7.1. Vía por la que se ha producido la colaboración	112
7.2. Valoración de la colaboración en la investigación.....	115
7.3. Servicio de apoyo ODAT.....	116

8.	La aplicación informática.....	124
8.1.	Problemas o dificultades para colaborar a través de la aplicación informática.....	125
8.2.	Valoración de los diferentes aspectos de la aplicación informática	126
8.3.	Usabilidad de la aplicación informática	127
8.4.	Valoración general de la aplicación informática.....	129
9.	Valoración general y observaciones finales	132
9.1.	Valoración global de la calidad de la ODAT	133
9.2.	Aspectos a mantener en la ODAT.....	136
9.3.	Aspectos a eliminar en la ODAT	137
9.4.	Aspectos a mejorar en la ODAT.....	137
10.	Conclusiones.....	139
11.	Anexo I: Población atendida por la ODAT.....	148

Este estudio ha sido realizado por el Equipo de Investigación Sociológica (EDIS, S.A.).

Dirección Técnica:	Raúl Flores Martos
Asesoría Técnica:	Federación Estatal de Asociaciones de Profesionales de Atención Temprana (GAT)
Análisis y Redacción:	María del Barco Canales Ana María Rubio Encina Raúl Flores Martos Raúl Ruiz Villafranca
Trabajo de campo:	Red de entrevistadores de EDIS, bajo la dirección de M ^a del Prado Fernández Escudro y Ángel Luís Garcerán María
Maquetación y edición:	Nieves Moral Montero

PRESENTACIÓN

La Atención Temprana es un servicio fundamental para cualquier niño o niña entre 0 y 6 años que presente alguna anomalía, deficiencia o limitación, independientemente del grado que presente. Junto a ello hay que tener en cuenta que la Atención Temprana debe incidir especialmente en aquellos niños con trastornos generalizados del desarrollo, para que tenga mayores posibilidades de llevar a cabo todo su desarrollo potencial, paliando los efectos negativos de dichas deficiencias y consiguiendo así una más completa adaptación e integración del menor a los ámbitos familiar, escolar y social.

El Libro Blanco de la Atención Temprana establece la siguiente definición: “se entiende por Atención Temprana el conjunto de intervenciones dirigidas a la población infantil de 0 a 6 años, la familia y el entorno, que tienen por objeto dar respuesta, lo más pronto posible, a las necesidades transitorias o permanentes que presentan los niños con trastornos en su desarrollo o que tienen el riesgo de padecerlos. Estas intervenciones, que deben considerar la globalidad del niño, han de ser planificadas por un equipo de profesionales de orientación interdisciplinar o transdisciplinar.”

Por otra parte, la Atención Temprana presenta distintos niveles de intervención en función del proceso o momento específico de la prevención: primaria (para evitar las condiciones que pueden conducir a la aparición de trastornos al desarrollo infantil), secundaria (para la detección precoz de esos trastornos) y terciaria (para eliminar o reducir las consecuencias negativas de los trastornos al desarrollo).

Esta intervención se lleva cabo a través de distintos ámbitos de actuación en los que intervienen profesionales de la Atención Temprana, como los distintos Servicios Sociales, los Centros de Desarrollo Infantil y Atención Temprana (CDIAT), los Servicios Educativos y los Servicios Sanitarios.

Se trata por tanto, de una intervención multidisciplinar que persigue la prevención de estos trastornos y la atención de los mismos cuando se producen. Para ello, se aplican técnicas y procedimientos diagnósticos cada vez más sistematizados que aportan una información que facilita la comprensión de esta realidad.

En Atención Temprana existen diversas técnicas y procedimientos diagnósticos, formalizados en clasificaciones nacionales e internacionales. La existencia de varios procedimientos implica la ausencia de una clasificación consensuada que contemple las distintas problemáticas del ámbito de la Atención Temprana. Ante esta realidad y teniendo en cuenta la complejidad del fenómeno provocada por la multidisciplinariedad, multidimensionalidad y el constante proceso de cambio de una realidad como la Atención Temprana (AT), el GAT ha desarrollado una propuesta bastante avanzada de “Organización Diagnóstica para la Atención Temprana” (ODAT) que unifica los criterios específicos de diagnóstico, y en la que han intervenido un buen número de profesionales especializados en AT: psicólogos, fisioterapeutas, logopedas, pedagogos, médicos, etc.

Se trata de encontrar una herramienta que sea útil a estos colectivos de profesionales que trabajan en AT, que unifique criterios y que sirva para que todos “hablen el mismo idioma”, lo que facilitará sin duda, la comunicación entre ellos. Pero además, se pretende que esa herramienta permita clasificar los factores de riesgo (biológicos, familiares y ambientales) y los trastornos del desarrollo; que se puedan realizar estudios epidemiológicos mediante las prevalencias de los distintos trastornos, no sólo a nivel estatal, sino también en la medida de lo posible, a nivel autonómico; que permita realizar investigaciones específicas para necesidades de conocimiento concretas; que se organicen las observaciones clínicas y que facilite la toma de decisiones en actuaciones de prevención.

En este contexto aparece la ODAT, potenciando un avance importantísimo en la unificación de criterios para la clasificación diagnóstica. Sin embargo, como todo instrumento, puede contener aspectos mejorables que en esta evaluación tratamos de detectar con el objeto de percibir e incorporar todas aquellas modificaciones que contribuyan a una mejora cualitativa en el diagnóstico en la Atención Temprana.

En este sentido, la Federación Estatal de Asociaciones de Profesionales de Atención Temprana (GAT) se ha planteado la realización de un estudio que permita evaluar los criterios específicos de diagnóstico para la Atención Temprana en todas sus vertientes. Es la intención del Equipo de Investigación Sociológica, EDIS S.A. establecer la evaluación de la ODAT.

Agradecemos la inestimable y desinteresada colaboración de todos los centros de Atención Temprana y profesionales, que han sido seleccionados aplicando una metodología estrictamente aleatoria, y que han participado en el desarrollo del trabajo de campo. A continuación presentamos los distintos centros que han colaborado en el proceso investigador:

Andalucía

- √ Cedown - Cádiz
- √ Upace – Cádiz (San Fernando)
- √ Cruz Roja – Cádiz (Pto de StaMaría)
- √ Upace – Cádiz (Jerez)
- √ Centro De Estimulación Precoz – Granada.
- √ Asprodes – Granada.
- √ Hospital Clínico - Granada
- √ Asprodesa – Almería (El Ejido)
- √ Centro Cristo Del Buen Fin – Sevilla)
- √ Aspademis - Cádiz
- √ Cediter - Huelva
- √ Centro Atención Temprana - Málaga
- √ Dulce Nombre De María - Málaga
- √ San Rafael - Granada
- √ Afanas - La Paz - Cádiz
- √ Bajo Guadalquivir - Cádiz

Aragón

- √ Cdiat Zaragoza A.Temprana
- √ Centro Base Zaragoza

Asturias

- √ Fundación Vinjoy
- √ Unid. Atención Temprana - Oviedo

Mallorca

- √ Hospital Sondureta - Palma
- √ Asoc. Niños Autistas - Manacor

Cantabria

- √ Equipo Orientación Educativa y Psicopedagógica - Santander

Castilla León

- √ Equipo De Atención Temprana - Segovia
- √ Aspace - Salamanca
- √ Centro Síndrome Down - Zamora
- √ Centro Base - Palencia
- √ Centro Síndrome Down – Valladolid
- √ Sanagua - Zamora

Cataluña

- √ Eipi Ciutat Vella - Barcelona
- √ Eipi Nou Barris - Barcelona
- √ Fundación E. Torras - Barcelona
- √ Sap Passeig de Sant Joan - Barcelona
- √ Cad 1 Ramón Noguera - Gerona
- √ Aspanide – Barcelona (Sta. Coloma)
- √ Fundación Catalana de Síndrome Down – Barcelona

Castilla la Mancha

- √ Cdiat Apace – Toledo (Talavera)
- √ Centro Base - Albacete
- √ Asprona – Albacete (La Roda)
- √ Asprona Adapei - Albacete

Comunidad Valenciana

- √ Centro De Atención Temprana – Alicante (Orihuela)
- √ Aspanias – Alicante (elche)
- √ Cat L'horta Nord – Valencia (Massamagrell)

Extremadura

- √ Equipo Atención Temprana - Cáceres
- √ Equipo Orientación Educativa y Psicopedagógica – Cáceres.

Galicia

- √ Teima – Coruña ((Ferrol)
- √ Centro Down – Coruña (S. Compostela)
- √ Aspanaes - Coruña
- √ Arca – Pontevedra (Vigo)
- √ Centro Down - Lugo
- √ Cat Lapiz – Pontevedra (Vigo)

La Rioja

- √ Centro Base - Logroño

Comunidad de Madrid

- √ Centro Tres Olivos
- √ Guardería Ven Y Juega
- √ Atención Temprana N^o 75
- √ Hospital Niño Jesús
- √ Apert

Murcia

- √ Centro Atención Temprana - Cieza
- √ Assido

Navarra

- √ Centro Base - Pamplona

País Vasco

- √ Servicio Atención Temprana - Álava

1

METODOLOGÍA

1.1. UNIVERSO Y MUESTRA

1.1.1. EL UNIVERSO

Esta investigación se compone de dos universos diferenciados. Por un lado, los profesionales de la Atención Temprana, y por otro la población infantil que acude a estos centros. En ambos casos se trata de universos desconocidos.

El primer universo a investigar son los profesionales que hayan aplicado el sistema diseñado para la “Organización Diagnóstica para la Atención Temprana” (ODAT). El segundo universo estudiado ha sido el formado por la población infantil de 0 a 6 años que acude a los centros de Atención Temprana.

1.1.2. DISTRIBUCIÓN MUESTRAL

Selección de la muestra

Con el objetivo de que la información extraída tuviera representatividad estadística en ambos universos, se diseñó una muestra representativa del conjunto del universo definido, probabilística, polietápica, por conglomerados y con selección aleatoria de las diferentes unidades en las sucesivas etapas.

Tamaño muestral y margen de error

Respecto a los profesionales de la Atención Temprana, la muestra teórica diseñada al inicio del presente estudio contemplaba un tamaño de 304 personas. Finalmente el trabajo de campo concluyó con un total de 215 profesionales entrevistados, siendo éste el tamaño de la muestra real o realizada. Para esta muestra de profesionales, se estima un margen de error del $\pm 6,5\%$, calculado a partir de un universo inferior a 15.000 unidades.

Para el universo de la población infantil atendida en estos centros, la muestra teórica inicial estaba compuesta por 3.000 casos. El trabajo de campo concluyó con un volumen total de muestra real de 2.009 niños, de los cuales han sido válidos, a efectos de explotación de resultados, 1.807 expedientes. Las causas por las que se ha producido este descenso se han debido fundamentalmente a cuestiones de depuración de la información recogida, tales como inconsistencias en las respuestas o excesivo número de variables en blanco o no contestadas.

En cualquier caso, se estima un margen de error del $\pm 2,31\%$. El error muestral se ha calculado para la situación más desfavorable en la que el Universo fuera superior a 100.000 unidades.

1.2. PROCESO DE RECOGIDA DE INFORMACIÓN

1.2.1. INSTRUMENTOS PARA LA RECOGIDA DE INFORMACIÓN

Una vez aprobados y cerrados los contenidos del cuestionario a aplicar, lo primero que se hizo fue preparar todo el material necesario para la realización del trabajo de campo. Este se concretó fundamentalmente en los siguientes documentos:

- Cuestionario
- Distribución muestral
- Listado de Centros de Atención Temprana
- Instrucciones para la colaboración en la validación de la ODAT
- Normas a seguir por el entrevistador en la realización de su trabajo
- Cartas acreditativas tanto del GAT, como del Real Patronato sobre Discapacidad.

El proceso de recogida de la información para ejecutar la encuesta a los profesionales de la Atención Temprana ha sido realizado mediante cuestionario autocumplimentado, mientras que la información relativa a la población infantil se llevó a cabo mediante registro informático, principalmente, aunque también a través fichas en papel.

1.2.2. EL TRABAJO DE CAMPO

La Atención Temprana presenta distintos niveles de intervención en función del proceso o momento específico de la prevención: primaria (para evitar las condiciones que pueden conducir a la aparición de trastornos al desarrollo infantil), secundaria (para la detección precoz de esos trastornos al desarrollo).

Esta intervención se lleva a cabo a través de distintos ámbitos de actuación en los que intervienen profesionales de la Atención Temprana, ya pertenezcan a Sanidad, Educación o Servicios Sociales.

El Real Patronato sobre Discapacidad se plantea la realización de un estudio que permita evaluar los criterios específicos de diagnóstico para la Atención Temprana en todas sus vertientes.

Selección y formación de los agentes entrevistadores

A la hora de reclutar a las personas encargadas de las entrevistas, se trató de buscar entrevistadores **con experiencia contrastada en investigaciones similares**, llevadas a cabo para diferentes instituciones o empresas. Cuando hubo que reclutar a personas que no hubiesen trabajado anteriormente se siguieron unas pautas muy determinadas.

Se estableció que los entrevistadores deberían ser personas con 20 ó más años de edad, que tuviesen concluido al menos el Bachillerato. Como resultado de todo este proceso, el equipo humano que está participando en la investigación es el siguiente:

- 1 director de campo.
- 2 adjuntos a la dirección de campo.
- supervisores.
- 17 coordinadores de campo.
- 35 entrevistadores.

Supervisión y controles de calidad

Para asegurar la calidad en la ejecución de las tareas y en la información a obtener y analizar, se han llevado a cabo sesiones de trabajo con el Real Patronato sobre Discapacidad, sesiones de trabajo internas del equipo y controles de calidad del trabajo de campo.

En lo referente a la encuesta, para que esta sea adecuada, se han llevado a cabo reuniones con todos los entrevistadores, previa entrega del protocolo de recogida de información, explicándoles de forma muy precisa cómo han de actuar en cada caso, aportándoles las soluciones a los diferentes problemas que se les puedan presentar en cada momento. De esta forma, los entrevistadores cuentan con una formación específica para abordar el trabajo de campo, así como los materiales de uso. Junto a ello, se ha informado a los entrevistadores de los mecanismos de contactación con EDIS para que puedan solventar dudas e informar del estado de los trabajos en todo momento. Todo ello para garantizar la calidad de los datos recogidos.

Con el fin de garantizar unos niveles óptimos de calidad en el trabajo de campo y en los resultados finales de la investigación, se han llevado a cabo dos etapas. En un primer momento se ha desarrollado una verificación de la correcta realización del muestreo, para posteriormente depurar y verificar la información recogida.

Resultados del trabajo de campo

Después de haberse cubierto el plazo de tiempo previsto para la realización del trabajo de campo, la situación es la que se describe a continuación:

- Se ha acudido a 61 centros de Atención Temprana.
- Han colaborado de forma efectiva 215 profesionales de esta área.
- Se han cumplimentado 2.009 expedientes (vía online y papel).

1.3. CARACTERÍSTICAS DE LAS PERSONAS ENTREVISTADAS

A continuación se presenta un perfil general, por medio de gráficos estadísticos, de las personas que han cumplimentado los cuestionarios. Para ello ofrecemos las características de los profesionales de Atención Temprana que forman parte de la muestra realizada, tales como el sexo, la edad o la profesión. Junto a ello, también presentamos las características de la muestra según la administración a la que pertenecen los centros en los que desarrollan su labor.

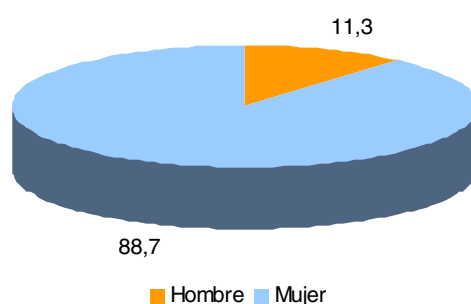
De forma más específica, hay que destacar en un primer momento la participación mayoritaria del colectivo femenino. Los datos obtenidos plantean que 9 de cada 10 personas que han colaborado en la investigación son mujeres. Junto a ello, el intervalo de edad con mayor peso específico en la muestra ha sido el que comprende los 30 y los 44 años, suponiendo la mitad de los entrevistados.

En cuanto a los profesionales más representados en la muestra, destacan los Psicólogos (31%), los Logopedas (21%) y los Fisioterapeutas (10%). Por otro lado, son los profesionales de más reciente incorporación a la Atención Temprana los que han participado en mayor medida. Los individuos que llevan menos de 5 años trabajando en éste área componen el 40% de la muestra, seguido de los que tienen entre 11 y 20 años de experiencia (26%).

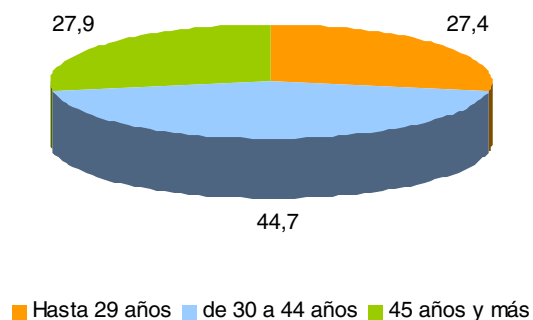
Por último destacar que más de la mitad de los profesionales pertenecen a centros dependientes de los Servicios Sociales, así como que 5 de cada 10 se registran en los centros de Cataluña, Madrid y Andalucía, destacando esta última comunidad por acoger a un 25% de los encuestados.

Gráficos 3.1. Distribución porcentual de las personas entrevistadas, según diversas variables

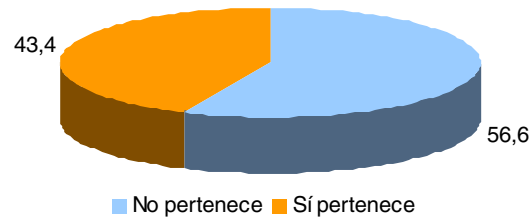
a) Sexo



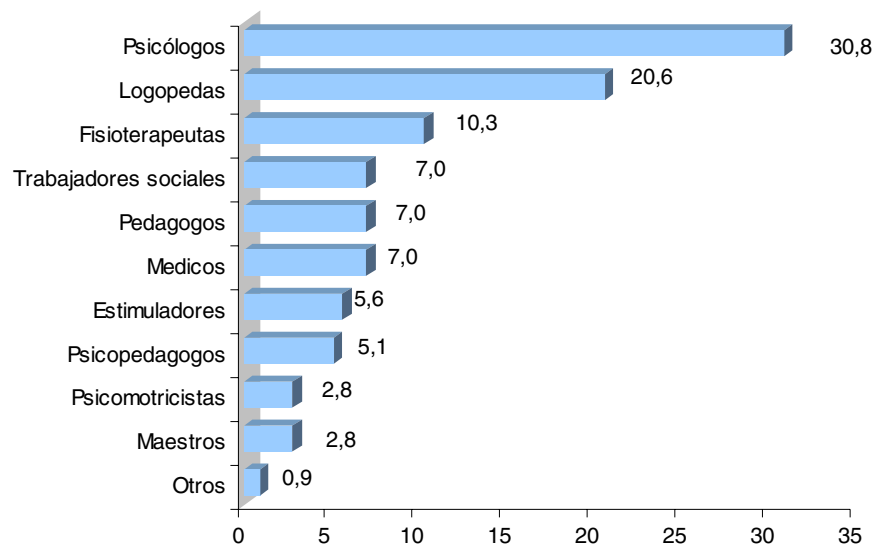
b) Grupos de edad



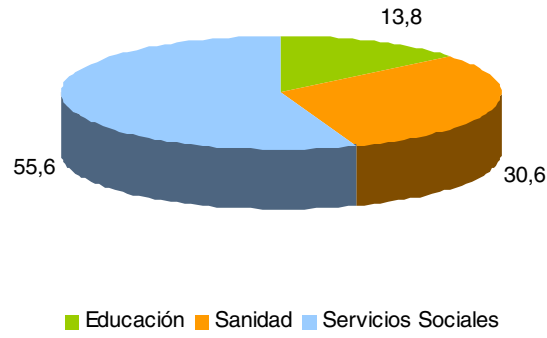
c) Pertenencia a asociaciones profesionales de Atención Temprana



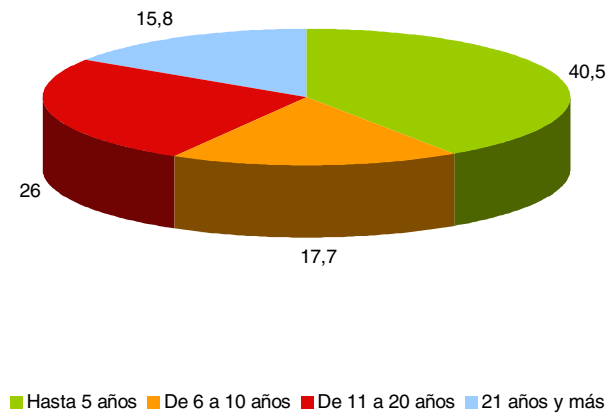
d) Tipo de profesionales



e) Administración de pertenencia del centro



f) Años trabajados en Atención Temprana



1.4. EXPLOTACIÓN ESTADÍSTICA

La explotación estadística se ha realizado bajo programas propios y estándar (SPSS 13.0). El proceso incluyó los siguientes tratamientos, a partir de los cuales se desarrolló el oportuno análisis de resultados:

- ◆ Frecuencias y porcentajes de todas las variables del cuestionario, con el objeto de aportar los resultados globales de cada variable incluida en el cuestionario.
- ◆ Inclusión de medidas de tendencia central y de dispersión en todas las variables de escala, considerando el análisis de la media, como medida más representativa de tendencia central.
- ◆ Cruces bivariantes entre variables dependientes e independientes.

1.5. FICHA TÉCNICA

1.5.1. PROFESIONALES DE LA ATENCIÓN TEMPRANA

Universo:

- El universo de la investigación es el conjunto de profesionales que hayan aplicado el sistema diseñado para la “Organización Diagnóstica para la Atención Temprana”.

Ámbito de la investigación:

- El ámbito de la investigación es todo el territorio estatal.

Muestra:

- Se han realizado un total de 215 entrevistas. La muestra es representativa del conjunto del universo definido, probabilística, polietápica y por conglomerados.

Margen de error:

- El margen de error para el conjunto es del $\pm 6,5\%$, con un nivel de confianza del 95,5% y para $p = q = 0,5$.

Trabajo de Campo:

- El trabajo de campo se ha desarrollado entre diciembre de 2006 y abril de 2007.
- El trabajo de campo ha sido realizado por 35 entrevistadores de EDIS, S.A., con experiencia en estudios similares.

Método de recogida de la información:

- La información se ha recogido mediante encuestas autocumplimentadas, bajo supervisión de los encuestadores.

1.5.2. POBLACIÓN INFANTIL ATENDIDA EN CENTROS DE ATENCIÓN TEMPRANA

Universo:

- El universo de la investigación está formado por la población infantil de 0 a 6 años que acude a los centros de Atención Temprana.

Ámbito de la investigación:

- El ámbito de la investigación es todo el territorio estatal.

Muestra:

- Se han estudiado un total de 1.807 casos. La muestra es representativa del conjunto del universo definido, probabilística, polietápica y por conglomerados.

Margen de error:

- El margen de error para el conjunto es del $\pm 2,31\%$, con un nivel de confianza del 95,5% y para $p = q = 0,5$.

Trabajo de Campo:

- El trabajo de campo se ha desarrollado entre diciembre de 2006 y abril de 2007.
- Los profesionales han cumplimentado 1.807 expedientes (vía online y papel), que luego han sido tratados por el personal de campo de EDIS, S.A.

Método de recogida de la información:

- La información se ha recogido mediante un registro informático facilitado por la propia ODAT.

2

**CONOCIMIENTO DE
LA ODAT**

El análisis del conocimiento de la ODAT que los distintos profesionales tienen, se realizará a través de las siguientes variables:

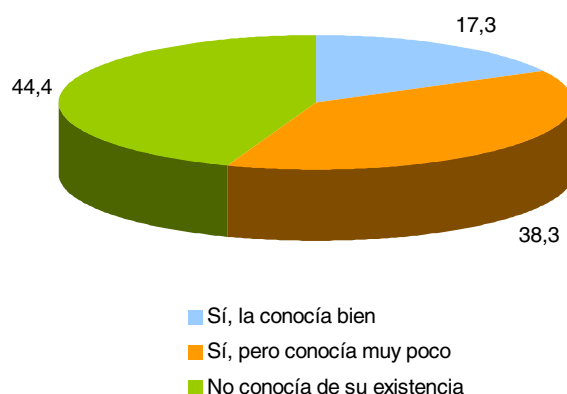
- Conocimiento anterior a la colaboración en la investigación.
- Participación o no, en reuniones realizadas para la presentación de la ODAT.
- Frases con la que mejor definen la impresión inicial de la ODAT.

En primer lugar cada variable se observará de manera individual, y posteriormente se pondrán en relación con algunas variables de clasificación, como por ejemplo, el colectivo al que pertenecen los distintos profesionales, la pertenencia o no de estos a asociaciones profesionales de la Atención Temprana, la administración de la que dependen los centros (Educación, Sanidad o Servicios Sociales), o el tipo de centro en el que desarrollan su labor los profesionales (Público, Privado o Concertado).

2.1. CONOCIMIENTO INICIAL DE LA ODAT

Casi la mitad de los profesionales de la Atención Temprana no conocían la existencia de la ODAT antes de la visita de los técnicos de EDIS. La otra mitad de los entrevistados si que la conocían, aunque la mayor parte tenían un conocimiento escaso.

Gráfico 2.1. Distribución de los profesionales, según su conocimiento de la ODAT antes de la visita de los técnicos de EDIS



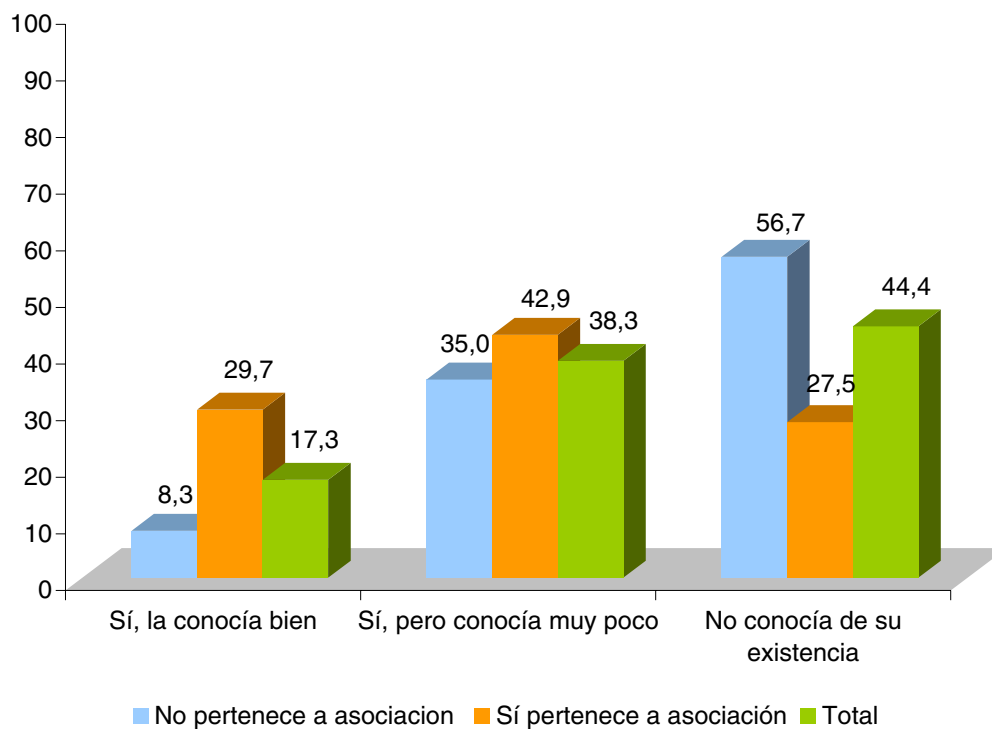
De un modo más específico y en relación al colectivo profesional al que pertenecen los encuestados, los que tenían un mejor conocimiento inicial de la ODAT eran los Maestros (67% la conocían bien) y los Psicomotricistas (50%). Por contraste, los profesionales que registraron un peor conocimiento inicial de la ODAT son los Logopedas y los Fisioterapeutas, ya que aproximadamente el 60% de ambos colectivos no conocían la existencia de la ODAT.

Tabla 2.1. Distribución de los profesionales, según su conocimiento sobre la ODAT en relación a la categoría profesional

	Sí, la conocía bien	Sí, pero conocía muy poco	No conocía de su existencia	Total
Estimuladores	0,0	58,3	41,7	100
Fisioterapeutas	4,5	36,4	59,1	100
Logopedas	20,9	16,3	62,8	100
Maestros	66,7	16,7	16,7	100
Médicos	13,3	40,0	46,7	100
Pedagogos	26,7	46,7	26,7	100
Psicólogos	21,2	45,5	33,3	100
Psicomotricistas	50,0	0,0	50,0	100
Psicopedagogos	0,0	54,5	45,5	100
Trabajadores sociales	0,0	53,3	46,7	100
Otros	0,0	50,0	50,0	100
Total	17,3	38,3	44,4	100

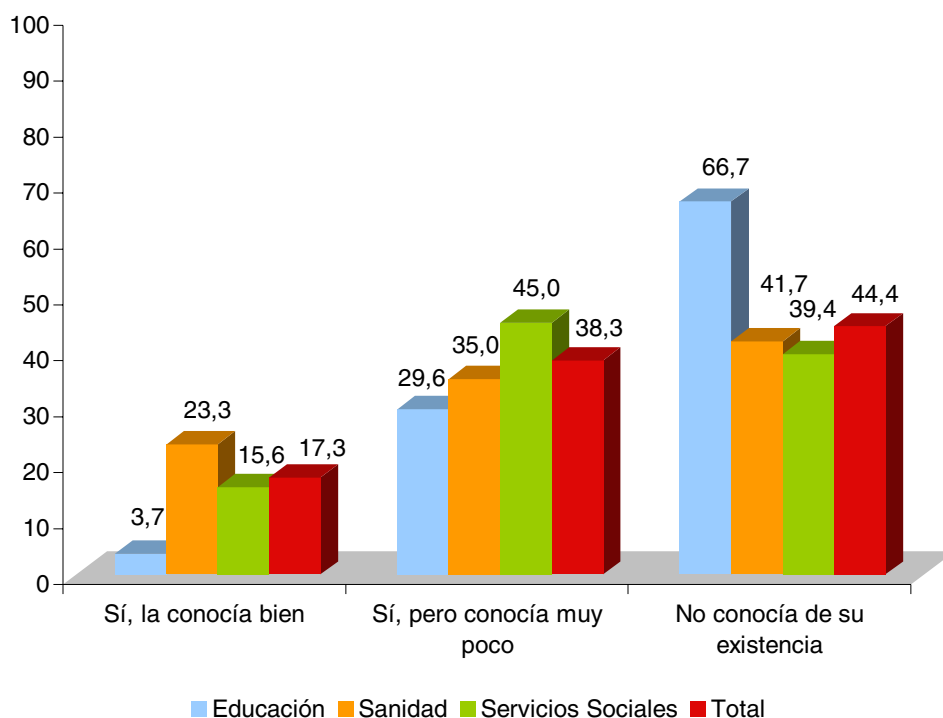
Esta pregunta también ha sido puesta en relación con la posible pertenencia de estos profesionales a asociaciones de la Atención Temprana, comprobando un mayor conocimiento inicial de la ODAT entre los profesionales asociados, que se refleja en que el 73% de estos afirman que sí conocían la ODAT.

Gráfico 2.2. Distribución de los profesionales según conocimiento de la ODAT según su pertenencia a alguna asociación de profesionales de la Atención Temprana



Existe relación entre el conocimiento inicial de la ODAT y la administración a la que pertenece el centro de Atención Temprana. El conocimiento es notablemente mayor entre los profesionales que desempeñan su labor en centros dependientes de los Servicios Sociales (el 60%); por el contrario entre los profesionales de centros dependientes de la administración educativa, el conocimiento inicial se reduce hasta el 34%.

Gráfico 2.3. Distribución de los profesionales, según conocimiento de la ODAT y administración de la que depende el recurso de AT en que desarrollan su labor



2.2. PARTICIPACIÓN EN LA PRESENTACIÓN DE LA ODAT

Aproximadamente la mitad de los profesionales han participado en la presentación de la ODAT.

La participación en las reuniones de presentación ha sido más intensa entre los profesionales de centros dependientes de Servicios Sociales (56%). Mientras que los profesionales dependientes de Educación son los que menos han participado en estas reuniones, sólo el 11% acudieron a alguna.

Gráfico 2.4. Distribución de los profesionales, según la participación en reuniones de presentación de la ODAT

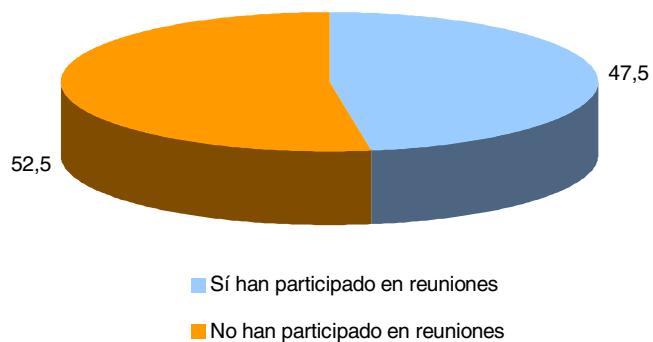
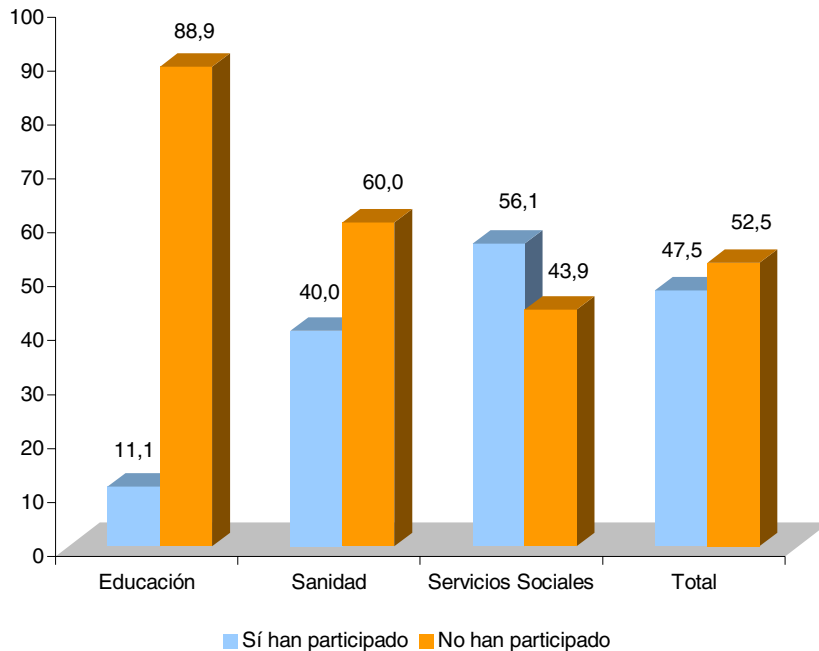


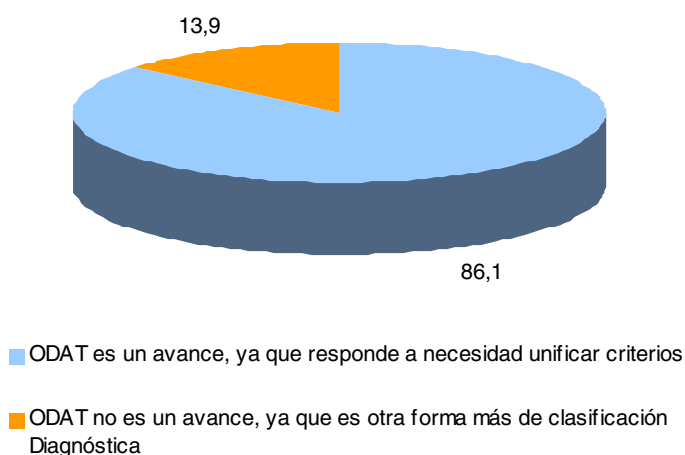
Gráfico 2.5. Distribución de los profesionales, según su participación en reuniones sobre la ODAT y la administración de la que depende el recurso de AT en que desarrollan su labor



2.3. IMPRESIÓN INICIAL DE LA ODAT

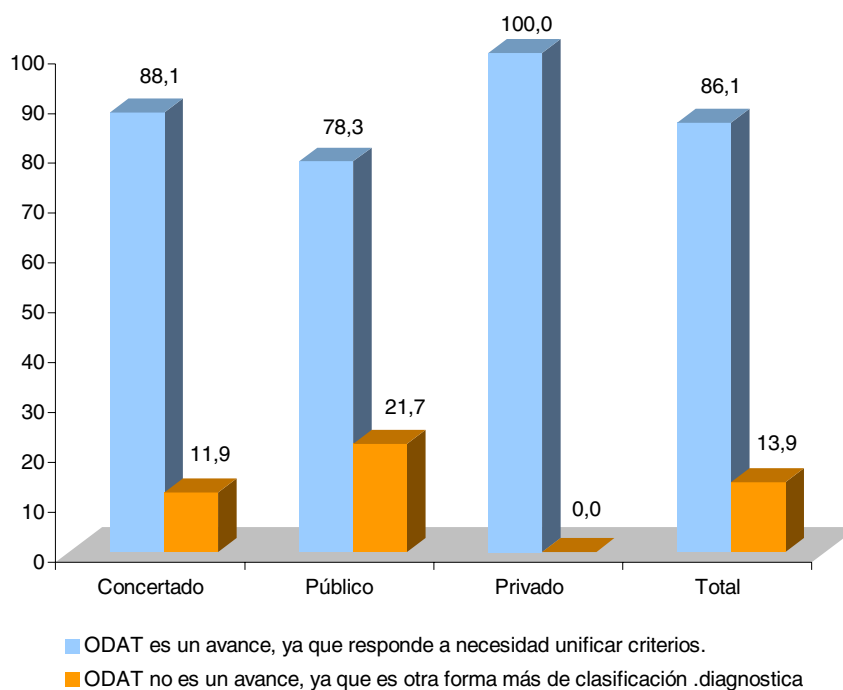
Por último y atendiendo a las frases con las que los profesionales definen la impresión que tuvieron de la ODAT en un primer momento, se observa una clara mayoría de profesionales que opta por decir que “la ODAT es un avance, ya que responde a la necesidad de unificar criterios”, siendo estos el 86% de los encuestados; en contraposición un 14% opina lo contrario, es decir, que “la ODAT no es un avance, ya que es otra forma más de clasificación diagnóstica”.

Gráfico 2.6. Distribución de los profesionales, según la frase que mejor define su impresión inicial de la ODAT



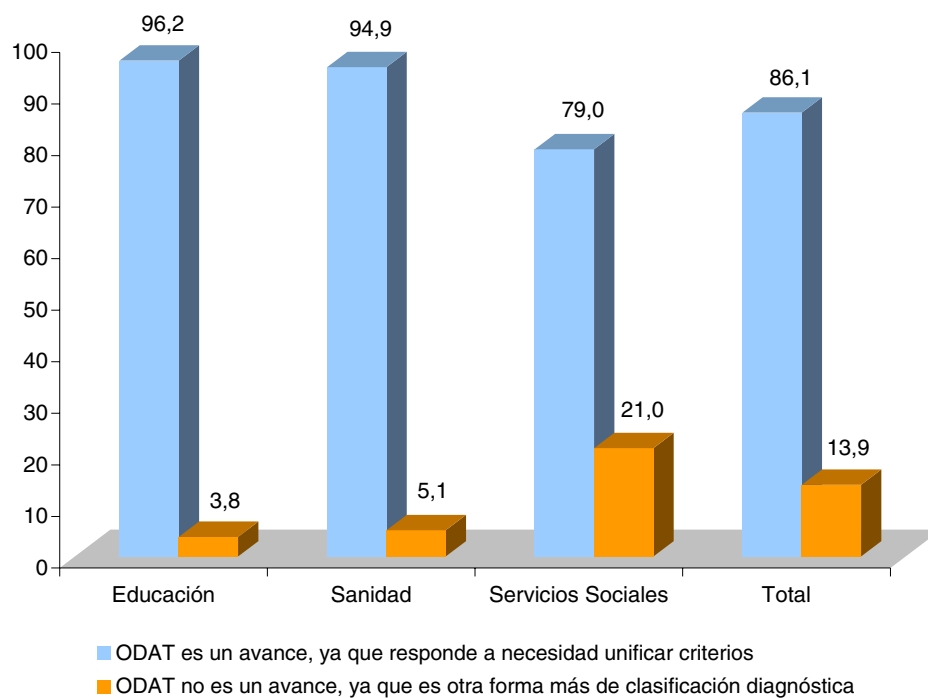
Si nos fijamos en el tipo de centro en que trabajan estos profesionales, destacamos que tanto en los privados, como los públicos o los concertados, la mayoría de los trabajadores opina que la ODAT es un avance, aunque destacan los que desarrollan su labor en centros privados, donde el 100% está de acuerdo con esta afirmación. A su vez, se observa cómo la mayor proporción de encuestados que opinan que no es un avance se encuentran en los centros públicos (22%).

Gráfico 2.7. Distribución de los profesionales, según frase explicativa de su impresión inicial sobre la ODAT y tipo de centro en el que desarrollan su labor



Si fijamos la atención en la administración a la que pertenecen los centros de los respectivos profesionales, vemos cómo tanto en los centros pertenecientes a Educación como a Sanidad, casi la totalidad de los encuestados ven en la ODAT un avance para unificar criterios diagnósticos. Pero no ocurre lo mismo en los centros adscritos a los Servicios Sociales, donde la ODAT es un avance para el 79% de los profesionales, mostrándose más críticos el resto.

Gráfico 2.8. Distribución de los profesionales, según frase explicativa de su impresión inicial sobre la ODAT y administración de la que depende el recurso de AT donde desarrollan su labor



3

ESTRUCTURA DE LA ODAT

En el presente capítulo se abordará el análisis de la estructura de la ODAT desde el punto de vista de la opinión de los profesionales de la Atención Temprana, los cuales deben hacer referencia a:

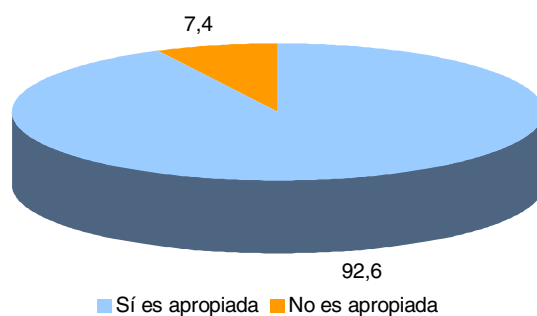
- ◆ Niveles de la estructura general, a saber, factores de riesgo, trastornos/disfunciones y recursos.
- ◆ Ejes de evaluación de los distintos niveles de la estructura: factores biológicos de riesgo, factores familiares de riesgo, factores ambientales de riesgo, trastornos del desarrollo, trastornos de la familia y trastornos del entorno.

Estas variables serán tratadas a lo largo del capítulo, tanto de manera individual como en relación con otras variables, ya sean de clasificación (tipo de centro y colectivo profesional), referidas al conocimiento de la ODAT, o entre las propias variables que conforman el capítulo. Por ejemplo, se relacionará la consideración que los profesionales tienen de la estructura general de la ODAT con la consideración que estos tienen de los distintos ejes y niveles.

También se presentarán diferentes tablas que exponen las opiniones más explícitamente aportadas por los profesionales a partir de las distintas preguntas abiertas que se han planteado a lo largo del presente capítulo, así como en todo el cuestionario de evaluación de la ODAT.

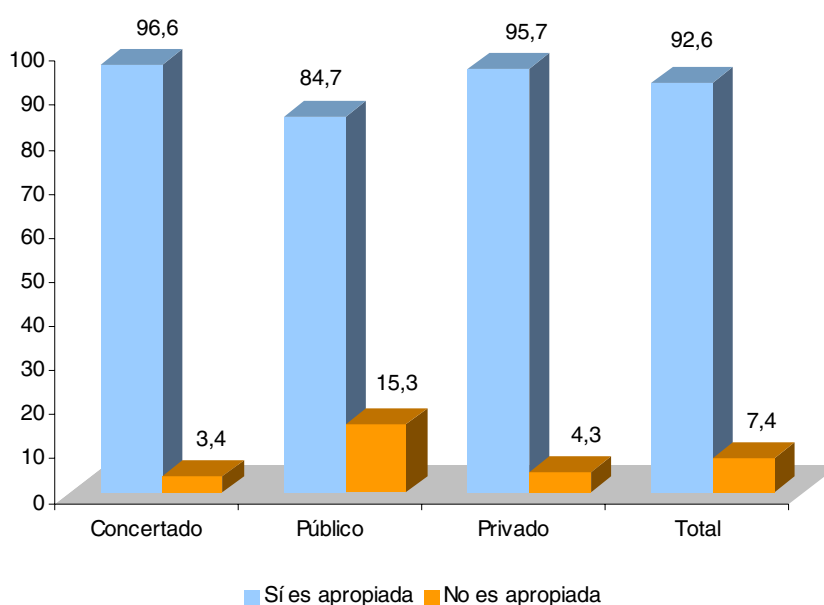
En primer lugar, y haciendo referencia a la variable de consideración de la estructura general de la ODAT, se observa cómo 9 de cada 10 profesionales encuestados opinan que es apropiada como herramienta diagnóstica en la Atención Temprana.

Gráfico 3.1. Distribución de los profesionales, según su consideración sobre la estructura general de la ODAT.



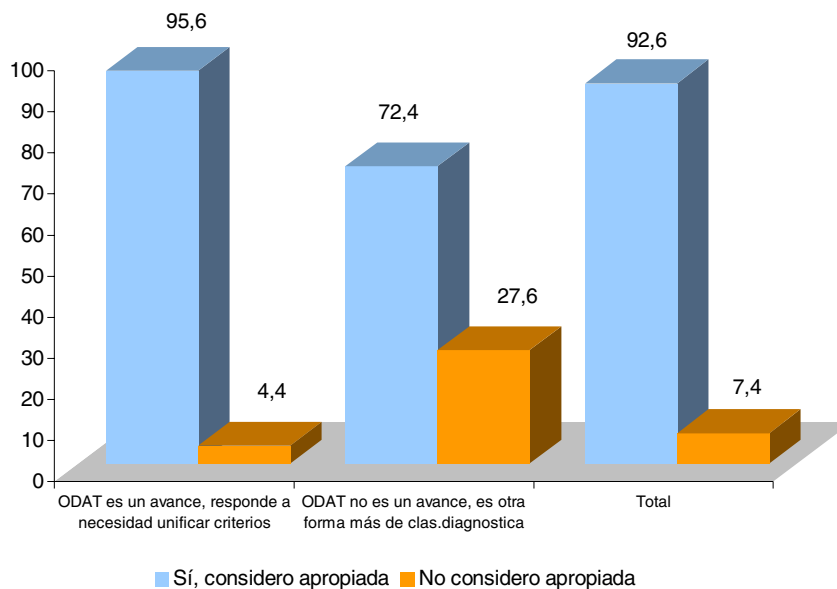
Al precisar el tipo de centro en el que desarrollan su labor estos profesionales, se observa de nuevo como en todos los centros la estructura de la ODAT es considerada apropiada por la mayoría de los profesionales. No obstante un 15% de los que desarrollan su labor en centros públicos, se muestran más críticos con la estructura general de esta herramienta diagnóstica. Por el contrario, es en los centros concertados, donde se da la proporción más alta de profesionales que consideran apropiada la estructura de la ODAT (97%).

Gráfico 3.2. Distribución de los profesionales, según consideración sobre la estructura general de la ODAT y el tipo de centro en que desarrollan su labor.



En el análisis de los datos, se ha observado cómo la ODAT supone para la mayoría de los profesionales un avance para la unificación de criterios diagnósticos, aunque un 14% considera esta herramienta como una forma más de clasificación. Son estos profesionales los que en mayor medida consideran que la estructura general de la ODAT no es apropiada (28%).

Gráfico 3.3. Distribución de los profesionales, según consideración de la estructura general de la ODAT y frase que mejor define su impresión inicial.



Con respecto al colectivo profesional al que pertenecen los profesionales, la totalidad de los Maestros y los Trabajadores Sociales encuestados creen en la validez de la estructura general de la ODAT, frente al 14% de los Fisioterapeutas que piensan que no es apropiada, siendo este el colectivo más crítico.

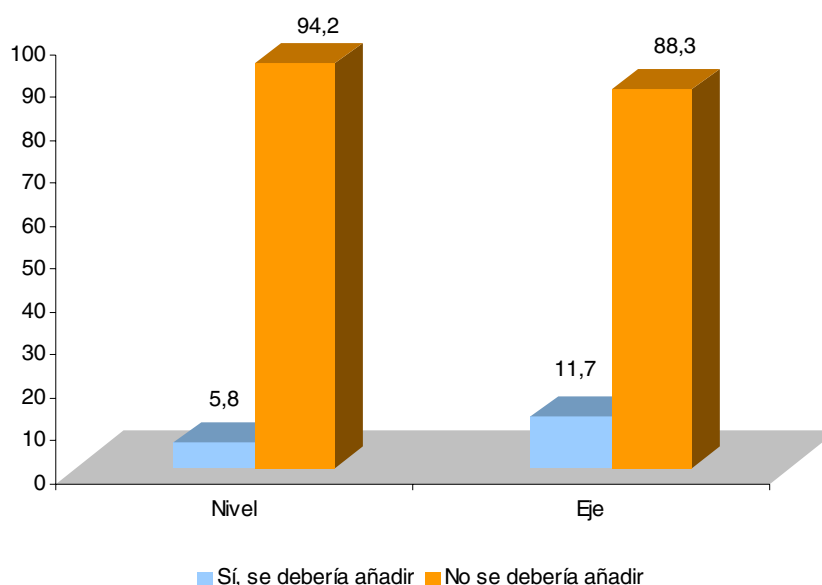
Tabla 3.1. Distribución de profesionales, según consideración de la estructura general de la ODAT y colectivo profesional al que pertenecen.

	Sí es apropiada	No es apropiada	Total
Estimuladores	91,7	8,3	100
Fisioterapeutas	86,4	13,6	100
Logopedas	93,2	6,8	100
Maestros	100,0	0,0	100
Médicos	93,3	6,7	100
Pedagogos	93,3	6,7	100
Psicólogos	93,9	6,1	100
Psicomotricistas	83,3	16,7	100
Psicopedagogos	90,9	9,1	100
Trabajadores sociales	100,0	0,0	100
Otros	100,0	0,0	100
Total	92,6	7,4	100

A continuación analizaremos los resultados obtenidos a partir de las distintas variables que hacen referencia a la consideración que los profesionales tienen de los niveles y ejes que forman la estructura general de la ODAT. En primer lugar, haremos una visión global acerca de la opinión de los encuestados respecto a la necesidad de añadir niveles o ejes a la estructura general de la ODAT.

En este sentido, la mayoría de los profesionales encuestados consideran que no se deberían añadir otros niveles o ejes a la estructura general que se presenta, siendo esta posición respaldada por nueve de cada diez profesionales en ambos casos.

Gráfico 3.4. Porcentaje de profesionales, según consideración de los niveles y ejes de la estructura de la ODAT.



Si analizamos estas consideraciones sobre la necesidad o no de añadir niveles de una manera más específica, es decir, centrándonos en las categorías profesionales de los individuos entrevistados, podemos observar cómo son los Psicólogos los que en mayor proporción opinan que se debería añadir algún eje (16%), frente al resto de los profesionales que opinan que no se debería añadir nivel alguno con un 100% en la mayoría de los sectores profesionales.

De manera similar ocurre al hacer referencia a la inclusión o no de ejes en la estructura general de la ODAT. En este caso, también son los Psicólogos los que destacan del resto de profesionales al opinar el 21% de ellos que sí debería añadirse algún eje, aunque hay que destacar que en la consideración de los ejes se dan algunas diferencias respecto a los niveles, puesto que en los ejes hay mayor representación de distintos profesionales de la Atención Temprana que creen necesario añadir algún eje a la estructura general. Éste es el caso de los Trabajadores Sociales (13%), o de los Logopedas y Fisioterapeutas (9%).

Tabla 3.2. Distribución porcentual de los profesionales, según consideración de añadir niveles a la estructura de la ODAT y colectivo profesional al que pertenecen.

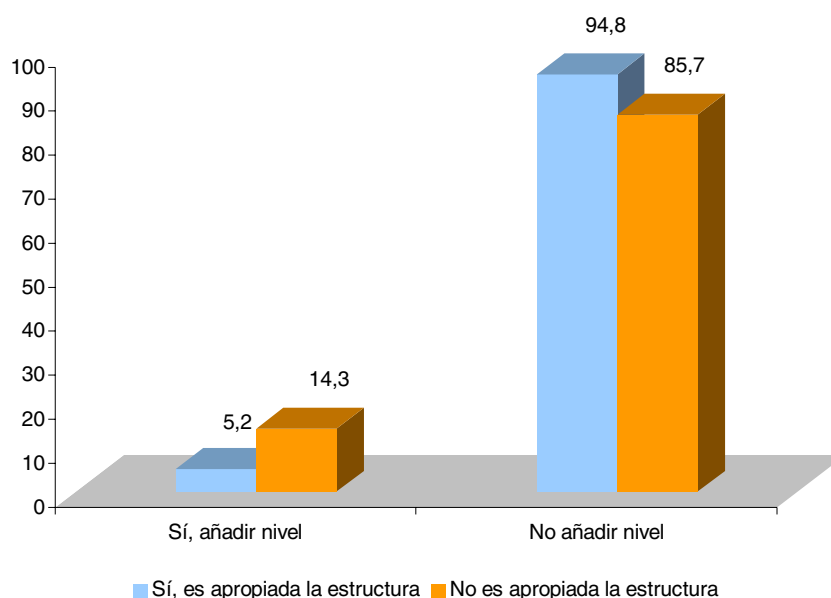
	Sí se debería añadir nivel	No se debería añadir nivel	Total
Estimuladores	0,0	100,0	100
Fisioterapeutas	4,8	95,2	100
Logopedas	2,4	97,6	100
Maestros	0,0	100,0	100
Médicos	0,0	100,0	100
Pedagogos	0,0	100,0	100
Psicólogos	15,9	84,1	100
Psicomotricistas	0,0	100,0	100
Psicopedagogos	0,0	100,0	100
Trabajadores sociales	0,0	100,0	100
Otros	0,0	100,0	100
Total	5,8	94,2	100

Tabla 3.3. Distribución porcentual de los profesionales, según consideración de añadir ejes a la estructura de la ODAT y colectivo profesional al que pertenecen.

	Sí se debería añadir eje	No se debería añadir eje	Total
Estimuladores	0,0	100,0	100
Fisioterapeutas	9,1	90,9	100
Logopedas	9,3	90,7	100
Maestros	0,0	100,0	100
Médicos	6,7	93,3	100
Pedagogos	0,0	100,0	100
Psicólogos	21,2	78,8	100
Psicomotricistas	0,0	100,0	100
Psicopedagogos	9,1	90,9	100
Trabajadores sociales	13,3	86,7	100
Otros	0,0	100,0	100
Total	11,7	88,3	100

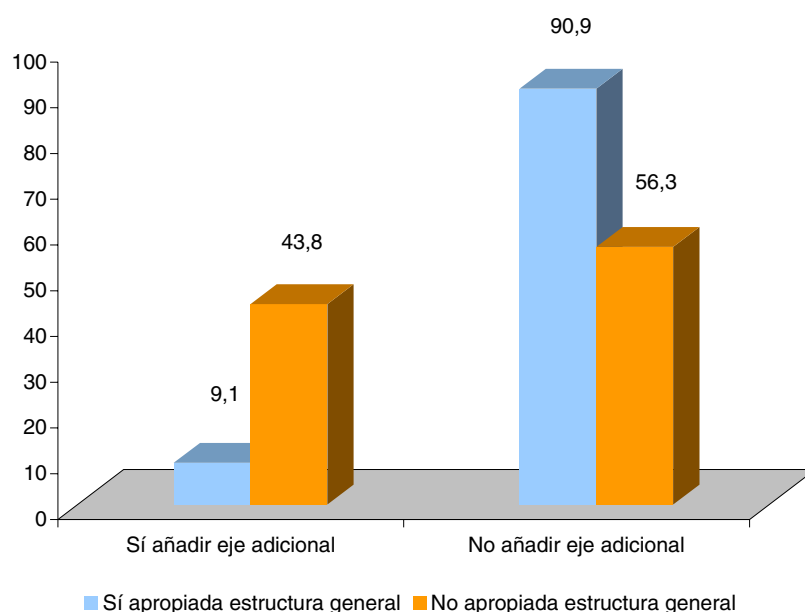
Por otro lado, destacar cómo 9 de cada 10 profesionales que consideran apropiada la estructura de la ODAT no añadirían ningún nivel adicional, al igual que el 86% de los profesionales que no consideran apropiada la estructura de la ODAT, los cuales tampoco añadirían otros niveles a los ya existentes.

Gráfico 3.5. Proporción de profesionales, según consideración de la estructura y de los niveles que conforman ésta.



Lo mismo ocurre al ver los planteamientos de los profesionales respecto a la inclusión o no de nuevos ejes. En este caso se da una disminución en el porcentaje de personas que no consideran necesaria la inclusión de ejes adicionales en la estructura general de la ODAT, aún pensando que ésta no es apropiada (56%). Del mismo modo, se mantiene la situación de que 9 de cada 10 profesionales que si consideran apropiada la estructura general no crean necesario añadir ejes adicionales a la misma.

Gráfico 3.6. Proporción de profesionales, según consideración de la estructura y de los ejes que conforman ésta.



Por último, destacar que a los profesionales que no han considerado apropiado alguno de los elementos propuestos por la ODAT, ya sea la estructura general o cualquiera de sus niveles o ejes, se les ha dado la opción de razonar explícitamente su respuesta mediante una pregunta abierta.

En las respuestas obtenidas en referencia a la estructura general se han dado dos razones prioritarias por las que los entrevistados creen que no es apropiada. En la mayoría de los casos han pensando que “los niveles y los ejes son confusos” (36%), seguidos de un 29% que cree que “la clasificación diagnóstica 0,3 es mejor y más abierta”.

Tabla 3.4. Razones por las que no se considera apropiada la estructura general de la ODAT.

	Frecuencias	%
Los niveles y los ejes son confusos.	5	35,7
La clasificación diagnóstica 0,3 es mejor y más abierta.	4	28,6
El trastorno del desarrollo puede confundirse con el término actual T.G.D.	1	7,1
Habría que eliminar los recursos del niño porque son los mismos que los de la familia.	1	7,1
Los factores de riesgo no deberían tener la misma importancia que los trastornos.	1	7,1
Los trastornos de la familia y el entorno, se repiten en los familiares y ambientales de riesgo.	1	7,1
Deberían situarse en igualdad los factores de riesgo y trastornos y disfunciones.	1	7,1
Total	14	100,0

En referencia a los niveles a añadir, el 30% de las repuestas dadas por los profesionales que no consideran apropiada la estructura de la ODAT han destacado la necesidad de “añadir un nivel 4” referido a las necesidades de tratamientos. Por otro lado, el 20% de ellos añadirían un nivel “sanitario” a la estructura que la ODAT plantea para el diagnóstico en Atención Temprana. El resto de los que consideraban necesario añadir algún nivel a los ya propuestos hacen referencia a “factores de riesgo y patologías” o “adopción” entre otros.

Tabla 3.5. Niveles que consideran, deberían añadirse a la estructura general de la ODAT.

	Frecuencias	%
Añadir un Nivel 4: Necesidad de tratamientos.	3	30,0
Sanitarios.	2	20,0
Factores de riesgo y patologías.	1	10,0
Cambiar nivel 1 por: Factores de riesgo y patologías.	1	10,0
Quitar el nivel de recursos porque no es diagnóstico.	1	10,0
Se confunde factores de riesgo con antecedentes personales.	1	10,0
Adopción.	1	10,0
Total	10	100,0

En último término, los profesionales encuestados han planteado diversos ejes que ellos creen, se deberían añadir a la estructura general propuesta. Hay que destacar que el 32% de ellos añadiría un eje que hiciera referencia a “los tratamientos que reciben los niños”, seguido de las personas que añadirían un eje adicional sobre “los profesionales de intervención”; dicha propuesta está respaldada por el 16% de los que consideran necesario añadir algún eje a la estructura general.

Tabla 3.6. Ejes que consideran deberían añadirse a la estructura general de la ODAT.

	Frecuencias	%
Los tratamientos que reciben los niños.	8	32,0
En un nivel 4: Profesionales de intervención.	4	16,0
Posibilidad de poder señalar más de un Eje.	2	8,0
Recursos educativos.	2	8,0
Agrupar Ejes V y VI (trastornos de la familia y del entorno).	2	8,0
Factores Biopatológicos.	1	4,0
Denominar de otro modo o dividir el Eje IV, trastornos del desarrollo.	1	4,0
Incluir más sobre factores sociales.	1	4,0
Posibilidad de indicar algo en "otros factores".	1	4,0
Nivel funcional del desarrollo emocional.	1	4,0
Factores escolares.	1	4,0
En adopción, incluir factores familiares y ambientales que motivaron.	1	4,0
Total	25	100,0

4

CATEGORÍAS DIAGNÓSTICAS

Este capítulo se refiere a las distintas categorías diagnósticas que conforman la ODAT, y se encuentra dividido a partir de los distintos ejes que componen su estructura, a saber:

- Eje I: Factores biológicos de riesgo
- Eje II: Factores familiares de riesgo
- Eje III: Factores ambientales de riesgo
- Eje IV: Trastornos del desarrollo
- Eje V: Familia
- Eje VI: Entorno

De manera general, se presentará para cada Eje señalado datos referentes a sus diferentes categorías. En cada apartado perteneciente a cada uno de los Ejes, se plantearán porcentajes relacionados con la pertinencia que los profesionales le otorgan a las distintas categorías que conforman los Ejes (relacionados a su vez con el colectivo profesional), así como las valoraciones medias que estos profesionales den a cada categoría. Estas valoraciones medias se pondrán también en relación con la variable referida al colectivo profesional al que pertenecen dichos profesionales. También se presentarán las distribuciones porcentuales que hacen referencia a la consideración de los profesionales de incluir o no otras categorías diagnósticas en los diferentes Ejes. Esta variable será puesta en relación con el colectivo profesional.

Por último, habrá diferentes tablas en referencia a las respuestas dadas por los profesionales en las distintas preguntas abiertas que se han planteado a lo largo de todo el capítulo. Estas preguntas abiertas dan la posibilidad al encuestado de referirse de manera más explícita a cuestiones como las posibles deficiencias de las categorías, así como si incluirían o eliminarían alguna otra, o añadirían algún elemento diagnóstico a las categorías ya establecidas.

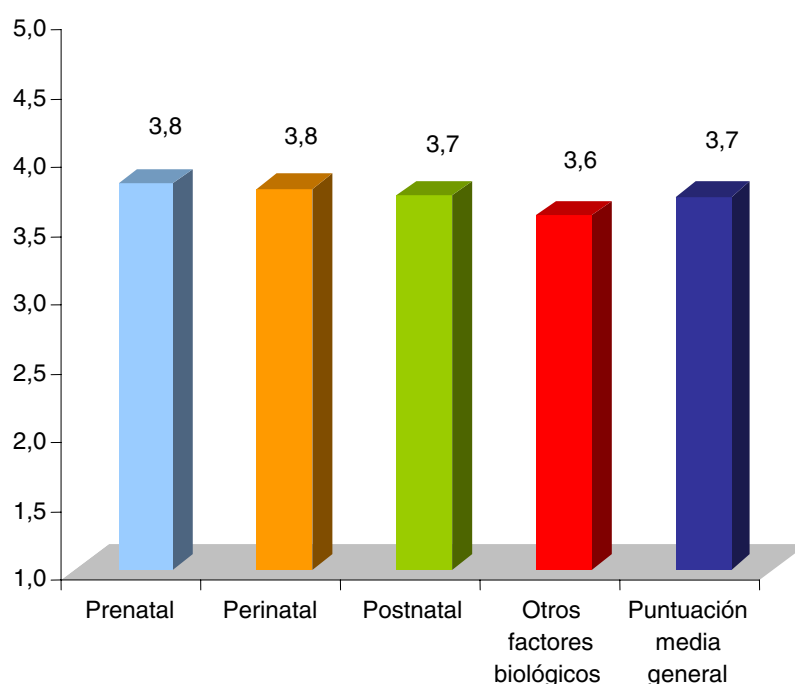
4.1. EJE I: FACTORES BIOLÓGICOS DE RIESGO

En este primer Eje, las categorías diagnósticas que lo forman son 4: “Prenatal”, “Perinatal”, “Postnatal” y “Otros factores de riesgo”. Destacar cómo en este Eje, cuando se observan los datos referidos a la pertinencia de las categorías, éstos no son puestos en relación con el colectivo al que pertenecen los distintos profesionales, puesto que los datos obtenidos no aportaban ningún dato relevante a la investigación. Por el mismo motivo, tampoco se pondrán en relación estos datos en los Ejes IV y VI.

En primer lugar, habría que destacar que los profesionales que han colaborado coinciden, en casi la totalidad de los casos, en que todas las categorías diagnósticas planteadas en éste Eje (prenatal, perinatal, postnatal y otros factores biológicos) son pertinentes dentro de la estructura general de la ODAT.

A partir de la pertinencia de las categorías expresada por los encuestados, éstos valoraron cada una de ellas, siendo “Prenatal” la mejor valorada con un 3,8 en una escala del 1 al 5. En sentido contrario, la categoría peor valorada ha sido la de “Otros factores biológicos”, la cuál ha obtenido una valoración de 3,6 sobre 5.

Gráfico 4.1. Valoración media de las diferentes categorías diagnósticas (Escala de 1 a 5).



Esta valoración puesta en relación con los distintos colectivos profesionales a los que pertenecen los encuestados, da como resultado que los Psicomotricistas son los que mejor valoran las categorías “Perinatal” (4,2), “Postnatal” (4,4) y “Otros factores biológicos” (4,4), siendo los Maestros los que peor valoración dan a ésta última categoría (3,2). Por su parte, los Estimuladores valoran de forma más positiva la categoría “Prenatal” (4,5), pero califican bajo a la “Perinatal” y la “Postnatal” (3,5 y 3,3 respectivamente).

Tabla 4.1. Valoración media de las diferentes categorías diagnóstica, según colectivo profesional (Escala de 1 a 5)

Medias	Valoración construcción categoría: Prenatal	Valoración construcción categoría: Perinatal	Valoración construcción categoría: Postnatal	Valoración construcción categoría: Otros factores biológicos
Estimuladores	4,5	3,5	3,3	4,1
Fisioterapeutas	3,7	3,7	3,6	3,3
Logopedas	3,8	3,8	3,9	3,6
Maestros	3,7	3,3	3,5	3,2
Médicos	3,6	3,8	3,6	3,3
Pedagogos	4,2	4,1	4,0	3,7
Psicólogos	3,7	3,8	3,7	3,6
Psicomotricistas	4,4	4,2	4,4	4,4
Psicopedagogos	3,7	3,6	3,6	3,6
Trabajadores sociales	3,8	3,9	3,7	3,5
Otros	3,5	3,5	3,0	3,5
Total	3,8	3,8	3,7	3,6

En este estudio también se ha pedido a los encuestados que de igual forma que valoran las distintas categorías diagnósticas que componen cada uno de los Ejes que conforman la ODAT en su conjunto, aporten ideas concretas sobre deficiencias, puntos a mejorar o incluso a eliminar de las categorías que conforman los distintos Ejes.

Respecto a las deficiencias, los encuestados han tratado las diferentes categorías diagnósticas de forma individual. De igual modo trataremos y comentaremos los resultados obtenidos en dichas preguntas abiertas.

En primer lugar y haciendo referencia a la categoría diagnóstica “Prenatal”, en la Tabla 4.2 se puede observar cómo la deficiencia más destacada (20%) es la que alude a la ausencia de un epígrafe en el que se tengan en cuenta los posibles *embarazos múltiples* a la hora de hacer un diagnóstico futuro.

Pero también aparecen otras “sugerencias” a la hora de afrontar las posibles deficiencias de esta categoría que los distintos profesionales de la Atención Temprana han reconocido tras haber utilizado la propuesta para una mejora diagnóstica planteada por la ODAT, entre las que destacan tanto carencias como modificaciones, a saber, deficiencias en el ítem *antecedentes familiares* (9%), o *sólo seleccionar factores de riesgo, no patologías* (4%), aunque la deficiencia que más se ha señalado (20%) ha sido la referida a la falta de información sobre embarazos múltiples.

Tabla 4.2. Deficiencias en la categoría diagnóstica PRENATAL.

	Frecuencias	%
Faltan embarazos múltiples.	9	19,6
Faltan técnicas asistidas de fecundación (fecundación in Vitro).	5	10,9
Se debería sustituir síndrome malformativo somático por síndrome polimalformativo, especificando algunos.	5	10,9
Falta enfermedad materna.	4	8,7
Antecedentes familiares.	4	8,7
No Especifica Agentes externos.	3	6,5
Faltan Infecciones del S.N.C.	2	4,3
Debería seleccionar sólo factores de riesgo (no patologías).	2	4,3
Se deberían incluir los Trastornos congénitos cromosómicos relacionados con el embarazo.	2	4,3
Se deberían incluir más ítems.	2	4,3
Faltan Embarazos complicados (sufrimiento fetal, crecimiento uterino, no controlado...	1	2,2
Faltan Osteoarticulares.	1	2,2
Faltan Miopáticos.	1	2,2
Se debería añadir la Consanguinidad.	1	2,2
Faltan Enfermedades musculares con defecto genético.	1	2,2
Faltan Antecedentes de aborto.	1	2,2
Falta Tratamiento retroviral.	1	2,2
Las malformaciones del S.N.C y la Hidrocefalia congénita, pueden superponerse.	1	2,2
Total	46	100,0

En segundo lugar y observando las respuestas dadas por los encuestados respecto a la categoría diagnóstica “Perinatal”, hay que destacar cómo la mitad de las respuestas se refieren a la necesidad de incluir en el apartado “Ayuda” la información acerca de si es *recién nacido con peso < 10* para su edad gestacional, como la principal deficiencia de este categoría (48%).

Con un porcentaje claramente menor de respuestas (7%), los encuestados destacan el *problema en el canal de parto* como una información importante a añadir dentro de ésta categoría diagnóstica.

Tabla 4.3. Deficiencias en la categoría diagnóstica de PERINATAL

	Frecuencias	%
Dar a conocer cuál es "recién nacido con peso <10" "Ayuda".	13	48,1
Problemas en el canal del parto (sufrimiento fetal, vuelta de cordón...).	2	7,4
Traumatismos craneoencefálicos.	1	3,7
Patologías maternas.	1	3,7
Problemas respiratorios.	1	3,7
Hemorragia cerebral.	1	3,7
Cardiopatías.	1	3,7
Ictericia.	1	3,7
Debería poder especificar la semana exacta de gestación.	1	3,7
Nombra factores muy específicos. Poner "otros" y explicar.	1	3,7
Lesiones periféricas (P. branquial).	1	3,7
No incluye los problemas posparto.	1	3,7
Discapacidad instaurada.	1	3,7
Trastornos metabólicos.	1	3,7
Total	27	100,0

Con respecto a la categoría diagnóstica "Postnatal", 2 de cada 10 profesionales apuntan como deficiencia clara la no inclusión en la categoría de la *convulsión neonatal* ni de la *disfunción neurológica persistente*. Le siguen con el 15% y el 10% respectivamente, la necesidad de añadir las *enfermedades metabólicas* y el ítem referido a las *infecciones postnatales del SNC*.

Tabla 4.4. Deficiencias en la categoría diagnóstica POSTNATAL.

	Frecuen- cias	%
No incluye la convulsión neonatal, ni la disfunción neurológica persistente.	8	20,0
Enfermedades metabólicas.	6	15,0
Infecciones del SNC.	4	10,0
Aclarar que edades abarca.	2	5,0
Traumatismos craneoencefálicos.	2	5,0
Otitis.	2	5,0
Hidrocefalia.	1	2,5
Excluir daño cerebral (es patológico).	1	2,5
Las que puedan ocurrir en la infancia.	1	2,5
Incluir más ítems (otros...).	1	2,5
Crisis convulsivas.	1	2,5
Incluir daño biológico-emocional por separación de la figura materna.	1	2,5
Tiempo de incubadora.	1	2,5
Hipotonías.	1	2,5
Miopatías.	1	2,5
Dificultades visuales.	1	2,5
El Daño cerebral por neuroimagen puede ser perinatal.	1	2,5
Factores/problemas posparto.	1	2,5
Bronquitis de repetición.	1	2,5
Vegetaciones.	1	2,5
Problemas de corazón.	1	2,5
Ventilación mecánica.	1	2,5
Total	40	100,0

En la última categoría diagnóstica perteneciente al Eje I, en la que se reúnen el “resto de factores de riesgo” que se pueden dar respecto a los factores biológicos que se presentan, aparece como una deficiencia clara (respaldada por más del 80% de las respuestas) la ausencia de la tipología de *enfermedades de riesgo* a la hora de reunir información para un diagnóstico más acertado. También se destaca en éste apartado la necesidad de incluir información sobre *adopciones, alteraciones orgánicas, abortos o inmigración*, todas ellas señaladas en un 4% de las respuestas.

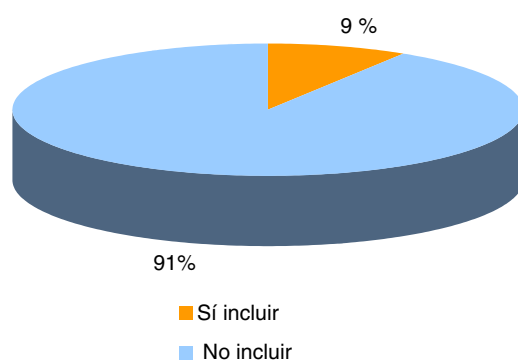
Tabla 4.5. Deficiencias en la categoría diagnóstica OTROS FACTORES DE RIESGO

	Frecuen- cias	%
Enfermedades de riesgo.	23	82,1
Debería especificar más en "otros" (es muy general).	1	3,6
Adopciones.	1	3,6
No se recogen alteraciones orgánicas.	1	3,6
Abortos.	1	3,6
Inmigración.	1	3,6
Total	28	100,0

Como ya se ha comentado anteriormente, las preguntas abiertas planteadas a los encuestados hacen referencia, no sólo a las deficiencias, sino también a los distintos elementos a incluir en las diferentes categorías diagnósticas que componen los Ejes, y todo ello para mejorar su labor diagnóstica en el área de la Atención Temprana.

En un primer momento y antes de remitirles a las respuestas concretas, se les preguntó sobre si consideraban necesario incluir alguna otra categoría diagnóstica a las ya planteadas (prenatal, perinatal,...). Ante esta cuestión la respuesta fue clara: 9 de cada 10 profesionales no consideran necesario incluir otra categoría diagnóstica al Eje que se refiere a los Factores Biológicos de Riesgo.

Gráfico 4.2. Distribución de los profesionales, según consideración de incluir, o no, alguna otra categoría diagnóstica al Eje I.



Si analizamos estos resultados en relación al colectivo profesional al que pertenecen cada uno de los individuos encuestados, la idea general que se puede observar es que los colectivos en los que se da un mayor porcentaje de profesionales que consideran necesario incluir alguna otra categoría diagnóstica a las ya planteadas por la ODAT, son el de los Maestros y los Trabajadores Sociales, los cuales están de acuerdo con ésta afirmación con un 16% y el 20%, respectivamente.

Tabla 4.6. Distribución de los profesionales, según la consideración de incluir alguna otra categoría diagnóstica al EJE I y colectivo profesional al que pertenecen.

	Sí, incluir	No incluir	Total
Estimuladores	8,3	91,7	100
Fisioterapeutas	9,1	90,9	100
Logopedas	2,3	97,7	100
Maestros	16,7	83,3	100
Médicos	13,3	86,7	100
Pedagogos	0,0	100,0	100
Psicólogos	10,9	89,1	100
Psicomotricistas	0,0	100,0	100
Psicopedagogos	9,1	90,9	100
Trabajadores sociales	20,0	80,0	100
Otros	0,0	100,0	100
Total	8,6	91,4	100

A ese 9% de profesionales que consideran necesario incluir alguna otra categoría diagnóstica se les dio la posibilidad de, mediante una pregunta abierta, expresar cuáles eran sus sugerencias. En las respuestas se observa cómo 2 de cada 10 se referían a la necesidad de incluir el *riesgo de abandono y adopción*. Otras respuestas se inclinan por la necesidad de *especificar enfermedades cardíacas, renales, visuales...* así como *intervenciones quirúrgicas efectuadas, e incluir datos de la madre, del parto, o antecedentes familiares* (9,5% en todas las respuestas señaladas).

Tabla 4.7. Categorías diagnósticas a INCLUIR en Eje I.

	Frecuencias	%
No incluir como factor biológico de riesgo el abandono, adopción.	4	19,0
Especificar enfermedades cardíacas, renales, visuales, auditivas,...	2	9,5
Incluir datos de la madre.	2	9,5
Incluir datos del parto (normal, de nalgas, cesárea, fórceps, vueltas cordón...).	2	9,5
Especificar intervenciones quirúrgicas efectuadas.	2	9,5
Antecedentes familiares.	2	9,5
Incluir características del embarazo (técnicas de fecundación, fecundación in Vitro...).	1	4,8
Consanguinidad.	1	4,8
Valorar el nivel de estrés.	1	4,8
Tiempo de ventilación mecánica.	1	4,8
Somatometría al nacimiento: peso, talla...	1	4,8
Graduación asfixia.	1	4,8
¿Dónde ubicamos a los niños con patologías sin antecedentes pre/peri-postnatal?	1	4,8
Total	21	100.0

Para completar la información sobre la percepción que los distintos profesionales de la Atención Temprana tienen de las diferentes categorías diagnósticas relativas al Eje I, se les pidió que indicaran (siempre que lo creyeran necesario) los elementos diagnósticos a eliminar o añadir a las diferentes categorías diagnósticas.

Respecto a los elementos a eliminar, los dos más repetidos son los que se refieren a las *cromosomopatías* y a las *neurometaboloopatías* (13% en ambas).

Tabla 4.8. Elementos diagnósticos a ELIMINAR en el Eje I.

	Frecuencias	%
Cromosomopatías.	5	12,8
Neurometabolopatías.	5	12,8
Malformaciones de S.N.C.	4	10,3
Patología craneal.	4	10,3
Síndrome malformativo somático con riesgo de trastorno del desarrollo neuropsicosensorial.	4	10,3
Hidrocefalia congénita.	4	10,3
Síndromes dismórficos.	4	10,3
Neuropsicosensorial considerado como elemento biopatológico.	3	7,7
Los ítems de "otros".	2	5,1
Recién nacido con peso < de 1.500 grs.	1	2,6
Prematuros. (Creo que no está)	1	2,6
Ventilación mecánica (> 24 hrs.).	1	2,6
Recién nacidos con peso < P10 o < 1500 grs. De edad gestacional < a 32 semanas.	1	2,6
Total	39	100,0

Por último hay que destacar cómo un 11% de la población de profesionales encuestados, creen que se debería incluir el elemento de "otros" en cada una de las categorías, para poder especificar cierta información que no aparece en las distintas categorías, algo que un 8% explicita para la categoría de perinatal, y un 6% para la de postnatal.

Tabla 4.9. Elementos diagnósticos a AÑADIR en Eje I.

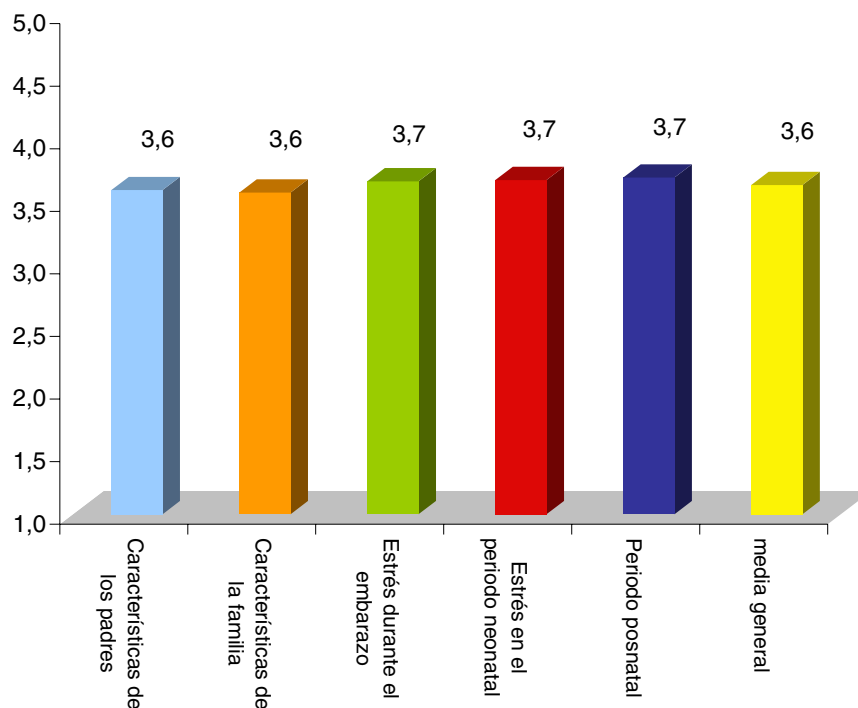
	Frecuen- cias	%
"Otros" y poder especificar.	11	11,0
En Perinatal: otras complicaciones médicas no incluidas anteriormente.	8	8,0
En Postnatal: otros no incluidos anteriormente.	6	6,0
Malformaciones del sistema nervioso central (miecomeningocele, SNC...).	6	6,0
Malformaciones del sistema osteoarticular (focomiecias...).	4	4,0
Deshidratación aguda.	4	4,0
Crisis convulsivas.	3	3,0
Crisis epilépticas.	3	3,0
EEG alterado.	3	3,0
Perímetro craneal alterado.	3	3,0
Prenatales.	3	3,0
Preclapsia.	3	3,0
Microcefalia.	3	3,0
Macrocefalia.	3	3,0
Tiempo de hospitalización.	3	3,0
Cardiopatías.	2	2,0
Espina bífida.	2	2,0
Enfermedad materna (salud).	2	2,0
Hemorragia cerebral.	2	2,0
Ictericia.	2	2,0
Síndromes dismórficos.	2	2,0
Cromosomopatías.	1	1,0
Ingestión de drogas o alcohol.	1	1,0
Antecedentes de aborto.	1	1,0
Niños asténicos.	1	1,0
Enfermedades endocrinas.	1	1,0
Daño cerebral.	1	1,0
Malformaciones físicas.	1	1,0
Pérdidas de conciencia.	1	1,0
Embarazos y partos complicados (sufrimiento fetal...).	1	1,0
Especificar semana de gestación.	1	1,0
Gemelos recién nacidos unidos.	1	1,0
Niños de < 1.000 grs.	1	1,0
Parada respiratoria.	1	1,0
Hipoxia cerebral.	1	1,0
Antecedentes familiares.	1	1,0
Hipotonía.	1	1,0
Hemorragia intracraneal.	1	1,0
Alteraciones orgánicas.	1	1,0
Alteraciones medulares.	1	1,0
Alteraciones musculares.	1	1,0
Seguimiento programa de embarazo.	1	1,0
Retinopatías	1	1,0
Total	100	100,0

4.2. EJE II: FACTORES FAMILIARES DE RIESGO

Respecto a las categorías diagnósticas que conforman el Eje II, a saber, “Características de los padres”, “Características de la familia”, “Estrés durante el embarazo”, “Estrés en el período neonatal” y “Período postnatal”, casi la totalidad de los profesionales encuestados hacen referencia a la pertinencia de todas ellas, destacando el “Período postnatal” como el que mayor porcentaje obtiene (98%).

A la hora de valorar dichas categorías, los encuestados dan una media general de 3,6 sobre 5, siendo la más valorada la que se refiere al “Período postnatal”, que obtiene una puntuación media de 3,7. Por otro lado, la categoría con menor valoración media es la que hace alusión a las “Características de la familia” (3,6).

Gráfico 4.3.: Valoraciones medias de categorías diagnósticas Eje II (Escala de 1 a 5).



Estas valoraciones medias presentan ciertas variaciones al especificarlas según el colectivo profesional al que pertenecen los profesionales de la Atención Temprana encuestados, destacando las altas valoraciones que los Psicomotricistas dan a las categorías de “Características de los padres” y “Características de la familia”, siendo sus valores medios de 4,5 y 4,3, respectivamente (las más altas dadas por los colectivos). En otro sentido y destacando las puntuaciones más bajas, también cabe señalar las valoraciones que los Trabajadores Sociales dan a las categorías de “Estrés en el período neonatal” (3,2) y el “Período postnatal” (3,3).

Tabla 4.10.: Valoraciones medias de las categorías diagnósticas, según colectivo profesional y categorías diagnósticas.

Medias	Características de los padres	Características de la familia	Estrés durante el embarazo	Estrés en el período neonatal	Período postnatal
Estimuladores	3,8	4,2	3,9	3,8	4,0
Fisioterapeutas	3,8	3,6	3,8	3,8	3,9
Logopedas	3,6	3,6	3,7	3,7	3,7
Maestros	3,7	3,7	3,7	3,7	3,7
Médicos	3,6	3,4	3,7	3,7	3,7
Pedagogos	3,7	3,9	4,0	4,0	3,8
Psicólogos	3,4	3,4	3,5	3,5	3,6
Psicomotricistas	4,5	4,3	4,0	4,0	4,0
Psicopedagogos	3,7	3,4	3,7	3,8	3,7
Trabajadores sociales	3,4	3,4	3,4	3,2	3,3
Otros	3,0	3,5	3,5	3,5	3,5
Total	3,6	3,6	3,7	3,7	3,7

Del mismo modo que en el apartado anterior, los profesionales participantes en la investigación hicieron referencia, mediante preguntas abiertas, a las posibles deficiencias que ellos observaron tras la aplicación propuesta por la ODAT.

El tratamiento de estas respuestas, se hará igualmente de manera individual para cada una de las categorías que componen el Eje de Factores familiares de riesgo.

Con respecto a las deficiencias señaladas por los profesionales encuestados sobre la categoría diagnóstica “Características de los padres”, destaca con un 21% la idea de que no se incluya información sobre si *alguno de los padres ha estado o está en prisión*. Otras deficiencias que destacan se refieren a la *dificultad que encuentran en ocasiones a la hora de valorar la información referente a ésta categoría*, así como las deficiencias de información en relación a las *características de la familia* (13,2% en ambos casos).

Tabla 4.11.: Distribución deficiencias en categoría diagnóstica: “Características de los padres”

	Frecuen- cias	%
No incluye Padres en prisión	11	20,8
En ocasiones son difíciles de valorar	7	13,2
Características de la familia	7	13,2
Padres con enfermedad mental. Trastorno sensorial o deficiencia mental	6	11,3
Padres con limitaciones o carencias para ocuparse de sus hijos (apego)	2	3,8
Falta enfermedades físicas que afectan	2	3,8
Edad por exceso o por defecto	2	3,8
Hábitos de salud	2	3,8
Desglosar: Enfermedad mental, R.M., T. sensorial	2	3,8
Especificar padre o madre	2	3,8
Añadir "otros"	2	3,8
No especifica entre padres biológicos, en acogida o adopción	1	1,9
Sólo aparecen relaciones malas, buenas no	1	1,9
Poner rangos intermedios	1	1,9
Estado laboral de los padres	1	1,9
Eliminar estudios, estado civil,...	1	1,9
Incluir maltratos (padres maltratados y/o maltratadores)	1	1,9
Padres de diferentes nacionalidades	1	1,9
Abortos previos	1	1,9
Total	53	100.0

En referencia a la categoría de “Características de la familia”, casi la mitad de las respuestas dadas se centran en dos deficiencias clave, siendo una de ellas la *dificultad que en ocasiones se encuentran a la hora de valorarla* y la otra, expone la necesidad de añadir *información sobre la posibilidad de otros hijos que experimenten trastornos del desarrollo* (24,5 en ambos casos). Otra deficiencia señalada, aunque en este caso sólo está respaldada por el 9% de las respuestas, se refiere a la información recabada sobre el *ambiente familiar (apego)*.

Tabla 4.12.: Distribución deficiencias en categoría diagnóstica: “Características de la familia”.

	Frecuen- cias	%
En ocasiones son difíciles de valorar	11	24,4
Otros hijos con trastorno del desarrollo	11	24,4
Ambiente familiar (apego)	4	8,9
Estructura familiar (tipos de familia: padres homosexuales)	3	6,7
Incluir "otros" elementos	3	6,7
Sólo se evalúan familias muy desestructuradas	2	4,4
Poner rangos intermedios	2	4,4
Especificar/explicar los ambientes familiares gravemente alterados	2	4,4
Una Familia monoparental no tiene porque ser de de riesgo	2	4,4
Tener en cuenta otras culturas	1	2,2
Dejades de funciones parentales	1	2,2
Adopción	1	2,2
Consaguinidad	1	2,2
Antecedentes familiares en retraso del lenguaje	1	2,2
Total	45	100,0

Sobre las deficiencias en la categoría de “Estrés durante el embarazo”, destaca que una cuarta parte de los profesionales aluden en este caso al ítem referido a la participación en *programas de reproducción asistida*. Otras deficiencias a destacar son las relacionadas con los *embarazos no deseados*, así como la ausencia de *información durante la gestación* (referida a malformaciones o lesiones en el feto, tanto probables como confirmadas), siendo remarcadas ambas por un 19% de las respuestas dadas.

Tabla 4.13.: Distribución deficiencias en categoría diagnóstica: “Estrés durante el embarazo”.

	Frecuen- cias	%
Programas de reproducción asistida	8	25,0
Embarazos no deseados	6	18,8
Información durante la gestación	6	18,8
Historia del número de abortos anteriores	4	12,5
Embarazos complicados/de riesgo	2	6,3
El contenido es pobre, ampliar con otros elementos	1	3,1
Estrés por diversos motivos	1	3,1
Características de los padres	1	3,1
Ponerlos en "antecedentes prenatales"	1	3,1
Maltrato	1	3,1
Dinámica familiar alterada	1	3,1
Total	32	100,0

Por otro lado, la deficiencia más señalada en la categoría de “Estrés en el período neonatal” se refiere a la información sobre la *hospitalización prolongada*, siendo esta deficiencia apuntada por un 33% de las respuestas. También cabría destacar la sugerencia de *introducir esta categoría en la de Postnatal*, y que está planteada por un 17% de las respuestas dadas por los profesionales.

Tabla 4.14.: Distribución deficiencias categoría diagnóstica: “Estrés en el período neonatal”.

	Frecuencias	%
Hospitalización prolongada	4	33,3
Se puede introducir en postnatal	2	16,7
Parto múltiple	1	8,3
Diagnóstico de una posible deficiencia	1	8,3
Lenta recuperación física de la madre	1	8,3
Estrés laboral	1	8,3
"Otros"	1	8,3
"Antecedentes prenatales"	1	8,3
Total	12	100,0

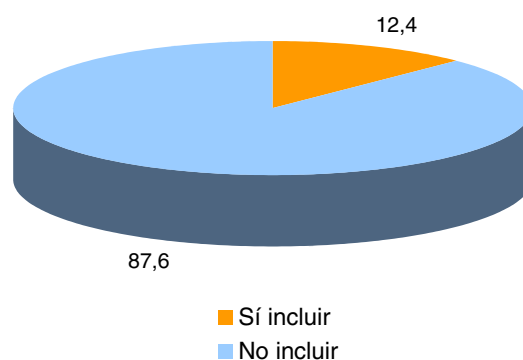
Por último, la deficiencia más remarcada (27%) en la categoría de “Período postnatal” alude al ítem referido a una posible *depresión posparto de la madre*, seguida por un 13% que ve como deficiencia el hecho de no hacer mención sobre la posibilidad de *distintos cuidadores*, así como a la información sobre la posibilidad de *situaciones de maltrato físico* (también con un 13%).

Tabla 4.15.: Distribución deficiencias de la categoría diagnóstica: “Período postnatal”.

	Frecuencias	%
Depresión de la madre	4	26,7
Distintos cuidadores	2	13,3
Maltrato	2	13,3
Diagnóstico de posible deficiencia	1	6,7
Ampliar la discapacidad física o psíquica, enfermedad grave o malformación somática.	1	6,7
Tener en cuenta la negación de la posible discapacidad	1	6,7
Unificar criterios en una de las categorías	1	6,7
Especificar que situaciones implica la institucionalización	1	6,7
Poner “otros”	1	6,7
Eliminar algunos elementos diagnósticos	1	6,7
Total	15	100,0

Al igual que con las categorías diagnósticas del Eje anterior, al plantearles si consideraban necesario incluir alguna otra categoría diagnóstica al Eje de Factores familiares de riesgo, el 88% de los encuestados contestaron que no lo creían necesario.

Gráfico 4.4.: Distribución profesionales, según consideración de incluir, o no, alguna categoría diagnóstica en Eje II.



Por otro lado al analizar esas respuestas en relación al colectivo profesional, vemos cómo tanto los Psicólogos como los Trabajadores Sociales son los colectivos que contienen un mayor porcentaje de profesionales que consideran necesario la inclusión de otras categorías diagnósticas en el Eje II, siendo el porcentaje de Psicólogos que adoptan esta postura el 21% del total de la población que pertenece a este colectivo, y un 27% del total de Trabajadores Sociales que han colaborado en la investigación.

Tabla 4.16.: Distribución profesionales, según colectivo profesional y consideración de incluir o no alguna otra categoría diagnóstica.

	Sí, se debería incluir	No se debería incluir	Total
Estimuladores	0,0	100,0	100
Fisioterapeutas	13,6	86,4	100
Logopedas	4,7	95,3	100
Maestros	16,7	83,3	100
Médicos	6,7	93,3	100
Pedagogos	0,0	100,0	100
Psicólogos	20,6	79,4	100
Psicomotricistas	0,0	100,0	100
Psicopedagogos	18,2	81,8	100
Trabajadores sociales	26,7	73,3	100
Otros	0,0	100,0	100
Total	12,4	87,6	100

Se han tenido en cuenta las respuestas puntuales dadas por el 12% de la población en relación a la necesidad de incluir otra categoría diagnóstica. La respuesta que se señala en el 19% de los casos se refiere a la *estructura familiar* (tipos de familia), seguida de un 12% de profesionales que destacan la necesidad de incluir información a cerca de la *atención, estimulación y cuidados familiares* que reciben los niños atendidos en los centros de Atención Temprana.

Tabla 4.17.: Distribución categorías diagnósticas a INCLUIR en Eje II.

	Frecuencias	%
Estructura familiar (tipos de familia: padres homosexuales)	5	19,2
Falta de atención, estimulación y cuidados familiares	3	11,5
Dificultades asociadas (delincuencia,...)	2	7,7
Niños acogidos en hogares infantiles	2	7,7
Amenaza de aborto, embarazos complicados	2	7,7
Poner "otros" y poder desarrollarlos	2	7,7
Padres que niegan la patología	2	7,7
Niños al cuidado de sus abuelos	1	3,8
Aspectos psicológicos del entorno (antecedentes)	1	3,8
Jornada laboral de los padres	1	3,8
Adopción	1	3,8
Depresión materna	1	3,8
Incluir Falta de redes sociales y/o familiares como elementos de apoyo	1	3,8
Padres en paradero desconocido o no conocidos	1	3,8
Situaciones de otros familiares enfermos o dependientes en el hogar	1	3,8
Total	26	100,0

Haciendo referencia a los distintos elementos que conforman las 5 categorías diagnósticas pertenecientes al Eje II, los profesionales entrevistados optan en un 19% de los casos, por *eliminar de la categoría Período Postnatal lo referente a partos múltiples*. Por otra parte, destacar cómo el 10% *eliminaría la etiqueta de "padres" para diferenciar entre "padre" y "madre"*.

Tabla 4.18.: Distribución elementos diagnósticos a ELIMINAR del Eje II.

	Frecuencias	%
Periodo postnatal: gemelos, trillizos o más	4	19,0
Los añadiría todos a los factores biológicos del niño	2	9,5
Diferenciar padre y madre (no padres)	2	9,5
Eliminar situaciones críticas o específicas	2	9,5
Hospitalización	2	9,5
Antecedentes de retiro de tutela	2	9,5
Familia monoparental	1	4,8
Familias excluidas socialmente	1	4,8
Eliminar pérdida súbita de algún miembro de la familia primaria	1	4,8
Cambios continuos de cuidadores	1	4,8
Estructura familiar (tipos de familia: padres homosexuales)	1	4,8
Situaciones de maltrato físico	1	4,8
Institucionalización, Ponerla en "factores ambientales de riesgo"	1	4,8
Total	21	100,0

A la hora de añadir algún elemento, el 11% opta por hacerlo en la categoría diagnóstica de "Características de los padres", añadiendo elementos como *enfermedades físicas, neurológicas o degenerativas*. Por otro lado, el 5% de los profesionales han hecho referencia a la necesidad de añadir a la categoría de "Características de la familia" situaciones como el *acogimiento familiar o la adopción*.

Tabla 4.19.: Distribución elementos diagnósticos a AÑADIR al Eje II.

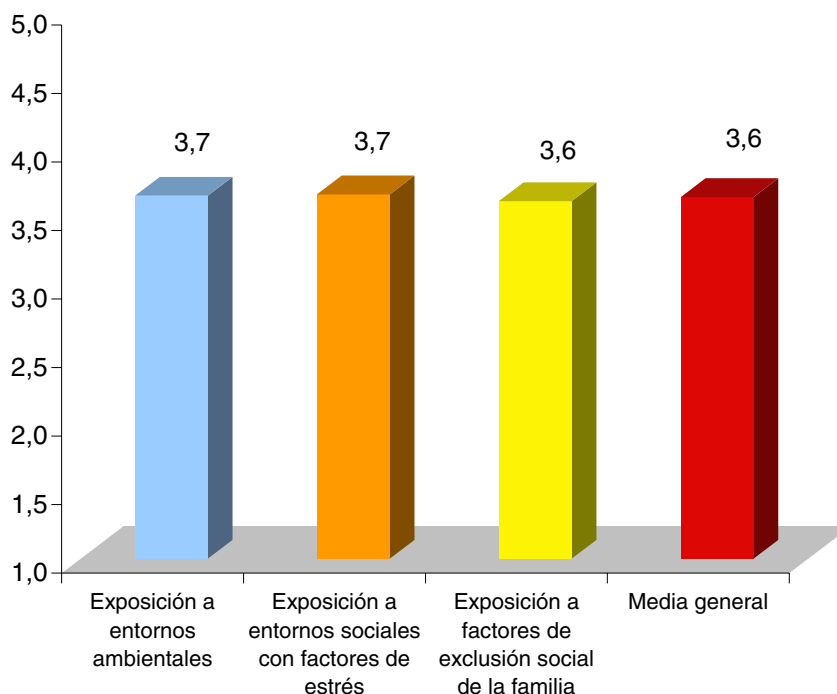
	Frecuen- cias	%
Características de los padres: enfermedades físicas, neuro- lógicas o degenerativas	12	11,4
Estrés embarazo	11	10,5
Aborto previo	10	9,5
Periodo postnatal	10	9,5
Diferenciar padre y madre	7	6,7
Características de la familia: acogimiento familiar y adopción	5	4,8
Muerte súbita	5	4,8
Periodo postnatal. Incluir la discapacidad sensorial en dia- gnóstico postnatal posible	5	4,8
Embarazos complicados	4	3,8
Dinámica familiar (Comunicación, apoyo, disponibilidad)	4	3,8
Especificar más ambientes familiares gravemente alterados.	3	2,9
Características de los padres (consaguinidad...) (drogode- pendientes)	3	2,9
Estrés no relacionado con embarazo (trabajo, con depen- dientes a su cargo...)	3	2,9
Negación de la posible discapacidad física o psíquica	3	2,9
Modelos inadecuados de crianza (padres desanimados, inmaduros...)	2	1,9
Poder especificar en "otros"	2	1,9
Hermanos con patología	2	1,9
Dificultades asociadas a la inmigración	2	1,9
Primer embarazo	2	1,9
Cambios del entorno (rutinas, vivienda...)	2	1,9
Muerte de un familiar cercano	1	1,0
Depresión posparto (estrés)	1	1,0
Ambientes familiares alterados	1	1,0
Familias muy numerosas	1	1,0
Estructura familiar (tipos de familia: padres homosexuales)	1	1,0
Inestabilidad emocional	1	1,0
Antecedentes referidos a la familia extensa próxima	1	1,0
Maltrato	1	1,0
Total	105	100,0

4.3. EJE III: FACTORES AMBIENTALES DE RIESGO

En primer lugar, destacar cómo prácticamente en la totalidad de los casos consideran pertinentes las categorías diagnósticas que forman parte del Eje III (“Exposición a entornos ambientales con factores de estrés”, “Exposición a entornos sociales con factores de estrés” y “Exposición a factores de exclusión social de la familia”).

Estas categorías diagnósticas también han sido valoradas por los profesionales de la Atención Temprana en una escala del 1 al 5, donde el uno significa “muy mal” y el cinco “muy bien”. De manera general, las categorías pertenecientes al Eje III han sido valoradas con un 3,6, siendo la categoría menos valorada la que se refiere a “Exposición a factores de exclusión social de la familia” (3,6), y la más valorada la referida a “Exposición a entornos sociales con factores de estrés” (3,7). Aunque debemos observar cómo las valoraciones de las distintas categorías no varían mucho respecto de la media general, observándose una variación máxima entre ellas de 0,5 puntos.

Gráfico 4.5.: Medias valoración categorías diagnósticas Eje III (Escala de 1 a 5)



Sin embargo estas valoraciones sí varían alrededor de un punto cuando las observamos en función de las distintas categorías profesionales. Destacar cómo tanto la valoración más alta como la más baja las ha obtenido la categoría diagnóstica “Exposición a entornos ambientales”, la cual ha sido valorada por el colectivo de Estimuladores con un 4,3 (0,6 puntos por encima de la media), y por los Médicos con un 3,3 (0,4 puntos por debajo de la media).

Tabla 4.20.: Medias valoración categorías diagnósticas, según categoría profesional. (Escala 1 a 5)

Medias	Exposición a entornos ambientales	Exposición a entornos sociales con factores de estrés	Exposición a factores de exclusión social de la familia
Estimuladores	4,3	3,8	3,9
Fisioterapeutas	3,9	3,9	3,8
Logopedas	3,6	3,6	3,6
Maestros	3,7	3,7	3,7
Médicos	3,3	3,5	3,5
Pedagogos	3,8	3,9	3,7
Psicólogos	3,6	3,6	3,5
Psicomotricistas	4,2	4,0	3,8
Psicopedagogos	3,7	3,6	3,8
Trabajadores sociales	3,5	3,7	3,6
Otros	3,0	3,0	3,0
Total	3,7	3,7	3,6

Al observar las deficiencias que los distintos profesionales mencionan en relación a la categoría de “Exposición a entornos ambientales con factores de estrés”, destaca cómo el 25% de las respuestas dadas apuntan a la información acerca de las posibles *deficiencias de la vivienda* en la que reside la familia del menor atendido. Otra deficiencia que se señala en el 19% de los casos es la información sobre *hospitalizaciones largas*, así como la necesidad de incluir información sobre un posible *modelo parental negligente* (13%).

Tabla 4.21.: Distribución deficiencias en categoría diagnóstica: “Exposición a entornos ambientales con factores de estrés”.

	Frecuencias	%
Deficiencias de la vivienda	4	25,0
Hospitalizaciones largas	3	18,8
Modelo parental negligente	2	12,5
Son ítems muy extremistas	1	6,3
Ítem relacionado con adopción internacional	1	6,3
Difícil de catalogar	1	6,3
Eliminar la hospitalización prolongada y la institucionalización son casos muy aislados.	1	6,3
Algunas categorías se repiten en Eje II	1	6,3
Cambios repetidos del entorno	1	6,3
Dificultades familia extensa	1	6,3
Total	16	100,0

Acerca de la categoría “Exposición a entornos sociales con factores de estrés”, 3 de cada 10 respuestas señalan que es una deficiencia el ítem referente a la dificultad del entorno para administrar/proveer una *alimentación adecuada*. También señalan en un 17% de las respuestas, el hecho de no incluir los *hábitos familiares* en la información recogida sobre el menor atendido en el centro.

Tabla 4.22.: Distribución deficiencias en categoría diagnóstica: “Exposición a entornos sociales con factores de estrés”.

	Frecuencias	%
Alimentación adecuada	4	33,3
Hábitos familiares	2	16,7
Ítems extremos	1	8,3
Explicar/especificar	1	8,3
Excesiva pormenorización y supuestos vagos	1	8,3
Explicar mas "dificultad del entorno para mantener rutinas del sueño".	1	8,3
Exposición a escenas violentas (TV...)	1	8,3
Dificultad para acceder a servicios concretos y necesarios para determinadas deficiencias	1	8,3
Total	12	100,0

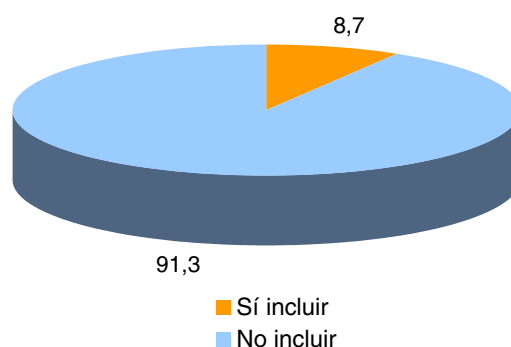
Por último la deficiencia más señalada por los profesionales respecto a la categoría “Exposición a factores de exclusión social de la familia” es la que se refiere al ítem de un *posible aislamiento familiar por una falta de recursos* (31%). También señalan la deficiencia de la categoría producida por los *ítems extremos* que contiene, la necesidad de *especificar más las condiciones de vida que facilitan el aislamiento social*, o todo lo referido a la *inmigración* (15% en los 3 casos).

Tabla 4.23.: Distribución deficiencias categoría diagnóstica: “Exposición a factores de exclusión social de la familia”.

	Frecuencias	%
Aislamiento familiar. Falta de recursos	4	30,8
Ítems extremos	2	15,4
Especificar más las condiciones de vida que facilitan el aislamiento social	2	15,4
Inmigración	2	15,4
Pérdida de trabajo de los padres	1	7,7
Ítems confusos	1	7,7
Difícil acceso a la A.T. (lejanía)	1	7,7
Total	13	100,0

Desde una perspectiva más general del Eje referido a los Factores ambientales de riesgo, el 91% de los profesionales participantes en la investigación consideran que no es necesario incluir otra categoría diagnóstica a las ya planteadas por la ODAT.

Gráfico 4.6.: Distribución consideración incluir o no otra categoría diagnóstica en Eje III.



Aunque la idea de que no es necesario añadir ninguna categoría diagnóstica al Eje III es clara, habría que destacar cómo un 20% de los Trabajadores Sociales opinan que si se debería incluir alguna otra categoría, opinión compartida por Estimuladores y Maestros en un 17% del total de ambos colectivos.

Tabla 4.24.: Distribución profesionales, según colectivo profesional y consideración de incluir o no alguna otra categoría diagnóstica.

	Sí, incluir categoría	No incluir categoría	Total
Estimuladores	16,7	83,3	100
Fisioterapeutas	13,6	86,4	100
Logopedas	2,3	97,7	100
Maestros	16,7	83,3	100
Médicos	7,1	92,9	100
Pedagogos	0,0	100,0	100
Psicólogos	11,5	88,5	100
Psicomotricistas	0,0	100,0	100
Psicopedagogos	0,0	100,0	100
Trabajadores sociales	20,0	80,0	100
Otros	0,0	100,0	100
Total	8,8	91,2	100

Del 9% de profesionales que consideran necesario incluir alguna otra categoría diagnóstica, el 20% de las respuestas que estos dan se refieren a los *riesgos de recursos e instituciones y familias que van de un recurso a otro*. También optan por la necesidad de incluir ciertos *ítems intermedios* (15%), así como *más factores expresados por la familia del menor* (15%).

Tabla 4.25.: Distribución categorías diagnósticas a INCLUIR en Eje III.

	Frecuencias	%
Riesgos de recursos e instituciones. Familias que van de un recurso a otro	4	20,0
Añadir ítems intermedios	3	15,0
A veces hay más de un factor expresado por la familia	3	15,0
Falta opción "otros" abierto	2	10,0
Familias inmigrantes con problemas de adaptación	2	10,0
Cambios repetidos del entorno	1	5,0
Unificar factores biológicos y ambientales de riesgo.	1	5,0
Como afectan los factores de riesgo en el niño	1	5,0
Ítems excesivos, eliminar algunos	1	5,0
Unificar la exposición a entornos ambientales con la exposición a entornos sociales.	1	5,0
Entorno educativo	1	5,0
Total	20	100,0

En referencia a las distintas categorías diagnósticas planteadas en éste Eje, 2 de cada 10 respuestas resaltan la necesidad de reagruparlas en *una sola categoría* que concentre los diagnósticos más frecuentes para no especificar demasiado. Por otro lado, el 16% de las respuestas incide en la eliminación de la información relativa a la *permanencia y/o nacimiento en prisión* de los menores diagnosticados. Y en un porcentaje menor (11%), plantean la necesidad de eliminar el elemento diagnóstico de *institucionalización*, puesto que cuentan con sus propios equipos.

Tabla 4.26.: Distribución elementos diagnósticos a ELIMINAR en Eje III.

	Frecuencias	%
Agrupar las 3 categorías en una con los diagnósticos más frecuentes y sin especificar tanto.	4	21,1
Permanencia y/o nacimiento en prisión	3	15,8
Institucionalización (cuentan con sus propios equipos)	2	10,5
Hospitalización prolongada	1	5,3
Exceso de estimación perceptiva	1	5,3
La permanencia y/o nacimiento en prisión, puede no ser un factor de riesgo	1	5,3
Escenas violentas de T.V.	1	5,3
Pérdida referente	1	5,3
Exposición a prácticas y situaciones inadecuadas	1	5,3
Dificultad en rutinas de sueño y/o de alimentación	1	5,3
Reorganizar los factores de exclusión social	1	5,3
Exposición frecuente a un exceso de estimulación perceptiva.	1	5,3
Exposición frecuente a deficiente estimulación perceptiva.	1	5,3
Total	19	100,0

El 27% de las respuestas aluden a que los profesionales creen necesario añadir como elemento diagnóstico, la característica de *parejas homosexuales* a la información incluida en las distintas categorías pertenecientes al Eje Factores ambientales de riesgo. Por último, destacar la sugerencia que plantea el 24% de las respuestas en referencia a la inclusión de información sobre los *padres de bajo nivel cultural*.

Tabla 4.27.: Distribución elementos diagnósticos a AÑADIR en Eje III.

	Frecuencias	%
Parejas homosexuales	11	26,8
Padres de bajo nivel cultural	10	24,4
Lugar de trabajo de los padres	4	9,8
Adopciones	2	4,9
Participación del niño en la multitud de tratamientos diversos	2	4,9
Patología neuromuscular	1	2,4
Enfermedades degenerativas	1	2,4
Poder especificar en "otros"	1	2,4
Convivencia de varias familias en la misma vivienda	1	2,4
Carencia en cuidados (falta de atención)	1	2,4
Pertenencia o otras culturas (inmigración)	1	2,4
Drogodependencia de los padres	1	2,4
Problemas mentales de los padres	1	2,4
Familias muy numerosas	1	2,4
Abandono	1	2,4
Dificultad para adquirir autonomía	1	2,4
Institucionalización	1	2,4
Total	41	100,0

4.4. EJE IV: TRASTORNOS DEL DESARROLLO

En este Eje las categorías diagnósticas que lo conforman, las cuales van a ser el punto de partida de todas las observaciones, son las relacionadas con diversos tipos de trastornos: en el desarrollo motor, visuales, auditivos, psicomotores, del desarrollo cognitivo, en el desarrollo del lenguaje, de la expresión somática, emocionales, de la regulación y comporta mentales, así como de los trastornos de la relación y la comunicación.

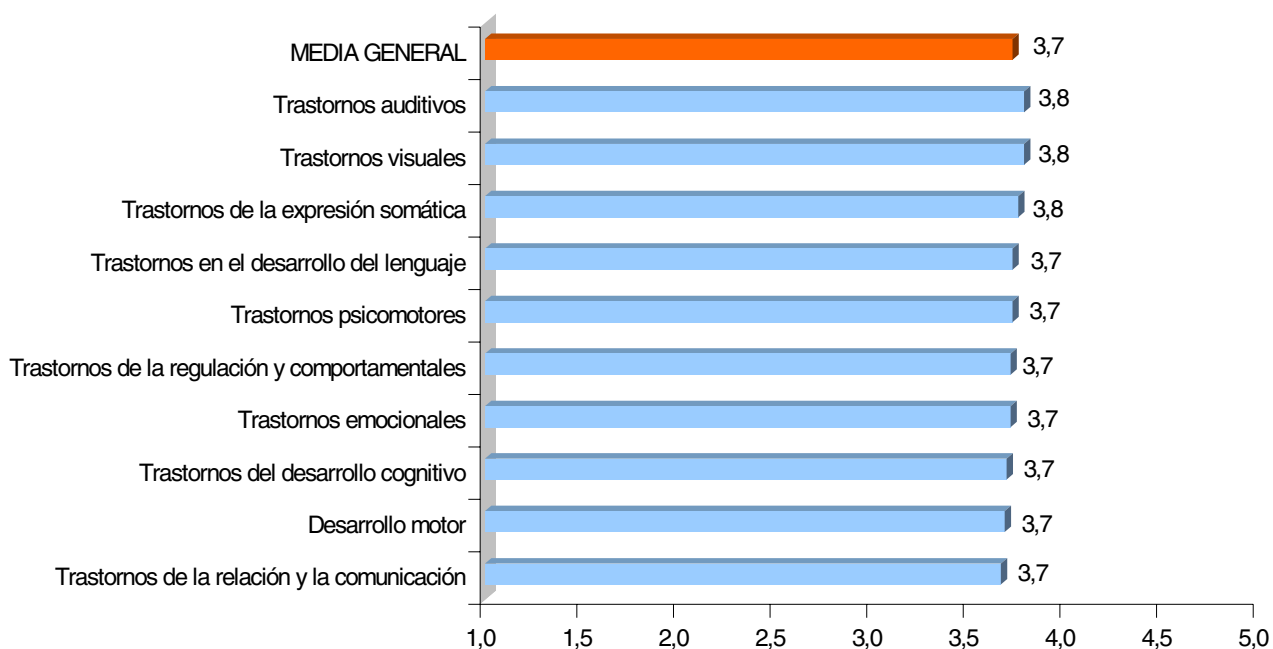
En este Eje tampoco se podrá en relación la pertinencia de las diferentes categorías con la variable del colectivo profesional, puesto que al igual que en el Eje I, no aporta datos significativos para el desarrollo de la investigación. Aunque por otro lado, se añaden datos respecto a la consideración de los profesionales de incluir o no otras categorías diagnósticas en relación a la administración de la que depende el centro en el que desarrollan su labor (Educación, Sanidad o Servicios Sociales).

Al igual que en los apartados anteriores, cuando se les ha preguntado a los profesionales por la pertinencia o posible eliminación de alguna de las categorías

diagnósticas que conforman el Eje IV, en un porcentaje superior al 99% (en todas las categorías), han afirmado la pertinencia de todas ellas.

La valoración media que los profesionales dan al conjunto de las categorías diagnósticas es de un 3,7 en una escala del 1 al 5, siendo las categorías mejor valoradas por los distintos profesionales pertenecientes a la Atención Temprana las referidas a “Trastornos auditivos” y “Trastornos visuales”, con una valoración de 3,8 en ambos casos. Por otro lado, las categorías peor valoradas son las de “Trastornos de la relación y la comunicación” y la de “Desarrollo motor”, con un 3,67 y 3,69 respectivamente.

Gráfico 4.7.: Valoraciones medias de las categorías diagnósticas del Eje IV. (Escala 1 a 5).



En relación a los distintos colectivos profesionales, habría que destacar cómo en una sola categoría se concentran las mejores y las peores valoraciones. Ese es el caso de la categoría “Trastornos del desarrollo motor”, a la que los Psicomotricistas dan la valoración más alta (4,6), mientras que los Médicos la valoran con una de las puntuaciones más bajas (3,3). Parecido caso se da con la categoría de trastornos psicomotores, la cual es valorada por los Maestros con un 2,7 (valoración más baja) y por los Psicomotricistas con una de las valoraciones más altas (4,4).

En estos resultados se observa cómo los Psicomotricistas son el colectivo que mejor valoración dan en todas las categorías diagnósticas, no bajando en ningún caso del 4; mientras que los Maestros son el colectivo cuyas valoraciones oscilan más según la categoría a la que se refieran, estando estas entre el 2,7 y el 3,9.

Por otro lado, en la siguiente tabla se exponen los resultados respecto a las deficiencias que los encuestados han señalado de forma individual para cada categoría perteneciente al Eje IV. En primer lugar, empezaremos comentando las relativas a la categoría “Trastornos en el desarrollo motor”, para la que 3 de cada 10 respuestas destacan la ausencia de un ítem que haga referencia al *retraso motor por causas madurativas*. También destacan como deficiencia, el hecho de no estar incluidas las *cromosomopatías* en dicha categoría (12%).

Tabla 4.28.: Distribución deficiencias categoría diagnóstica: “Trastornos en el desarrollo motor”.

	Frecuencias	%
Retraso motor por causas madurativas	8	32,0
Incluir cromosomopatías	3	12,0
PCI	2	8,0
Espina	1	4,0
Muscular	1	4,0
Especificar PCI: ataxia, atetosis, espasticidad, hipotonía, forma mixta, TCE...	1	4,0
Problemas en la coordinación contralateral	1	4,0
Es necesario juntar con psicomotores	1	4,0
Opciones muy globales que llevan a desarrollos dispares	1	4,0
No se especifica la gravedad y el tipo de todos los trastornos	1	4,0
Desglosar tipo de PCI y gravedad de la misma	1	4,0
Trastornos motores no sólo debidos a una lesión en el SNC	1	4,0
Tortícolis congénita	1	4,0
Desarrollo motor por poca estimulación	1	4,0
Más categorías	1	4,0
Total	25	100,0

Sobre las deficiencias de la categoría diagnóstica “Trastornos visuales”, en el 20% de los casos destacan el ítem sobre *niños de baja visión*, el cual debería estar incluido en uno nuevo llamado problemas de campo visual, a su vez, dentro del apartado de “ayuda”. Este mismo porcentaje respalda como deficiencia el ítem referido a la *ceguera congénita*. Con un porcentaje menor (10%) señalan el ítem relacionado con un posible *estrabismo*.

Tabla 4.29.: Distribución deficiencias categoría diagnóstica: “Trastornos visuales”.

	Frecuen- cias	%
Niños de baja visión. En ayuda incluir problemas de campo visual	4	20,0
Ceguera congénita	4	20,0
Estrabismo	2	10,0
Nistagmo	1	5,0
Trastornos motores	1	5,0
Diferenciar si afecta a uno o a los dos ojos (unilateral/bilateral)	1	5,0
Incluir elementos como "escotomas"	1	5,0
Visión inmadura	1	5,0
Falta "otras": fotofobia ¿dónde se incluiría?	1	5,0
No aparece retraso madurativo de la función visual	1	5,0
No aparecen las alteraciones ortopédicas: especificarlas	1	5,0
Falta la pérdida de visión monocular	1	5,0
Ampliar categorías, incluyendo otros trastornos	1	5,0
Total	20	100,0

En cuanto a las deficiencias referidas a la categoría “Trastornos auditivos” los encuestados hacen hincapié en el ítem de *audición conductiva* en un 25% de las respuestas dadas. También exponen como deficiencia los ítems que se refieren a la *audición perceptiva*, tanto leve como moderada, y la *cófosis* (17% en ambas).

Tabla 4.30.: Distribución deficiencias categoría diagnóstica: “Trastornos auditivos”.

	Frecuen- cias	%
Conductiva	6	25,0
Perceptiva (leve o moderado)	4	16,7
Cófosis	4	16,7
Prelocutiva	2	8,3
Postlocutiva	2	8,3
Hipoacusias leves transitorias	1	4,2
Hipoacusia unilateral o bilateral	1	4,2
Diferenciar si afecta a 1 ó 2 oídos (unilateral-bilateral)	1	4,2
Ampliar con situaciones médicas que influyen (Otitis)	1	4,2
Neuropatía auditiva	1	4,2
Ampliar categorías	1	4,2
Total	24	100,0

Las deficiencias más señaladas en la categoría diagnóstica “Trastornos psicomotores” son aquellas que se refieren a *marcar en que edad se daría un trastorno*, incluir *trastornos en la motricidad FNA*, o el hecho de que haya (según su criterio) *demasiadas categorías*, dándose un porcentaje de respuesta igual en los 3 casos (17%).

Tabla 4.31.: Distribución deficiencias categoría diagnóstica: “Trastornos psicomotores”

	Frecuencias	%
Marcar en que edad sería un trastorno	2	16,7
Incluir trastornos en la motricidad "FNA"	2	16,7
Demasiadas categorías	2	16,7
Falta la categoría retraso psicomotor global (leve o moderado)	1	8,3
Algunos se consideran característicos del retraso madurativo, incluyéndose en él.	1	8,3
No tiene sentido sola	1	8,3
Establecer criterios de edad	1	8,3
Se incluyen trastornos de tipo lingüístico: conceptos abstractos	1	8,3
Ampliar categorías	1	8,3
Total	12	100,0

En la categoría “Trastornos del desarrollo cognitivo” destaca con un 20% el *gran peso que tiene el retraso mental* a la hora de hacer el diagnóstico. En relación a esto mismo, en el 15% de las respuestas optarían por incluir una *categoría anterior al retraso mental*, que podría ser denominada como dificultad de aprendizaje.

Tabla 4.32.: Distribución deficiencias categoría diagnóstica: “Trastornos del desarrollo cognitivo”

	Frecuencias	%
Mucho peso al retraso mental	4	20,0
Incluir una categoría anterior al retraso mental. Dificultad aprendizaje	3	15,0
Retraso mental (leve, moderado), no especificado	1	5,0
Especificar a que elementos atender para clasificar cada grupo de retraso mental.	1	5,0
Retrasos madurativos o por falta de estimulación	1	5,0
Dada la edad de los usuarios es difícil de determinar R.M.	1	5,0
No incluir capacidad intelectual límite	1	5,0
Sustituir retraso mental por retraso evolutivo	1	5,0
Equivaler CD a CI en niños menores de 0-3	1	5,0
Es muy pobre, sería necesaria una escala ampliada con más categorías	1	5,0
Falta los CI 70-85	1	5,0
Se repite retraso mental leve 1.2	1	5,0
Prefiero el término de inmadurez cognitiva, leve, moderada o grave	1	5,0
Nivel Borduline	1	5,0
Difícil valorar el nivel de desarrollo cognitivo de un niño menor de 5 años.	1	5,0
Total	20	100,0

El 11% de las respuestas dadas por los profesionales encuestados destacan como deficiencia más clara en la categoría “Trastornos en el desarrollo del lenguaje” el no tener incorporada información sobre los *trastornos o retrasos en la pre y en la lecto-escritura*. También destacan en un 8% de los casos la necesidad de incluir *trastornos en la voz* (como las disfonías) o el *RL*.

Tabla 4.33.: Distribución deficiencias de la categoría diagnóstica: “Trastornos en el desarrollo del lenguaje”.

	Frecuen- cias	%
Trastornos o retrasos en la pre y en la lecto-escritura	4	10,8
Trastornos de la voz (disfonías)	3	8,1
Dislalia	3	8,1
RL	3	8,1
Afonía	2	5,4
Maloclusión	2	5,4
Fisura labial	2	5,4
Macro / Microglosia	2	5,4
Especificar a que elementos atender para clasificar como cada grado retraso mental	1	2,7
Incidir en la denominación de la categoría el habla.	1	2,7
Las disfasias se encuentran dentro de un trastorno general del desarrollo	1	2,7
Falta afasia congénita	1	2,7
Eliminar disartrias	1	2,7
No influye la comprensión	1	2,7
Falta graduación en los retrasos del lenguaje a disfasia	1	2,7
Falta no lenguaje sin causa	1	2,7
Retraso simple del habla	1	2,7
Retraso simple del lenguaje	1	2,7
Están mal definidas las alteraciones y con terminología desfasada	1	2,7
Falta mutismo selectivo	1	2,7
Diferenciar disglosia	1	2,7
Tartamudeo	1	2,7
Retraso moderado o grave del habla, del desarrollo del lenguaje por deficiencias auditivas.	1	2,7
Ampliar categorías	1	2,7
Total	37	100,0

Sobre las deficiencias de la categoría “Trastornos de la expresión somática” destaca el ítem de *afecciones somáticas* y la ausencia de información sobre la *enuresis*, ambas con un 15% de los casos.

Tabla 4.34.: Distribución deficiencias en la categoría diagnóstica: “Trastornos de la expresión somática”.

	Frecuen- cias	%
Afecciones somáticas	2	15,4
Enuresis	2	15,4
Alimentación	1	7,7
Sueño	1	7,7
Retraso de crecimiento	1	7,7
Sería adecuado poder especificar que tipo de trastorno (poder escribir)	1	7,7
Dejar sólo una afección somática	1	7,7
Repetido	1	7,7
Se repite afecciones somáticas 1, 2	1	7,7
Buscar en niños pequeños afecciones que pueden tener otras causas	1	7,7
Ampliar categorías	1	7,7
Total	13	100,0

En referencia a la categoría “Trastornos emocionales” 3 de cada 10 respuestas señalan deficiencias en el ítem de trastornos por *estrés traumático*. De igual modo, el 12% lo hacen refiriéndose a los posibles *trastornos afectivos*.

Tabla 4.35.: Distribución deficiencias en la categoría diagnóstica: “Trastornos emocionales”.

	Frecuen- cias	%
Estrés traumático	5	29,4
Trastornos afectivos	2	11,8
Ansiedad	1	5,9
Reacción al duelo	1	5,9
No especifica si son terrores nocturnos o narcolepsia.	1	5,9
Algunos elementos son muy arriesgados para niños pequeños	1	5,9
Categorías extrañas	1	5,9
Añadir Mutismo selectivo	1	5,9
Faltan categorías (ejemplo: ansiedad de separación)	1	5,9
Los trastornos afectivos entrarían en trastornos por ansiedad en la infancia	1	5,9
No separar déficit de atención de la hiperactividad	1	5,9
Trastornos que afectan a la organización y expresión evolutiva y cognitiva	1	5,9
Total	17	100,0

En un 30% de los casos se señala el ítem de *hipersensibilidad* como la deficiencia más destacada de la categoría “Trastornos de la regulación y comportamentales”, pese a que este ítem es un componente principal dentro del espacio señalado en la categoría para los trastornos específicos de la regulación.

Además de esto, también señalan cómo ítems deficientes de la categoría, los *trastornos propios del comportamiento*, así como el *TDAH* o el *trastorno disocial*, en todos los casos hacen referencia a estas deficiencias el 8% de las repuestas dadas.

Otro 8% remarca la necesidad de incluir dentro de la categoría un ítem específico para hacer constar la posible *autorregulación* de los menores.

Tabla 4.36.: Distribución deficiencias en la categoría diagnóstica: “Trastornos de la regulación y comportamentales”.

	Frecuencias	%
Hipersensible	7	29,2
Autorregulación	2	8,3
Trastornos de comportamiento	2	8,3
TDAH	2	8,3
Trastorno Disocial	2	8,3
Especificar en "otros"	1	4,2
Incluir problemas de comportamiento, conducta	1	4,2
No se contempla el trastorno de comportamiento/conducta de origen ambiental	1	4,2
En niños pequeños no se libra uno de tener algo	1	4,2
Es difícil establecer diagnósticos en niños muy pequeños	1	4,2
Categorías extrañas	1	4,2
"Trastornos de la regulación", No debe constar	1	4,2
Faltan dificultades de atención sin trastorno asociado	1	4,2
Ampliar categorías	1	4,2
Total	24	100.0

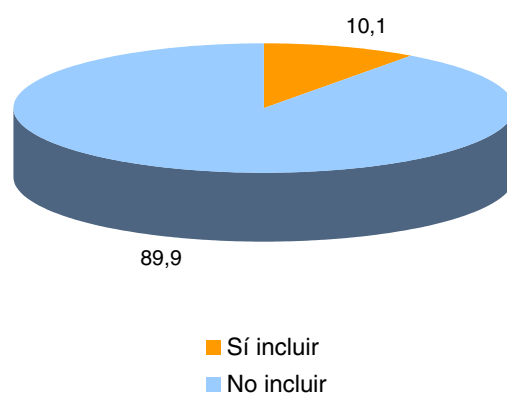
Por último, en la categoría diagnóstica “Trastornos de la relación y la comunicación”, los profesionales de la Atención Temprana señalan como deficiencia en un 12% de sus respuestas, la ausencia de un ítem relacionado con las posibles *psicosis infantiles*. También destacan la ausencia de información sobre *mutismo selectivo* e *inhibición* (8%). Por otro lado, incluyen deficiencias en ítems ya incorporados por la ODAT, como son los que hacen referencia al *trastorno multisis-témico* del desarrollo, el *autismo*, o el *trastorno desintegrativo infantil* (8% de las respuestas en todos los casos).

Tabla 4.37.: Distribución deficiencias en la categoría diagnóstica: “Trastornos de la relación y la comunicación”.

	Frecuencias	%
Psicosis infantiles	3	12,5
Falta el mutismo selectivo y la inhibición	2	8,3
Trastorno Multisistémico	2	8,3
Autismo	2	8,3
Desintegrativo	2	8,3
Todos los trastornos son demasiado graves	1	4,2
Timidez	1	4,2
Explicar en que consiste patrón A, B, y C	1	4,2
Distinguir Trastorno exclusivamente de relación	1	4,2
Añadir categoría única de comunicación	1	4,2
Cambiar denominación a esta categoría	1	4,2
Dificultad en establecer estos diagnósticos en niños menores de 3 años	1	4,2
No queda claro ni definido el trastorno multisistémico	1	4,2
El trastorno del espectro autista abarca todos los elementos, no sólo el T.G.D.	1	4,2
Categorías extrañas	1	4,2
Tendría que haber una separación (documento adjunto)	1	4,2
Ampliar categorías	1	4,2
Trastorno generalizado del desarrollo no especificado	1	4,2
Total	24	100,0

El 90% de los profesionales colaboradores consideran que no es necesario incluir otra u otras categorías a las ya planteadas por la ODAT en el Eje “Trastornos del desarrollo”.

Gráfico 4.8.: Distribución profesionales, según consideración si incluir o no otra categoría diagnóstica.



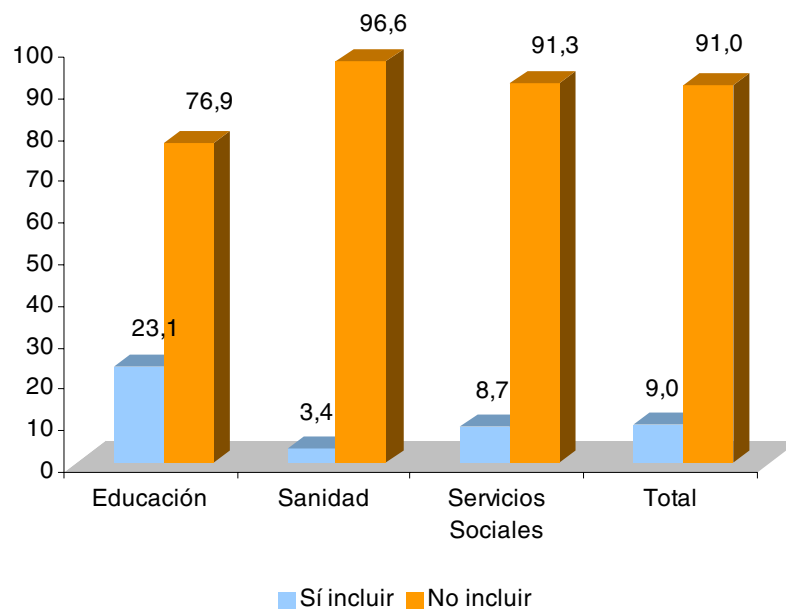
En relación a los distintos colectivos a los que pertenecen cada uno de los profesionales, se observa cómo en la mayoría de los casos el porcentaje de profesionales de cada colectivo que opinan que no es necesaria la inclusión de otras categorías diagnósticas se sitúa por encima del 80%, a excepción de los Psicopedagogos, los cuales apoyan esta idea en el 73% de los casos.

Tabla 4.38.: Distribución profesionales, según categoría profesional y consideración de incluir o no otras categorías diagnósticas.

	Sí incluir categoría	No incluir categoría	Total
Estimuladores	8,3	91,7	100
Fisioterapeutas	9,1	90,9	100
Logopedas	2,3	97,7	100
Maestros	20,0	80,0	100
Médicos	0,0	100,0	100
Pedagogos	15,4	84,6	100
Psicólogos	14,5	85,5	100
Psicomotricistas	16,7	83,3	100
Psicopedagogos	27,3	72,7	100
Trabajadores sociales	0,0	100,0	100
Otros	0,0	100,0	100
Total	9,7	90,3	100

En relación a la consideración de los profesionales de la necesidad de incluir o no otra categoría diagnóstica al Eje, la mayoría cree que no es necesario incluir nuevas categorías, aunque un 23% de los profesionales que desarrollan su labor en un centro de AT dependiente de la administración de Educación si consideran que se debería incluir alguna categoría diagnóstica en este eje. Por el contrario, la administración de Sanidad, es la que registra las proporciones más altas de profesionales que están conformes con la estructura de este eje (97%).

Gráfico 4.9.: Distribución profesionales, según consideración de incluir o no otras categorías diagnósticas y administración de la que depende el centro de AT en el que desarrolla su labor.



Del 10% de profesionales encuestados que si consideran necesario incluir alguna otra categoría diagnóstica, el 21% añadiría el *trastorno motor por cromosomopatía* a la categoría de “Trastornos del desarrollo motor”. El 17% incluiría una categoría que identificara de un modo *independiente el retraso madurativo y el retraso evolutivo*. En relación con esto último, hacen referencia a la necesidad de incluir una categoría específica sobre el *trastorno madurativo del desarrollo* (12%).

Tabla 4.39.: Categorías diagnósticas a INCLUIR en Eje IV.

	Frecuencias	%
En trastornos de desarrollo motor añadiría: trastorno motor por cromosomopatía	5	20,8
Retraso madurativo lo identificáis con retraso evolutivo? (Otros: 4K)	4	16,7
Trastorno madurativo del desarrollo	3	12,5
Incluir en un sólo apartado trastornos de comunicación	1	4,2
Cambiar denominación Trastorno de relación y comunicación por trastornos espectro autista	1	4,2
Altas capacidades	1	4,2
Niños de altas capacidades	1	4,2
¿Cuándo no hay lesión?	1	4,2
Tener en cuenta el percentil de desarrollo (peso, talla, PC...)	1	4,2
Trastorno del aprendizaje	1	4,2
Parálisis cerebral con otros trastornos asociados (visual, auditivo, intelectual...)	1	4,2
Lesiones cerebrales no localizadas	1	4,2
Al final de cada apartado añadiría "otros" o "no especificados" (documento adjunto)	1	4,2
Categoría global del desarrollo	1	4,2
Riesgo biológico (prematuros o de riesgo) y que afecta en su desarrollo, o puede afectar	1	4,2
Total	24	100,0

En un 17% de los casos eliminarían las *disfonías infantiles* como trastorno de la voz. También eliminarían los elementos que contribuyeran a especificar demasiado la información relativa a los *trastornos psicomotores*, así como los elementos relacionados con los *hábitos y descargas motrices*, o la *parálisis cerebral* incluida en el trastorno del desarrollo motor (señaladas las tres en el 9% de los casos).

Tabla 4.40.: Elementos diagnósticos a ELIMINAR en Eje IV

	Frecuen- cias	%
Disfonías infantiles. Trastornos de la voz	4	17,4
Trastornos psicomotores demasiado especificados	2	8,7
Hábitos y descargas motrices	2	8,7
Trastorno del desarrollo motor - Parálisis cerebral	2	8,7
Disartrias de otros: cambiar retraso evolutivo por la nueva categoría "trastorno madurativo".	1	4,3
Trastornos de la lateralidad	1	4,3
Trastornos del desarrollo cognitivo	1	4,3
Trastornos en la expresión somática	1	4,3
Trastorno espacial / temporal / esquema corporal	1	4,3
Dislalia - R. simple del habla: R. simple del lenguaje / Disfasia TEDLTPDI.	1	4,3
Trastorno alimentario / Retraso psicógeno del crecimiento.	1	4,3
Trastorno mixto de la expresividad emocional	1	4,3
Trastorno de la regulación hipersensible, hiperactivo, desorganizado...	1	4,3
En trastornos de la regulación existen excesivas categorías que se podrían aglutinar	1	4,3
Trastorno de la identidad genérica	1	4,3
Trastornos afectivos	1	4,3
Retraso psicógeno del crecimiento	1	4,3
Total	23	100,0

Han sido muchas las sugerencias sobre los elementos diagnósticos a añadir en las diferentes categorías diagnósticas que conforman este Eje, por lo que no hay porcentajes claros que apoyen a un elemento u otro. Por ejemplo, el 5% de las sugerencias están vinculadas a la idea de añadir el elemento de *inhibición* dentro de la categoría de "Trastornos emocionales". También sugieren introducir el *trastorno cognitivo* en la categoría "Trastorno psicomotor" en casi el 4% de las respuestas dadas.

El resto de las ideas planteadas por los profesionales se sitúan alrededor el 2% y el 1%, entre las que se encuentran algunas como la idea de incluir en la categoría "Trastornos de la comunicación" un elemento referido a *sistemas alternativos de comunicación*, o en la categoría "Trastornos del lenguaje" añadir una posible *dificultad en la comprensión del lenguaje*.

Tabla 4.41.: Elementos diagnósticos a AÑADIR en Eje IV

	Frecuen- cias	%
Tras. emocionales: inhibición	4	4,7
No contempla el retraso psicomotor sin trastorno cognitivo	3	3,5
Sustituir retraso psicomotor simple por retraso psicomotor sin especificar más	2	2,4
Cromosomopatías	2	2,4
Incluir en comunicación la necesidad de sistemas alternativos de comunicación.	2	2,4
Trastorno desarrollo motor - Trastorno motor cerebral	2	2,4
Trastorno psicomotor - Retraso psicomotor por estimulación	2	2,4
Trastorno desarrollo motor - Disfunción del sistema vestibular	2	2,4
Poder especificar en "otros" el tipo de trastorno al que nos referimos	2	2,4
Dentro de THDL incluiría las diferentes tipologías que lo componen	2	2,4
En trastornos del desarrollo motor añadiría: trastorno motor por cromosomopatía	2	2,4
Trastorno no madurativo del desarrollo leve-moderado-severo-profundo	2	2,4
Trastorno de regulación	2	2,4
Problemas de conducta y comportamentales	1	1,2
En trastorno visual, incluir neuropatía o daño posible regenerativo	1	1,2
Diferenciar un retraso madurativo en leve-moderado-severo o grave-profundo	1	1,2
Dificultades en la comprensión del lenguaje	1	1,2
Dificultad en la expresión 4 a nivel de comunicación	1	1,2
Sospecha de Trastorno visual no determinado	1	1,2
Sospecha de Trastorno auditivo no determinado	1	1,2
Tortícolis congénita / Plagiocefalia	1	1,2
Retraso madurativo	1	1,2
Retraso del lenguaje	1	1,2
Trastorno de la socialización - comunicación	1	1,2
Otras alteraciones que provocan alteraciones - Escotomas	1	1,2
Trastornos de relación	1	1,2
Añadir retraso motor simple sin lesión de ningún tipo	1	1,2
Trastornos visuales "Otras"	1	1,2
Fotofobia	1	1,2
Trastornos motores vía extrapiramidal	1	1,2
Trastornos vías sensitivas (Propiocepción, noceptivos)	1	1,2
Hay trastornos como el de alimentación. Cabría definir su gravedad	1	1,2
Ampliar en cada apartado el de otros. Especificar	1	1,2
Visión periférica	1	1,2
Tipos de PCI grave de PCI y de los otros cuadros	1	1,2
Especificar trastornos del tono: hipotonía-hipertonía	1	1,2
Anomalías transitorias del desarrollo	1	1,2
Alteraciones ortopédicas: especificar	1	1,2
Trastornos de la disociación derecha-izquierda o de la coordinación bi-manda	1	1,2
Inmadurez cognitiva	1	1,2
Dificultad de imitación-aprendizaje	1	1,2
Persistencia de actividades primitivas (golpeteo, chupeteo, arrojar)	1	1,2
Flexibilidad cognitiva escasa	1	1,2
trastorno desarrollo motor: tipos PCI y gravedad	1	1,2
Mutismo infantil: Selectivo - Plural	1	1,2

Tabla 4.42.: Elementos diagnósticos a AÑADIR en Eje IV (Continuación)

	Frecuen- cias	%
Airfagia	1	1,2
Retraso motor simple	1	1,2
Déficit de atención	1	1,2
Trastornos del espectro autista, considerados como una entidad propia	1	1,2
Hipoacusias intermitentes y/o transitorias	1	1,2
Dislalia funcional, Retraso del Habla y de la lengua, trastorno de las pautas de interacción.	1	1,2
Trastornos afectivos en niños institucionalizados	1	1,2
Disfemia fisiológica	1	1,2
Hipoacusia bilateral	1	1,2
Hipoacusia unilateral	1	1,2
Trastornos visuales: discapacidad visual cognitiva	1	1,2
Trastornos desarrollo lenguaje: problemas a nivel articulatorio, orofaciales	1	1,2
Tartamudeo	1	1,2
Trastorno del aprendizaje	1	1,2
Fobia específica	1	1,2
Fobia social	1	1,2
Nivel cognitivo del niño: deficiente, normal, superdotado	1	1,2
Más trastornos visuales	1	1,2
Establecer pautas límites paternofiliales	1	1,2
Trastornos por déficit de atención sin hiperactividad	1	1,2
Trastorno del desarrollo motor transitorio leve (29.a)	1	1,2
Trastorno por déficit de atención (únicamente) (29.i)	1	1,2
Añadir más elementos que se refieren a una variante de normalidad	1	1,2
Retraso en todas las áreas por dificultades en la organización psicológica.	1	1,2
Total	85	100,0

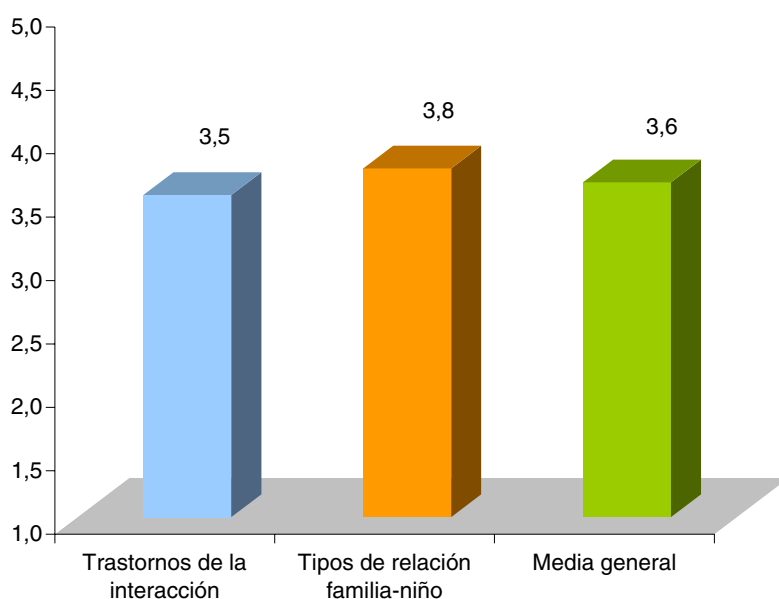
4.5. EJE V: FAMILIA

Las categorías que componen este Eje son las relacionadas con los trastornos de la interacción y los tipos de relación existente entre la familia y el niño. Al igual que en el Eje anterior, la variable sobre la consideración o no por parte de los profesionales de incluir otra categoría diagnóstica al Eje será puesta en relación con la administración de la que dependen los centros en el que desarrollan su labor estos profesionales.

Más del 90% de los profesionales consideran pertinentes las dos categorías que componen el Eje V, “Trastornos de la interacción” y “Tipos de relación familia-niño”, llegando casi al 99% en el caso de la segunda categoría.

El valor dado por lo profesionales a dichas categorías es de 3,5 en el caso de la categoría diagnóstica “Trastornos de la interacción” y del 3,8 en “Tipos de relación familia-niño”, en una escala del 1 al 5.

Gráfico 4.10.: Valoración media de las categorías diagnósticas Eje V (Escala de 1 a 5).



La categoría “Trastornos en la interacción” obtiene la valoración más alta por parte del colectivo de fisioterapeutas (3,8) y la más baja de los médicos, los cuales la puntúan con un 2,9 (la puntuación más baja dada por los colectivos). Los maestros y los pedagogos dan la puntuación más alta a la categoría “Tipos de relación familia-niño” (4,0), mientras que los trabajadores sociales y los médicos puntúan con un 3,5 dicha categoría.

Tabla 4.43.: Valoraciones medias de las categorías diagnósticas del Eje V, según categoría profesional de los profesionales

Medias	Trastornos en la interacción	Tipos de relación familia-niño
Estimuladores	3,6	3,7
Fisioterapeutas	3,8	3,9
Logopedas	3,5	3,7
Maestros	3,5	4,0
Médicos	2,9	3,5
Pedagogos	3,8	4,0
Psicólogos	3,6	3,9
Psicomotricistas	3,6	3,6
Psicopedagogos	3,4	3,6
Trabajadores sociales	3,5	3,5
Otros	3,5	3,5
Total	3,6	3,8

La deficiencia más destacada por los profesionales en la categoría “Trastornos de la interacción” (18% de las respuestas) es la relativa a la *dificultad de valorar y clasificar* la información a partir de los ítems que plantea. En un 6% de los casos se plantea la posibilidad de unir *ambas categorías, o incluso suprimirlas*, y en otro 6% se apoya la idea de que la categoría expone *nomenclaturas confusas*, por lo que se sugiere la necesidad de incluir un desplegable para ver de forma más clara los ítems relacionados con la interacción familiar.

Tabla 4.44.: Distribución deficiencias en la categoría diagnóstica: “Trastornos de la interacción”

	Frecuen- cias	%
Difícil de valorar/clasificar	6	17,6
Se podrían unir ambas categorías	2	5,9
La nomenclatura es confusa. Necesario el desplegable para ver la interacción familiar.	2	5,9
La suprimiría	2	5,9
Relaciones trastornadas, deterioradas, desarraigadas...	1	2,9
Sólo se incluyen familias desestructuradas	1	2,9
Los ejes de las relaciones severamente trastornadas y deterioradas, son muy subjetivos	1	2,9
Especificar que miembro de la familia es el que mantiene la relación o interacción que hemos señalado; no se puede especificar si, la madre sobreinvolucra o el padre mantiene una relación colérico-hostil	1	2,9
Cambiar la denominación de los elementos diagnósticos	1	2,9
Falta especificar claro en que consiste cada categoría	1	2,9
Se basan en una sola escala	1	2,9
Complicado valorar el trastorno de la interacción sin adjuntar escala de clasificación utilizada.	1	2,9
Muy poco objetivo	1	2,9
Poco reales	1	2,9
Explicar con quien es la interacción: holon conyugal, holon fraternal...	1	2,9
Los términos son confusos y no definen bien la situación	1	2,9
Relación difícil	1	2,9
Relación perturbada	1	2,9
Relación severamente trastornada	1	2,9
Relación de dependencia	1	2,9
Demasiados apartados. Es difícil de analizar	1	2,9
Reiterativo con el Eje II (factores familiares de riesgo)	1	2,9
Definiciones poco claras	1	2,9
Se puede ampliar	1	2,9
Definir mejor términos personales	1	2,9
Poco explicado en la ayuda	1	2,9
Total	34	100,0

En la categoría “Tipos de relación familia-niño” los profesionales comentan que han tenido *dificultades a la hora de valorar* los diferentes ítems que la conforman (22% de las respuestas). Otra deficiencia que resaltan es que *no abarca todas las posibilidades* planteadas durante el diagnóstico de los menores (8%). También hacen referencia a la “necesidad” de *incluir un ítem referido a familias con relaciones adecuadas* (8%).

Tabla 4.45.: Distribución deficiencias en la categoría diagnóstica: “Tipos de relación familia-niño”

	Frecuencias	%
Difícil de valorar	8	22,2
No abarca todas las posibilidades	3	8,3
Incluir un ítem referido a familias con relaciones adecuadas	3	8,3
Usar terminología menos agresiva	2	5,6
Relaciones sobreinvolucradas, mixta, ansiosa, abusiva, subinvolucrada, hostil	2	5,6
Sólo tiene en cuenta relaciones malas	2	5,6
Especificar el motivo de la sobreinvolucración; si es a nivel salud, estimulación o ambos.	2	5,6
El punto referido a la "relación mixta" me parece muy confuso	2	5,6
Grado de implicación parental	2	5,6
Incluir un elemento	1	2,8
Criterios muy subjetivos	1	2,8
Uso de códigos lingüísticos	1	2,8
Relación negligente	1	2,8
Relación apego	1	2,8
Lo incluiría en el Eje II como factor de riesgo	1	2,8
Definiciones poco claras	1	2,8
Se puede ampliar	1	2,8
Separar la afectividad de la implicación de los padres respecto al niño	1	2,8
Poco explicado en la ayuda	1	2,8
Total	36	100

El 93% de los profesionales consideran que no sería necesario incluir otra categoría a las ya planteadas en este Eje, siendo los colectivos de estimuladores, fisioterapeutas, logopedas, médicos y psicopedagogos los que en mayor porcentaje están de acuerdo con esta consideración (100%). Los trabajadores sociales y los maestros conforman los colectivos que en mayor medida consideran que si sería necesario incluir alguna categoría más (27% y 17% respectivamente).

Gráfico 4.11.: Distribución profesionales, según consideración si incluir o no otra categoría diagnóstica

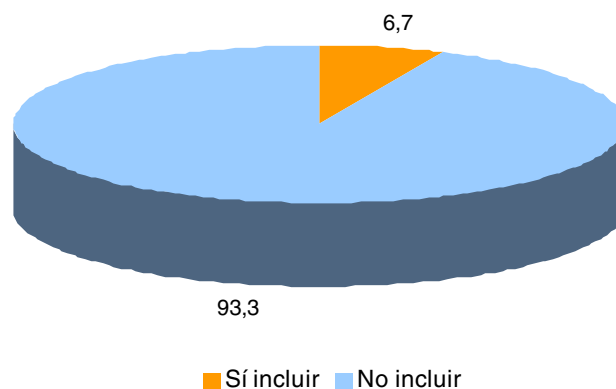
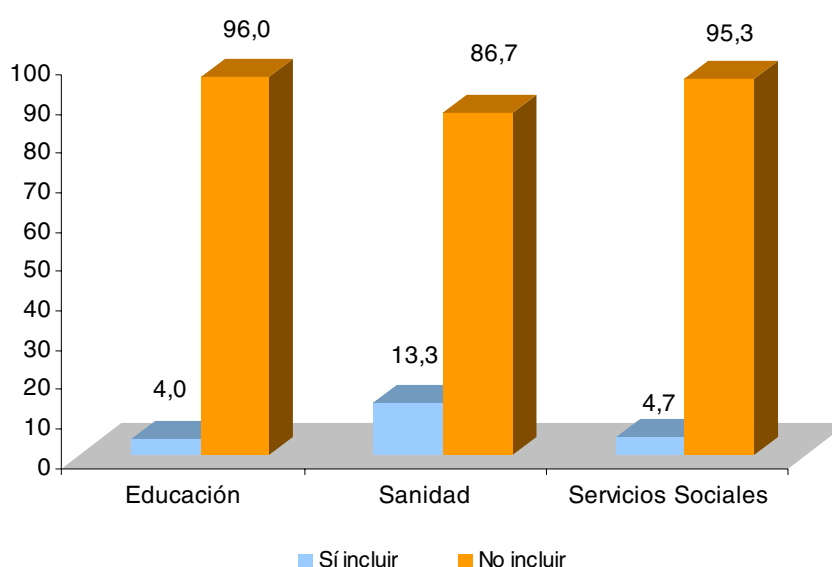


Tabla 4.46.: Distribución profesionales, según consideración de incluir o no alguna otra categoría diagnóstica y categoría profesional a la que pertenecen

	Sí	No	Total
Estimuladores	0,0	100,0	100
Fisioterapeutas	0,0	100,0	100
Logopedas	0,0	100,0	100
Maestros	16,7	83,3	100
Médicos	0,0	100,0	100
Pedagogos	7,1	92,9	100
Psicólogos	10,9	89,1	100
Psicomotricistas	16,7	83,3	100
Psicopedagogos	0,0	100,0	100
Trabajadores sociales	26,7	73,3	100
Otros	0,0	100,0	100
Total	6,7	93,3	100

Teniendo en cuenta la administración de la que depende el centro en el que desarrollan su labor, son los profesionales del área de Sanidad los que en mayor proporción opinan que se debería incluir alguna categoría en el Eje Familia (13,3%). En sentido contrario, en el área de Educación, se encuentran los profesionales que se muestran mas conformes con la estructura actual de este eje (96%).

Gráfico 4.12.: Distribución profesionales, según consideración de incluir o no alguna otra categoría diagnóstica y Administración de la que depende el centro de AT en el que desarrollan su trabajo



Las sugerencias planteadas por los profesionales encuestados sobre las posibles categorías diagnósticas a incluir en el Eje sobre familia obtienen, en todos los casos, un porcentaje del 13% de las respuestas totales. Entre estas respuestas se encuentran la de incluir las *buenas relaciones familiares y de interacción con el niño*, especificar las *relaciones de la familia con el entorno*, el *tipo de comunicación* que existe (oral, signada, mixta,...), o, por poner otro ejemplo, el hecho de *considerar estos trastornos como factor de riesgo familiar* y no como trastorno en sí.

Tabla 4.47.: Categorías diagnósticas a INCLUIR en Eje V

	Frecuencias	%
Incluir buenas relaciones familiares y de interacción con el niño	1	12,5
Especificar las relaciones de la familia con el entorno (flexibles, rígidas...).	1	12,5
Debería de existir una opción donde se pudiera concretar las situaciones.	1	12,5
Familias con poca capacidad para atender a sus hijos, con discapacidad o sin ella.	1	12,5
Considerar estos trastornos como factor de riesgo familiar y no como trastorno en sí.	1	12,5
Tipo de comunicación: oral, signada, mixta	1	12,5
Que figure la relación del niño con la escuela y de la familia con la escuela.	1	12,5
Episodios menos traumáticos para IMP.: muerte de familiar, depresión leve, tristeza	1	12,5
Total	8	100

Los porcentajes de las respuestas que hacen referencia a los elementos diagnósticos a eliminar son también, en todos los casos, homogéneos, es decir, que todas las respuestas planteadas por los profesionales se dan en un 20% del total. Una de ellas plantea el hecho de que algunos de los diagnósticos *no se pueden establecer antes de los 4 o 5 años*, o que los *elementos incluidos en la relación de la familia con el niño deberían eliminarse de este Eje y pasarse al Eje II: Factores familiares de riesgo*.

Tabla 4.48.: Elementos diagnósticos a ELIMINAR en eje V

	Frecuencias	%
Están demasiado consecuenциadas	1	20,0
Retraso mental	1	20,0
Algunos de los diagnósticos no se pueden establecer antes de los 4 ó 5 años	1	20,0
Apartado de trastorno de la interacción	1	20,0
Los elementos tipo de la relación familia-niño incluirlos en el Eje II	1	20,0
Total	5	100,0

El 20% de las respuestas relacionadas con los elementos diagnósticos a añadir en este Eje se refieren a la categoría diagnóstica “Tipos de relación familia-niño”, en la que los profesionales consideran necesario añadir un ítem sobre *si la familia es protectora* o, por el contrario, poco implicada. Para completar esta información, también sugieren añadir datos sobre si la familia es *sobreprotectora* o si es un familia “*enferma*” (13% en ambos casos).

Tabla 4.49.: Elementos diagnósticos a AÑADIR en Eje V

	Frecuencias	%
Relación familia-niño: protectora o poco implicada	3	20,0
Familia sobreprotectora	2	13,3
Familias "enfermas"	2	13,3
Relaciones	1	6,7
Sobreprotección	1	6,7
No aceptación del problema (por familia)	1	6,7
Relación insegura en la situación (no saber cómo relacionarse / educar al hijo/a)	1	6,7
Tipo de relación: simbiótica	1	6,7
Dificultades con la aplicación de límite al niño	1	6,7
Separar elementos diagnósticos en cuanto a tipos de relación familia-niño entre padre/madre	1	6,7
Detallar más cada subcategoría	1	6,7
Total	15	100,0

4.6. EJE VI: ENTORNO

Al igual que en apartados anteriores, la mayor parte de los profesionales (98%) consideran pertinente la categoría diagnóstica del Eje, siendo en este caso sólo una (“Entorno”). Esta pertinencia se da en un 100% de los casos en la mayoría de los colectivos profesionales, excepto en los Médicos, los Psicólogos y los Psicomotricistas.

La media general que obtiene esta categoría es de 3,7, en una escala de 1 a 5, siendo los psicopedagogos los que han dado una valoración más alta (4,0) y los maestros los que han valorado más bajo (3,3).

Tabla 4.50.: Valoración media de la categoría diagnóstica “Entorno”, según colectivo profesional de los entrevistados

Media	Entorno
Estimuladores	3,7
Fisioterapeutas	3,9
Logopedas	3,7
Maestros	3,8
Médicos	3,3
Pedagogos	3,8
Psicólogos	3,6
Psicomotricistas	3,8
Psicopedagogos	4,0
Trabajadores sociales	4,0
Otros	3,5
Total	3,7

Algunas deficiencias que han detectado los profesionales respecto a esta categoría hacen referencia a cuestiones como la ausencia de información en el caso de que estos *menores no tengan cuidadores*, o si tienen *deficiencias culturales*. Por el contrario, aluden a la posibilidad de *prescindir de ítems como el de malos tratos o pobreza*, al menos en este Eje (6,3% de las respuestas en todos los casos).

Tabla 4.51.: Deficiencias de la categoría diagnóstica “Entorno”

	Frecuen- cias	%
Trato y apoyos que se reciben	1	6,3
Sin cuidadores	1	6,3
Malos tratos	1	6,3
Pobreza	1	6,3
Institucionalizaciones prolongadas	1	6,3
La presión de los padres	1	6,3
Deficiencias culturales	1	6,3
Es redundante con el Eje III.	1	6,3
Considerar estas categorías como factores de riesgo socio-familiar	1	6,3
Ausencia de escolarización	1	6,3
Alto absentismo	1	6,3
Reflejan poco los casos "extraños", necesitan de la orientación y el apoyo familiar.	1	6,3
Debería especificarse y completarse	1	6,3
No contempla la adaptación/conformidad delante del trastorno que pueda tener el hijo/a	1	6,3
No constan adopciones y familias numerosas	1	6,3
El Criterio referido a la permanencia en guarderías es poco real	1	6,3
Total	16	100,0

Pese a las deficiencias señaladas anteriormente, el 94% de los profesionales consideran que no es necesario añadir otra categoría diagnóstica al Eje VI. Esta consideración supera el 90% en todos los colectivos profesionales que han colaborado en la investigación, excepto en el caso de los psicólogos y los trabajadores sociales, los cuales opinan en un 12% y un 20%, respectivamente, que si sería necesario añadir otra categoría diagnóstica a la ya establecida.

Gráfico 4.13.: Distribución profesionales según si consideran que se debería incluir alguna otra categoría en Eje VI, o no

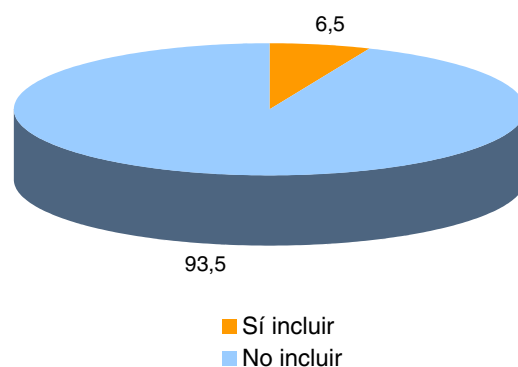


Tabla 4.52.: Distribución profesionales, según consideración de incluir o no alguna categoría diagnóstica al Eje VI y colectivo profesional

	Sí	No	Total
Estimuladores	0,0	100,0	100
Fisioterapeutas	4,5	95,5	100
Logopedas	2,6	97,4	100
Maestros	0,0	100,0	100
Médicos	0,0	100,0	100
Pedagogos	7,1	92,9	100
Psicólogos	11,5	88,5	100
Psicomotricistas	0,0	100,0	100
Psicopedagogos	0,0	100,0	100
Trabajadores sociales	20,0	80,0	100
Otros	0,0	100,0	100
Total	6,5	93,5	100

El 25% de las respuestas hacen referencia a que estos profesionales incluirían una categoría diagnóstica que hiciera referencia a una posible *discriminación* del menor. También hacen referencia a la *sobreprotección*, *cambio de cuidadores*, *cambio de rutinas*,... como posibles categorías diagnósticas a incluir en el Eje VI (6,3% en ambas).

Tabla 4.53.: Categorías diagnósticas a INCLUIR en Eje VI

	Frecuencias	%
Discriminación	4	25,0
Sobreprotección	1	6,3
Conocimiento, uso adecuado, excesivo o desaprovechado de los recursos.	1	6,3
Debería de aparecer una opción donde se pueda explicar otra situación.	1	6,3
Alcoholismo, parches-drogadicción	1	6,3
El Eje III: factores ambientales de riesgo, y el Eje VII: entorno se podrían unificar	1	6,3
Muchas de las definiciones podrían servir para factores de riesgo.	1	6,3
Cambio de cuidadoras	1	6,3
Cambio de rutinas	1	6,3
Tiempo que pasan con los padres/madres	1	6,3
Desarrollo del niño entorpecido por la sobreprotección de cuidadora (abuelos...)	1	6,3
Diferenciación entre las relaciones del entorno personales y la ubicación física del niño.	1	6,3
Incluir entorno en Eje III y eliminar Eje VI	1	6,3
Total	16	100,0

El 50% de los profesionales eliminaría el elemento diagnóstico de la *estigmatización* del Eje VI Entorno. Un 25% eliminaría el elemento de *pobreza extrema*. Y otro 25% el *criterio de 5 horas* como permanencia excesiva en guardería.

Tabla 4.54.: Elementos diagnósticos a ELIMINAR en Eje VI

	Frecuencias	%
Estigmatización	2	50,0
Pobreza extrema	1	25,0
Criterio de 5 horas en guardería no lo encuentro muy justo	1	25,0
Total	4	100,0

Por último, señalar que 3 de cada 10 sugerencias para añadir algún elemento diagnóstico al Eje VI se refieren a la necesidad de información sobre la *adaptación a una nueva cultura* en el caso de que el menor sea inmigrante. También destacan la necesidad de añadir datos sobre una posible *ausencia de juego educativo en el entorno* del menor (17%).

Tabla 4.55.: Elementos diagnósticos a AÑADIR en Eje VI

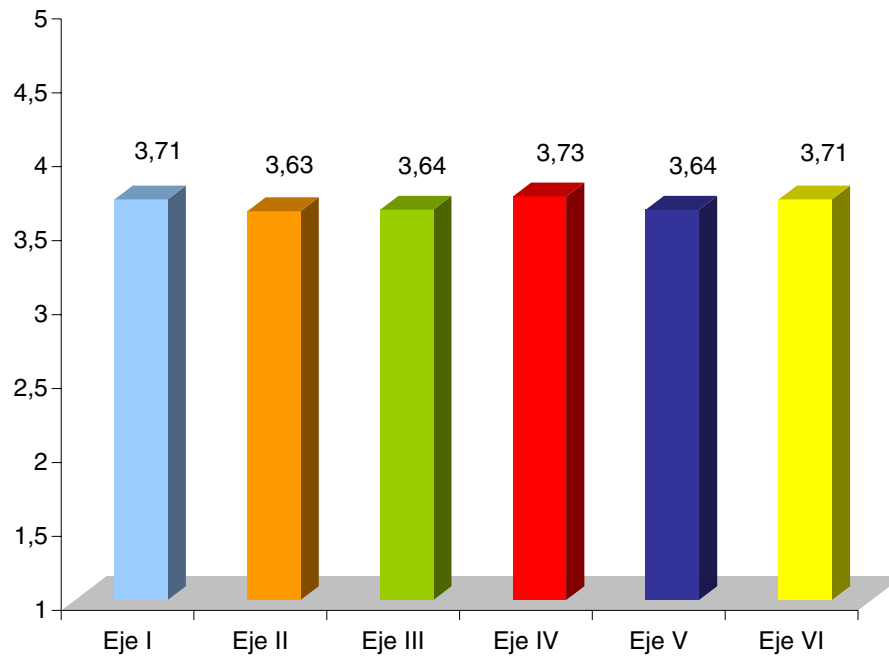
	Frecuen- cias	%
Adaptación a nueva cultura en caso de inmigrantes	8	33,3
Ausencia de juego educativo en el entorno	4	16,7
Ambiente empobrecido	2	8,3
Ambiente/entorno de drogadicción (alcoholismo...)	1	4,2
Deficiencias culturales	1	4,2
Cuidado recae en personas que no son los padres	1	4,2
Familia poco estimuladora	1	4,2
Problemas económicos	1	4,2
Ausencia soporte Familia extensa	1	4,2
Aislamiento	1	4,2
Falta de red social de apoyo	1	4,2
Especificar tipo de institucionalización prolongada	1	4,2
Especificar tipo de permanencia excesiva en guardería o escuela	1	4,2
Total	24	100,0

4.7. CALIFICACIONES GLOBALES

Por último, en este apartado únicamente se pondrán en relación las valoraciones medias que los profesionales le han dado a los diferentes ejes, en función de las categorías diagnósticas que lo conforman.

Se observa cómo el Eje mejor valorado por los profesionales de la Atención Temprana encuestados es el referido a los “Trastornos del desarrollo” con un 3,73, mientras que el Eje cuya valoración ha sido menor es el de los “Factores familiares de riesgo” con un 3,63 sobre 5. Aunque hay que puntualizar el hecho de que no hay diferencias destacables entre las medias dadas por los profesionales a los diferentes Ejes, puesto que la diferencia entre la valoración más alta y la más baja es de una décima.

Gráfico 4.14.: Valoraciones medias generales de los distintos ejes (Escala de 1 a 5)



5

OBJETIVOS Y UTILIDAD DE LA ODAT

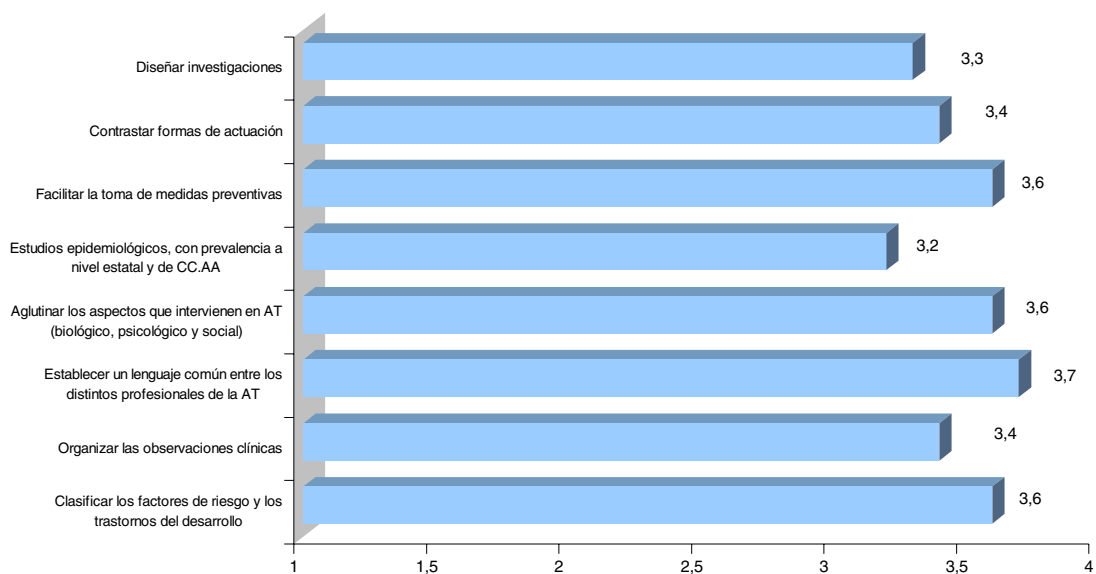
En este capítulo se valora la importancia que los profesionales conceden a cada uno de los objetivos que debe cumplir la ODAT, así como la utilidad de esta organización diagnóstica para la consecución de dichos objetivos. Por último se analiza en qué medida la ODAT facilita el desarrollo del trabajo diario.

5.1. IMPORTANCIA DE LOS OBJETIVOS QUE DEBE CUMPLIR LA ODAT

La importancia de los objetivos que debe cumplir la ODAT ha sido valorada en una escala de 1 a 4, en la que 1 significa que no le conceden ninguna importancia y 4, que el objetivo referido es muy importante.

Los profesionales coinciden en otorgar una elevada importancia a todos los objetivos citados. El más importante apunta a la posibilidad de poder establecer un lenguaje común entre los distintos profesionales de la Atención Temprana (3,7). A pesar de las altas puntuaciones concedidas, consideran de menor importancia el diseño de las investigaciones (3,3) y el desarrollo de estudios epidemiológicos para establecer la prevalencia a nivel estatal y de Comunidades Autónomas (3,2).

Grafico 5.1. Valoración media a la importancia de los objetivos que debe cumplir la ODAT. (Escala de 1 a 4).



Teniendo en cuenta el colectivo profesional de Atención Temprana al que pertenecen, y aunque no existen diferencias significativas, son los Maestros quienes adjudican una mayor importancia a cada uno de los objetivos señalados, excepto a la utilidad referida a la clasificación de factores de riesgo y los trastornos del desarrollo, objetivo considerado de mayor importancia por los Pedagogos y los Psicomotricistas.

Por el contrario, los Médicos consideran de menor importancia aspectos como el diseño de las investigaciones o el desarrollo de estudios epidemiológicos, objetivo también considerado de menor importancia por los Psicólogos.

Por último, podríamos destacar a los Fisioterapeutas como aquellos profesionales que conceden una menor importancia a la organización de las observaciones clínicas.

Tabla 5.1. Valoración media de la importancia de cada uno de los objetivos a cumplir por ODAT, según el colectivo profesional. (Escala de 1 a 4)

Valoración Media	Clasificar factores de riesgo y los trastornos del desarrollo	Organizar las Observaciones clínicas	Establecer un lenguaje común entre los distintos profesionales	Aglutinar todos los aspectos que intervienen en AT	Desarrollar estudios epidemiológicos	Facilitar la toma de medidas preventivas	Contrastar formas de actuación	Diseñar Investigaciones
Estimuladores	3,4	3,5	3,8	3,3	3,3	3,7	3,3	3,5
Fisioterapeutas	3,7	3,3	3,7	3,6	3,3	3,6	3,3	3,4
Logopedas	3,5	3,4	3,5	3,6	3,3	3,6	3,5	3,4
Maestros	3,5	3,7	4,0	3,8	3,8	4,0	4,0	4,0
Médicos	3,7	3,4	3,5	3,5	3,1	3,3	3,2	3,1
Pedagogos	3,8	3,4	3,8	3,8	3,6	3,6	3,4	3,4
Psicólogos	3,6	3,4	3,8	3,6	3,1	3,6	3,3	3,2
Psicomotricistas	3,8	3,7	3,5	3,7	3,3	3,7	3,3	3,5
Psicopedagogos	3,6	3,6	3,7	3,6	3,3	3,9	3,4	3,5
Trabajadores sociales	3,4	3,4	3,7	3,6	3,2	3,7	3,5	3,3
Otros	3,5	3,0	3,0	3,0	2,5	3,0	3,5	3,5
Total	3,6	3,4	3,7	3,6	3,2	3,6	3,4	3,3

Si consideramos el tipo de centro en el que los profesionales realizan su labor, vemos igualmente que todos los objetivos son considerados como bastante o muy importantes.

Los profesionales de los centros privados son los que dan mayor importancia a aspectos como el diseño de las investigaciones y el contrastar formas de actuación. Por su parte, aquellos profesionales que desarrollan su labor en centros públicos coinciden en valorar como objetivos muy importantes el desarrollo de estudios epidemiológicos y la organización de las observaciones clínicas. Por último, en los centros concertados parece tenerse muy en cuenta el clasificar los factores de riesgo y trastornos del desarrollo así como el aglutinar todos los aspectos que intervienen en Atención Temprana.

Tabla 5.2. Valoración media de la importancia de los objetivos a cumplir por ODAT, según el tipo de centro en el que desarrollan su labor. (Escala de 1 a 4)

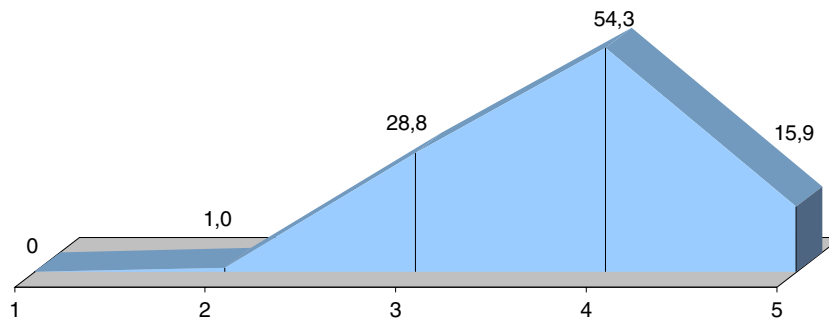
	TIPO DE CENTRO			Total
	Concertado	Público	Privado	
Clasificar factores de riesgo y los trastornos del desarrollo	3,8	3,7	3,4	3,6
Organizar las observaciones clínicas	3,6	3,7	3,4	3,4
Establecer un lenguaje común entre los distintos profesionales	3,4	3,4	3,4	3,7
Aglutinar todos los aspectos que intervienen en AT	3,7	3,6	3,7	3,6
Desarrollar estudios epidemiológicos	3,6	3,7	3,4	3,2
Facilitar la toma de medidas preventivas	3,2	3,3	3,4	3,6
Contrastar formas de actuación	3,7	3,5	3,8	3,4
Diseñar investigaciones	3,4	3,2	3,6	3,3

5.2. VALORACIÓN DE LA UTILIDAD PARA LA CONSECUCCIÓN DE LOS OBJETIVOS

A continuación se analiza la utilidad que tiene la ODAT para la consecución de los objetivos citados. Se valora la utilidad en una escala de 1 a 5, donde 1 es nada útil y 5 muy útil.

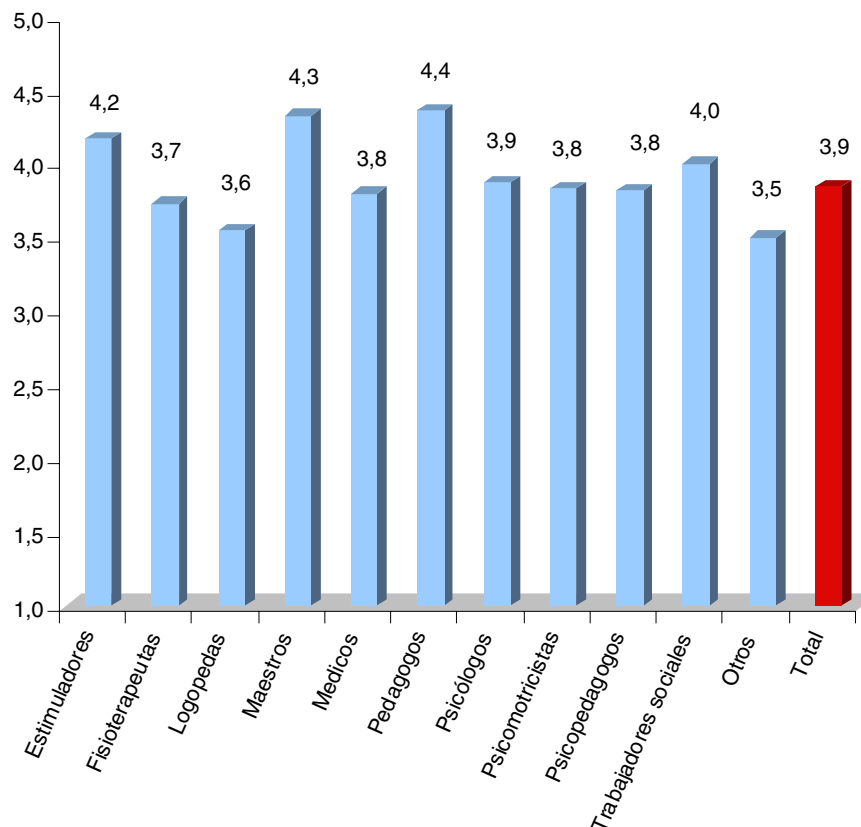
En el área del gráfico, vemos una casi inexistente proporción de profesionales que consideran nada o poco útil la ODAT para la consecución de los objetivos. Un 70% de los profesionales consideran que esta organización diagnóstica es bastante o muy útil, aunque cerca de un 29% califican la utilidad como normal.

Grafico 5.2. Proporción de puntuaciones a la valoración de la utilidad para la consecución de los objetivos citados.



Entre los diferentes colectivos profesionales, son los Maestros y los Pedagogos quienes consideran de mayor utilidad la ODAT para alcanzar los objetivos, atribuyendo una puntuación media de 4,3 y 4,4 respectivamente. Logopedas y profesionales pertenecientes a otros colectivos atribuyen una utilidad menor a esta organización diagnóstica.

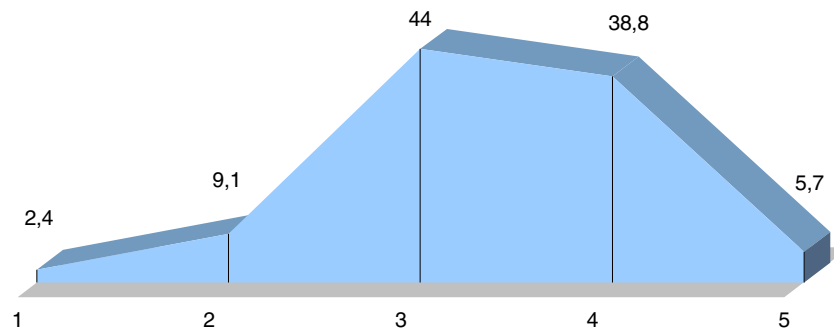
Grafico 5.3. Valoración media de la utilidad para la consecución de los objetivos citados según el colectivo profesional. (Escala de 1 a 5)



5.3. VALORACIÓN DE LA UTILIDAD PARA EL MEJOR DESARROLLO DEL TRABAJO DIARIO

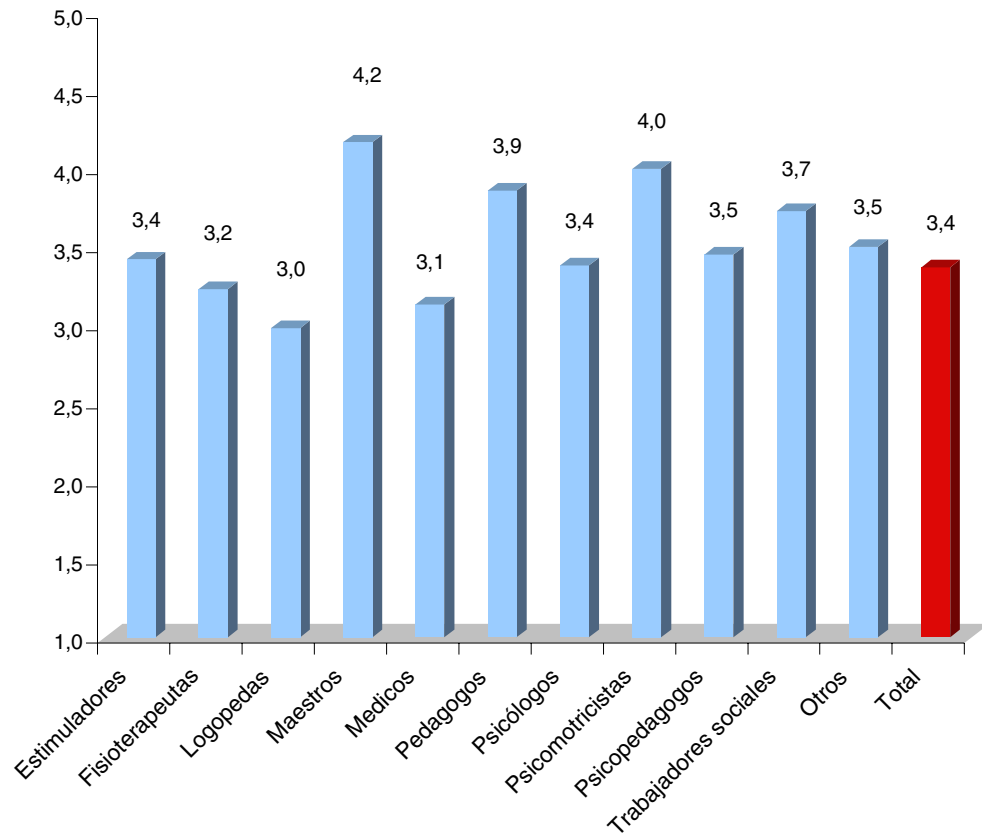
Finalmente se evalúa la utilidad que puede tener la ODAT en el desarrollo del trabajo diario. En el área del gráfico se observa como un 11,5% de los profesionales consideran nada o poco útil esta herramienta diagnóstica, mientras un 44% cree que puede tener alguna utilidad. Un 45% afirma que la ODAT resulta una herramienta de bastante o mucha utilidad para su trabajo diario.

Gráfico 5.4. Proporción de puntuaciones en la valoración de la utilidad para el desarrollo del trabajo diario. (Escala de 1 a 5)



Son los Maestros y los Psicomotricistas los colectivos profesionales que consideran de mayor utilidad a la ODAT para su trabajo diario (4,2 y 4 respectivamente). Por el contrario, los Logopedas y los Médicos creen que la ODAT solo aporta alguna utilidad para el desarrollo de su trabajo.

Gráfico 5.5. Valoración media de la utilidad de la ODAT para el desarrollo del trabajo diario según el colectivo profesional. (Escala de 1 a 5)



6

LA DOCUMENTACIÓN ODAT

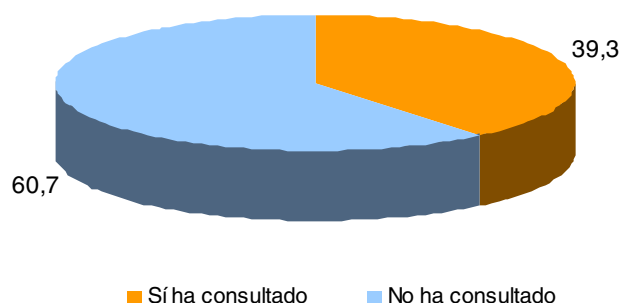
Se aborda en este capítulo la consulta de la documentación adicional ofrecida por la ODAT, tanto “el Libro”, donde se describe detalladamente la ODAT, como “el Manual de Instrucciones”, que orienta sobre como llevar a cabo la recogida de datos.

Así mismo, se analiza el grado de acuerdo que los profesionales tienen respecto a una serie de enunciados relativos a esta documentación adicional, con la intención de saber si resulta clara, atractiva y de fácil manejo.

6.1. CONSULTA DEL LIBRO DE LA ODAT

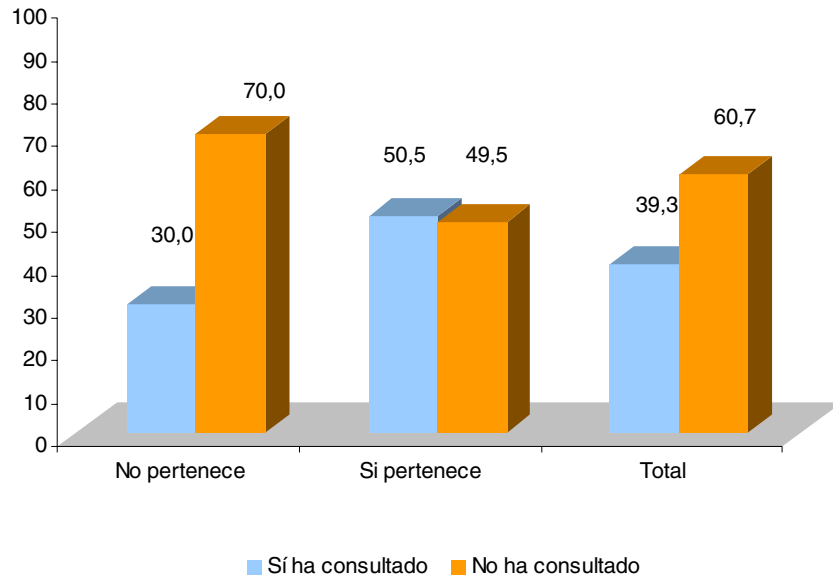
Un 39% de los profesionales de Atención Temprana acudió al libro de la ODAT como fuente de consulta adicional, mientras que el 61% reconoce no haberlo utilizado.

Gráfico 6.1. Distribución según consulta del libro ODAT



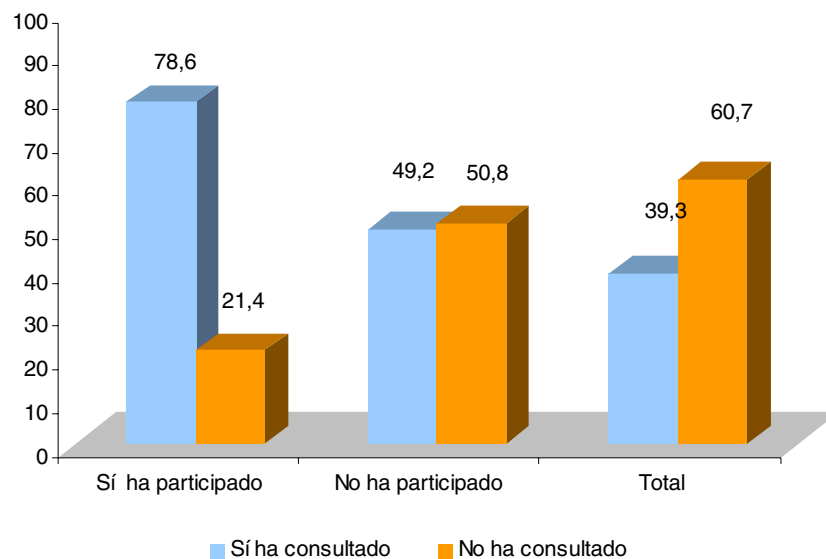
Cabe destacar que la mayoría de profesionales que no pertenecen a ninguna asociación profesional de AT, no han consultado el libro ODAT, exactamente el 70% de los no asociados.

Grafico 6.2. Proporción de profesionales que han consultado el “Libro ODAT” según la pertenencia a alguna asociación profesional.



De otra forma se observa una mayor utilización del libro, entre aquellas personas que habían participado en reuniones y conferencias de la ODAT, concretamente el 79% de los que participaron en reuniones de presentación de la ODAT, han consultado dicho libro.

Grafico 6.3. Proporción de profesionales que han consultado el libro ODAT según la participación en las reuniones y conferencias de la ODAT



6.2. GRADO DE ACUERDO CON LOS ENUNCIADOS SOBRE EL LIBRO DE LA ODAT

Se han propuesto los siguientes enunciados relativos al libro de la ODAT:

- El enunciado de los objetivos del libro de la ODAT es claro y define la finalidad de esta.
- El diseño y la presentación del libro de la ODAT son atractivos.
- El contenido del libro de la ODAT permite comprender la Organización Diagnóstica para la Atención Temprana.
- La redacción del libro de la ODAT resulta suficientemente clara y sencilla para ser comprendida fácilmente.

Para el análisis de estos enunciados, pedimos a los profesionales que muestren su grado de acuerdo con cada uno de los aspectos a través de la siguiente escala:

1. No estoy de acuerdo
2. Estoy de acuerdo en parte.
3. Si estoy de acuerdo

Tabla 6.1. Proporciones del grado de acuerdo con cada uno de los enunciados planteados sobre el libro de la ODAT

	No estoy de acuerdo	En parte	Sí estoy de acuerdo	Total
El enunciado de los objetivos del libro de la ODAT es claro y define la finalidad de ésta	0,0	39,8	60,2	100
El diseño y la presentación del libro de la ODAT son atractivos	6,0	48,2	45,8	100
El contenido del libro permite comprender la ODAT	3,7	28	68,3	100
La redacción del libro de la ODAT resulta clara y sencilla para ser comprendida fácilmente	3,7	32,9	63,4	100

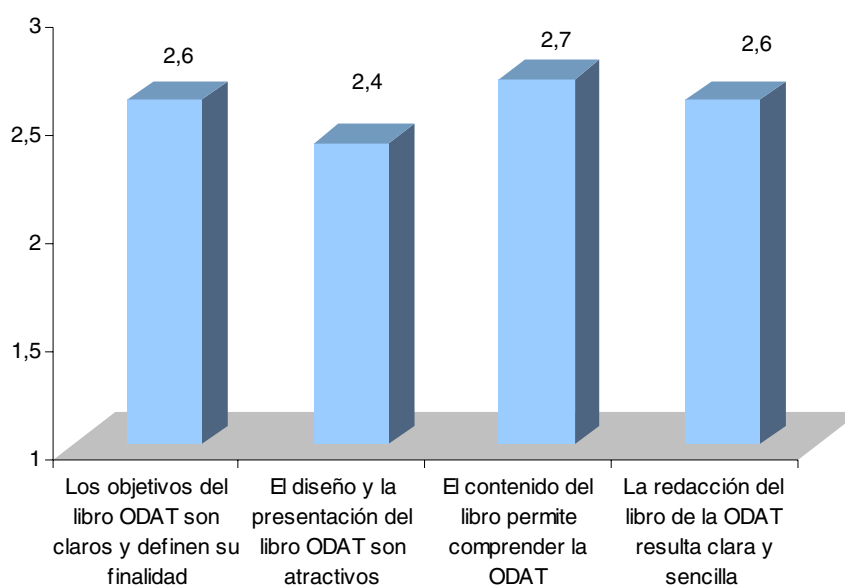
El enunciado con el que los profesionales se muestran más de acuerdo, es el referido a la utilidad del libro como medio para comprender la ODAT que alcanza un valor medio de acuerdo de 2,7.

Como vemos en el gráfico 6.4., todos los enunciados han recibido una valoración media por encima de 2 en una escala de acuerdo de 1 a 3.

En cuanto al enunciado sobre lo atractivo del diseño y la presentación del libro, un 54% de los profesionales dicen no estar de acuerdo o estarlo solo en parte. Este enunciado es el que presenta menor grado medio de acuerdo (2,4).

Los objetivos del libro y la redacción del mismo parecen estar bien valorados, recibiendo un grado de acuerdo de 2,6.

Gráfico 6.4. Valor medio de acuerdo con los enunciados sobre el libro ODAT. Escala de 1 a 3



Al analizar estos valores medios en función de los diferentes colectivos profesionales, vemos como son los Psicomotricistas los que muestran el máximo grado de acuerdo con cada uno de los enunciados. Por el contrario, los Médicos se muestran más críticos al valorar la utilidad del libro, mostrándose de acuerdo solo en parte con los enunciados.

Los Pedagogos presentan valores medios de acuerdo muy cercanos al 3, excepto en el enunciado referido al diseño y la presentación del libro, con el que se muestran de acuerdo en parte.

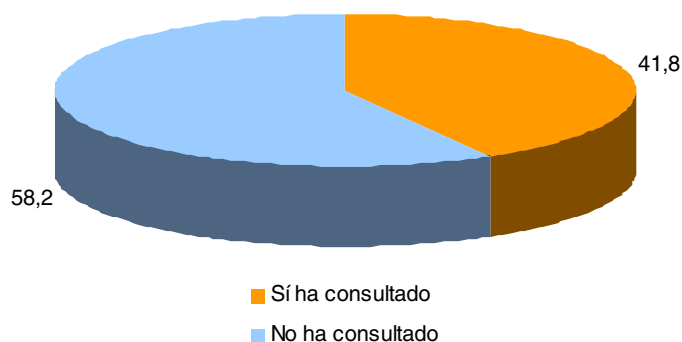
Tabla 6.2. Valor medio de acuerdo con cada uno de los enunciados planteados sobre el libro de la ODAT en función del colectivo profesional al que pertenecen.

Media	Los objetivos del libro ODAT son claros y define su finalidad	El diseño y la presentación del libro de la ODAT son atractivos	El contenido del libro ODAT permite comprender la ODAT	La redacción del libro ODAT resulta clara y sencilla par ser comprendida fácilmente
Estimuladores	3,0	2,5	3,0	3,0
Fisioterapeutas	2,3	2,3	2,9	2,3
Logopedas	2,3	2,3	2,4	2,3
Maestros	2,8	2,5	3,0	2,8
Médicos	2,4	2,1	2,3	2,0
Pedagogos	3,0	2,0	2,7	2,7
Psicólogos	2,7	2,6	2,6	2,8
Psicomotricistas	3,0	3,0	3,0	3,0
Psicopedagogos	2,9	2,3	2,9	2,8
Trabajadores sociales	2,5	2,3	2,6	2,5
Otros	2,0	3,0	3,0	2,0
Total	2,6	2,4	2,7	2,6

6.3. CONSULTA DEL MANUAL DE INSTRUCCIONES DE LA ODAT

Los profesionales que dicen haber consultado el “Manual de instrucciones” ascienden a un 42%, proporción similar a la de aquellos que hicieron uso del libro.

Grafico 6.5. Distribución de profesionales según consulta del “Manual de Instrucciones”.



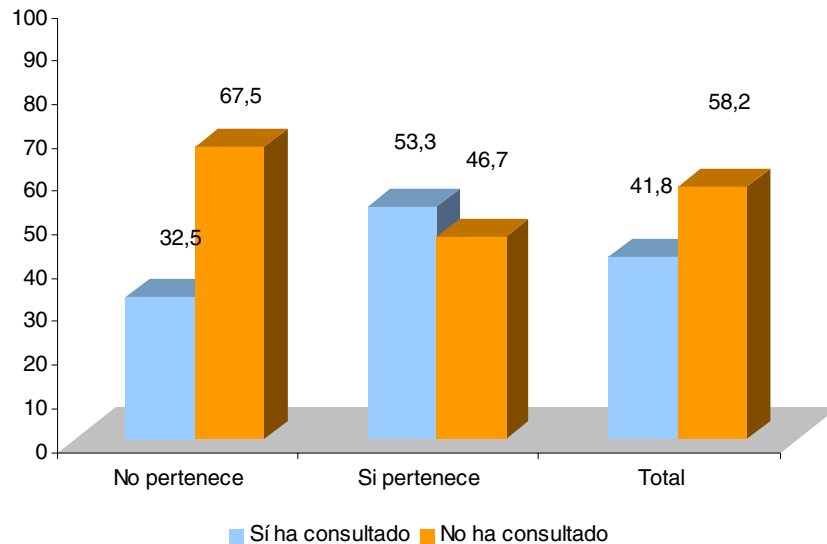
Más de un 58% de los profesionales no ha hecho uso del manual de instrucciones, de entre los que destacan los profesionales pertenecientes al colectivo de Fisioterapeutas y Logopedas. Por el contrario un 60% de los Trabajadores Sociales, el 67% de los Maestros y el 73% de los Psicopedagogos, afirman haber acudido al manual de instrucciones de la ODAT.

Tabla 6.3. Proporciones de profesionales que han consultado el “Manual de Instrucciones” según el colectivo profesional al que pertenecen.

	Sí	No	Total
Estimuladores	41,7	58,3	100
Fisioterapeutas	31,8	68,2	100
Logopedas	25,0	75,0	100
Maestros	66,7	33,3	100
Médicos	53,3	46,7	100
Pedagogos	46,2	53,8	100
Psicólogos	42,4	57,6	100
Psicomotricistas	50,0	50,0	100
Psicopedagogos	72,7	27,3	100
Trabajadores sociales	60,0	40,0	100
Otros	0,0	100,0	100
Total	41,8	58,2	100

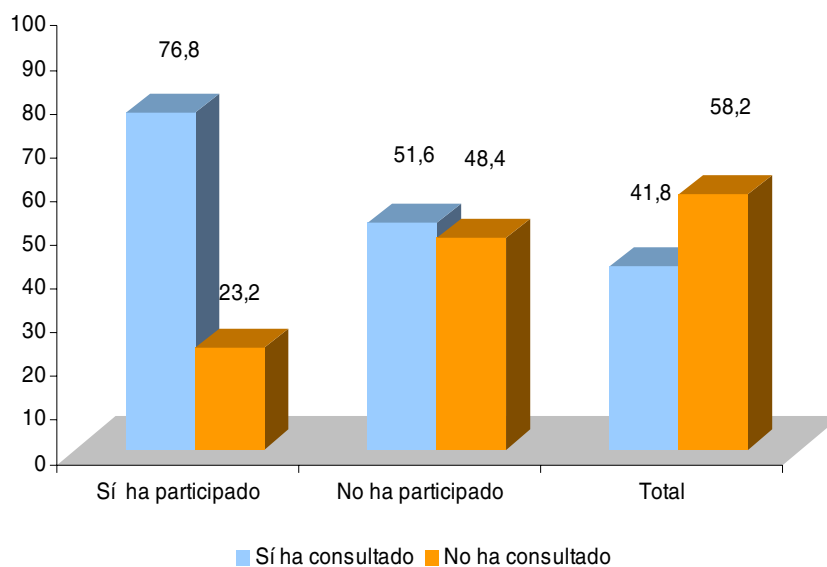
Una vez más, la pertenencia a determinadas asociaciones profesionales de Atención Temprana, influye a la hora de acudir a la documentación detallada que ofrece la ODAT. Los profesionales que no pertenecen a asociaciones profesionales, han consultado en menor medida el manual de instrucciones, de los no asociados, el 68% no consulta el manual de instrucciones proporción que es del 47 entre los pertenecientes a asociaciones profesionales de AT.

Grafico 6.6. Proporción de profesionales según la consulta del “Manual de Instrucciones” en función de la pertenencia a alguna asociación profesional.



Y lo mismo ocurre al analizarlo en función de las reuniones y las conferencias realizadas por ODAT. Entre los profesionales que han participado en estas reuniones, un 77% ha acudido al “Manual de Instrucciones”, proporción que se reduce considerablemente (52%) entre los profesionales que no participan en las reuniones de la ODAT.

Grafico 6.7. Proporción de profesionales que han consultado el “Manual de Instrucciones” según la participación en reuniones y conferencias de la ODAT



6.4.

GRADO DE ACUERDO CON LOS ENUNCIADOS SOBRE EL MANUAL DE INSTRUCCIONES DE LA ODAT

Se han propuesto los siguientes enunciados relativos al manual de instrucciones

- El contenido del Manual de Instrucciones de ajusta a lo necesario para realizar la recogida de datos.
- La información del Manual de Instrucciones resulta útil para resolver dudas sobre la recogida de datos.
- La redacción del Manual de Instrucciones de la ODAT resulta lo suficientemente clara y sencilla para su comprensión.

Para el análisis de estos enunciados, pedimos a los profesionales que muestren su grado de acuerdo con cada uno de los aspectos, a través de la siguiente escala:

Los resultados obtenidos se presentan en la siguiente tabla:

- | |
|-------------------------------|
| 1. No estoy de acuerdo |
| 2. Estoy de acuerdo en parte. |
| 3. Si estov de acuerdo |

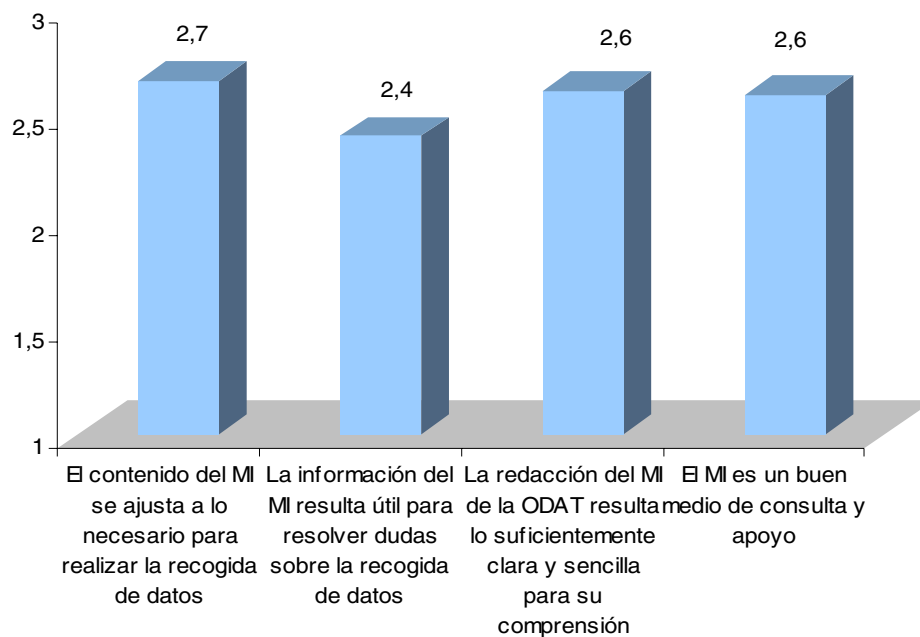
Tabla 6.4. Proporciones del grado de acuerdo con los enunciados sobre “El Manual de Instrucciones” de la ODAT.

	No estoy de acuerdo	En parte	Sí estoy de acuerdo	Total
El contenido del Manual de Instrucciones se ajusta a lo necesario para realizar la recogida de datos	0,0	34,5	65,5	100
La información del Manual de Instrucciones resulta útil para resolver dudas sobre la recogida de datos	0,0	60,5	39,5	100
La redacción del Manual de Instrucciones de la ODAT resulta lo suficientemente clara y sencilla para su comprensión	0,0	39,1	60,9	100
El Manual de Instrucciones es un buen medio de consulta y apoyo	0,0	41,4	58,6	100

La tabla muestra una inexistente proporción de desacuerdo con los enunciados planteados. La claridad en la redacción del manual y el contenido del mismo, son los aspectos que muestran un mayor grado de acuerdo. Sin embargo, en cuanto a las dudas que puede resolver la información contenida en el manual, un 60,5% de los profesionales se muestran de acuerdo solo en parte.

En general los valores medios de acuerdo son muy positivos. Todos los aspectos se valoran con puntuaciones muy cercanas a 3, en una escala de acuerdo de 1 a 3. Sólo en lo referido a la resolución de dudas, el valor medio de acuerdo es inferior a 2,5.

Grafico 6.8. Valor medio de acuerdo con los enunciados sobre el “Manual de Instrucciones”. Escala de 1 a 3



Los valores medios de acuerdo son igualmente elevados si consideramos los diferentes colectivos a los que pertenecen los profesionales. Destacan los Estimuladores y los Psicomotricistas, como aquellos colectivos que más de acuerdo se muestran con los enunciados planteados.

Entre los valores medios más bajos, destaca el concedido por los Pedagogos al preguntarles sobre si el contenido del manual es adecuado para la recogida de datos. Por su parte, Logopedas y Psicólogos se muestran de acuerdo solo en parte con el enunciado referido a la utilidad del manual a la hora de resolver posibles dudas.

Al igual que ocurrió en los enunciados sobre el libro de la ODAT, el colectivo de Médicos parece ser, en general, el más crítico a la hora de valorar estos aspectos del manual.

Tabla 6.5. Valor medio de acuerdo con cada uno de los enunciados planteados sobre el “Manual de Instrucciones”, según el colectivo profesional al que pertenecen.

	El contenido del MI se ajusta a lo necesario para recoger datos	La información del MI es útil para resolver dudas sobre la recogida de datos	La redacción del MI de la ODAT es clara y sencilla para su comprensión	El MI es un buen medio de consulta y apoyo
Estimuladores	3,0	2,5	3,0	3,0
Fisioterapeutas	2,9	2,4	2,6	2,4
Logopedas	2,5	2,2	2,4	2,3
Maestros	3,0	2,8	2,8	2,8
Médicos	2,5	2,3	2,3	2,3
Pedagogos	2,4	2,4	2,8	2,4
Psicólogos	2,7	2,3	2,7	2,8
Psicomotricistas	2,7	3,0	3,0	3,0
Psicopedagogos	2,8	2,6	2,6	2,8
Trabajadores sociales	2,6	2,4	2,4	2,4
Total	2,7	2,4	2,6	2,6

7

**LA
COLABORACIÓN EN
LA
INVESTIGACIÓN**

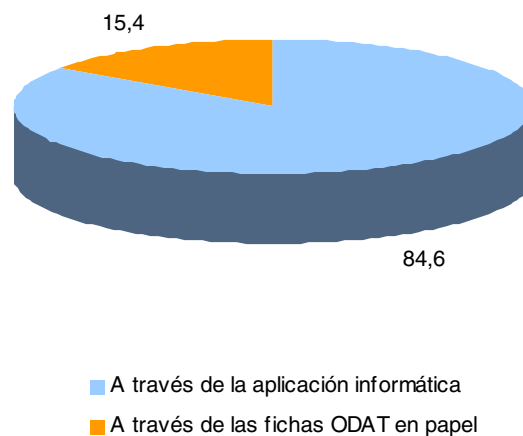
En este capítulo se analizan las diferentes vías por las que los profesionales han optado para colaborar en la presente investigación, así como la valoración que hacen del funcionamiento de las mismas.

Además, se estudia el funcionamiento del servicio de apoyo de la ODAT, tanto las formas y medios de contacto como la valoración general que hacen de este servicio.

7.1. VÍA POR LA QUE SE HA PRODUCIDO LA COLABORACIÓN

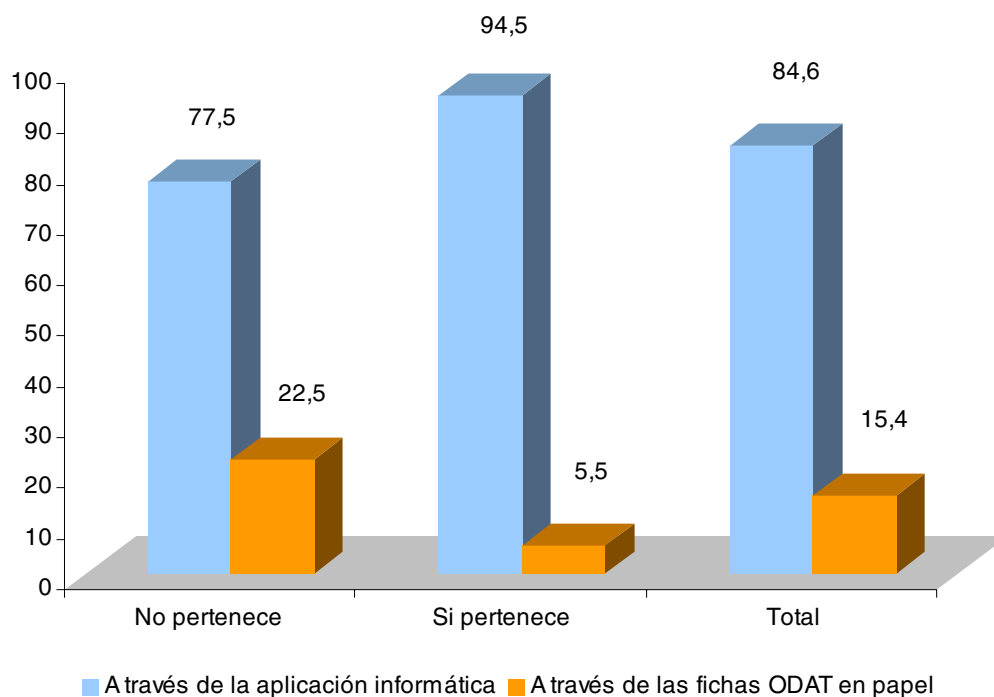
El 85% de los profesionales de Atención Temprana han utilizado la aplicación informática para colaborar en la investigación.

Grafico 7.1. Distribución de los profesionales según la vía utilizada para colaborar en la investigación



Solo un 15% de los profesionales, prefirieron las fichas en papel para colaborar en la investigación, el resto colaboró a través de la aplicación informática. El uso de las fichas ODAT en papel ha sido más frecuente, 23% entre los profesionales que no se encuentran asociados profesionalmente.

Grafico 7.2. Vía utilizada para la colaboración, según la pertenencia a asociaciones profesionales de AT.



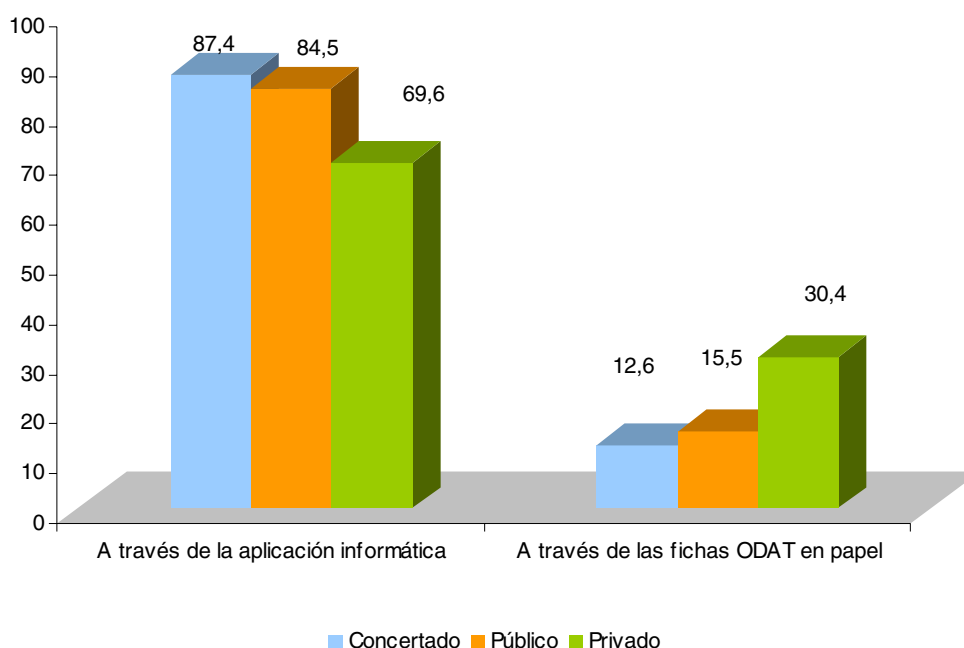
Teniendo en cuenta los diferentes colectivos profesionales, vemos como todos los Fisioterapeutas han hecho uso de la aplicación informática. En este sentido destacan también los Psicólogos (95,5%), y los Psicopedagogos (91%). Por el contrario, en el colectivo de Maestros un 50% ha optado por las fichas en papel. El uso de las fichas ODAT presenta también proporciones elevadas entre los Psicomotricistas (33,3%).

Tabla 7.1. Proporciones de las vías utilizadas para la colaboración, según el colectivo profesional al que pertenecen.

	A través de la aplicación informática	A través de las fichas ODAT en papel	Total
Estimuladores	83,3	16,7	100,0
Fisioterapeutas	100,0	0,0	100,0
Logopedas	72,7	27,3	100,0
Maestros	50,0	50,0	100,0
Médicos	80,0	20,0	100,0
Pedagogos	71,4	28,6	100,0
Psicólogos	95,5	4,5	100,0
Psicomotricistas	66,7	33,3	100,0
Psicopedagogos	90,9	9,1	100,0
Trabajadores sociales	86,7	13,3	100,0
Otros	50,0	50,0	100,0
Total	84,6	15,4	100,0

El uso de la aplicación informática ha sido mayoritario entre aquellos profesionales que trabajan en centros concertados. Las fichas en papel han sido en general poco utilizadas, siendo los profesionales de centros privados, los que en mayores proporciones han utilizado las fichas ODAT en papel como medio para colaborar en la investigación

Grafico 7.3. Proporciones de las vías utilizadas para la colaboración, según el tipo de centro en el que desarrollan su labor.

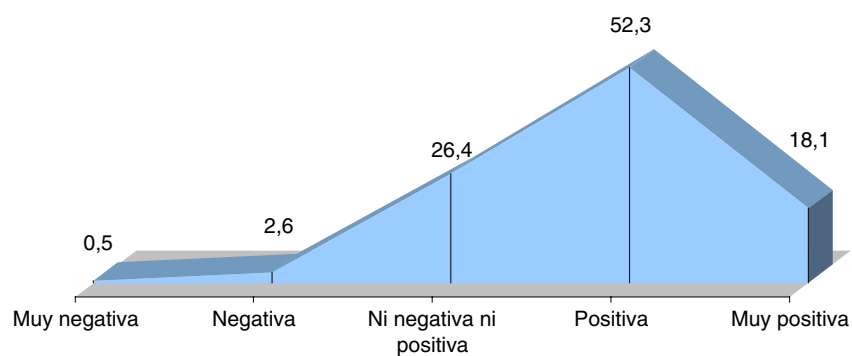


7.2. VALORACIÓN DE LA COLABORACIÓN EN LA INVESTIGACIÓN

La colaboración en la investigación ha sido valorada con una puntuación media de 7,2 en una escala del 1 al 10, donde el 1 corresponde a una valoración muy negativa y 10 muy positiva, por lo que en general el 70,4% de los profesionales valoran la colaboración en esta investigación como positiva o muy positiva.

Como puede apreciarse en el grafico, solo un 3% de los profesionales opinan que esta colaboración ha resultado muy negativa o negativa, mientras que un 26% no se posiciona claramente, concediendo una valoración ni positiva ni negativa.

Grafico 7.4. Proporciones de la valoración concedida a la colaboración en esta investigación. Escala de 1 a 10



Entre los diferentes colectivos de profesionales, la colaboración en la investigación ha sido mejor valorada por los Maestros (8,8) y los Psicopedagogos (8,3). Las puntuaciones mas bajas, han sido concedidas por los Médicos (5,9) y los Psicomotricistas (6,6).

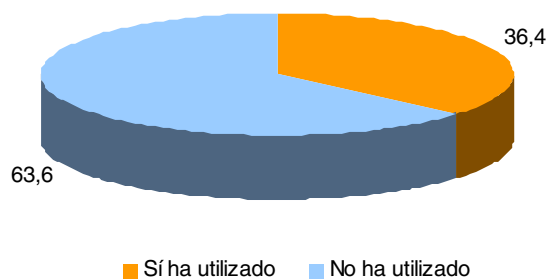
Tabla 7.2. Valoraciones medias de la colaboración en la investigación según el colectivo profesional al que pertenecen.

Media	Valoración colaboración en la investigación
Maestros	8,8
Psicopedagogos	8,3
Fisioterapeutas	7,7
Estimuladores	7,5
Logopedas	7,3
Psicólogos	7,3
Pedagogos	6,9
Psicomotricistas	6,6
Trabajadores sociales	6,3
Médicos	5,9
Otros	7,0
Total	7,2

7.3. SERVICIO DE APOYO ODAT

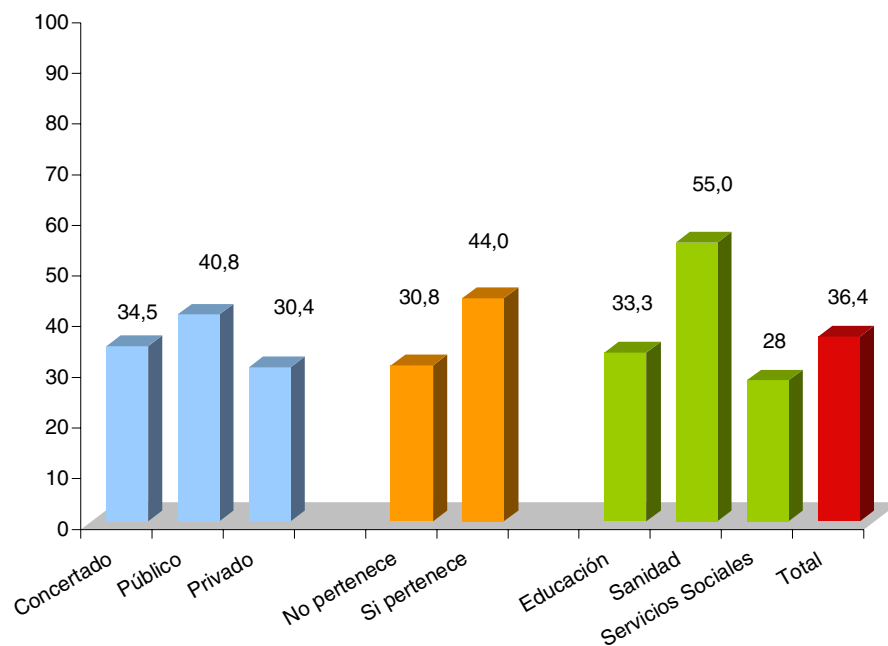
Para colaborar en esta investigación un 36% de los profesionales han utilizado el servicio de apoyo de la ODAT, frente al 64% que no han hecho uso de este servicio como se muestra en el gráfico.

Gráfico 7.5. Distribución de profesionales según la utilización del servicio de apoyo de la ODAT.



El servicio de apoyo ODAT, ha sido mas utilizado por aquellos profesionales que desarrollan su labor en centros públicos (41%). Además, acuden a este servicio en mayores proporciones los profesionales pertenecientes a alguna asociación profesional de Atención Temprana (44%), y cuyo trabajo se desarrolla fundamentalmente en un centro que depende de la administraron de Sanidad (55%)

Grafico 7.6. Utilización del servicio de apoyo según tipo de centro, pertenencia a asociaciones profesionales de AT y administración de la que depende el recurso de AT.



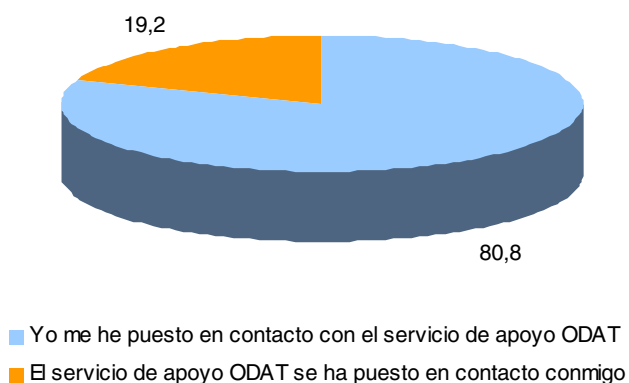
Las proporciones mas altas en la utilización de este servicio, se dan en los colectivos profesionales de Psicopedagogía (64%), y Psicomotricidad (50%). Por el contrario, afirman no haber utilizado el servicio de apoyo un 77% de los Fisioterapeutas, el 77% de los Logopedas, un 73% de los Médicos y un 71% de los Pedagogos.

Tabla 7.3. Proporciones de uso del servicio de apoyo según colectivos profesionales

	Sí he utilizado el servicio de apoyo ODAT	No he utilizado el servicio de apoyo ODAT	Total
Estimuladores	41,7	58,3	100
Fisioterapeutas	22,7	77,3	100
Logopedas	22,7	77,3	100
Maestros	33,3	66,7	100
Médicos	26,7	73,3	100
Pedagogos	28,6	71,4	100
Psicólogos	45,5	54,5	100
Psicomotricistas	50,0	50,0	100
Psicopedagogos	63,6	36,4	100
Trabajadores sociales	40,0	60,0	100
Otros	50,0	50,0	100
Total	36,4	63,6	100

La gran mayoría de los profesionales que han utilizado este servicio, afirman haber sido ellos los que personalmente se han puesto en contacto con el servicio de apoyo de la ODAT (81%). Solo un 19% reconoce que la ODAT se ha puesto en contacto con ellos.

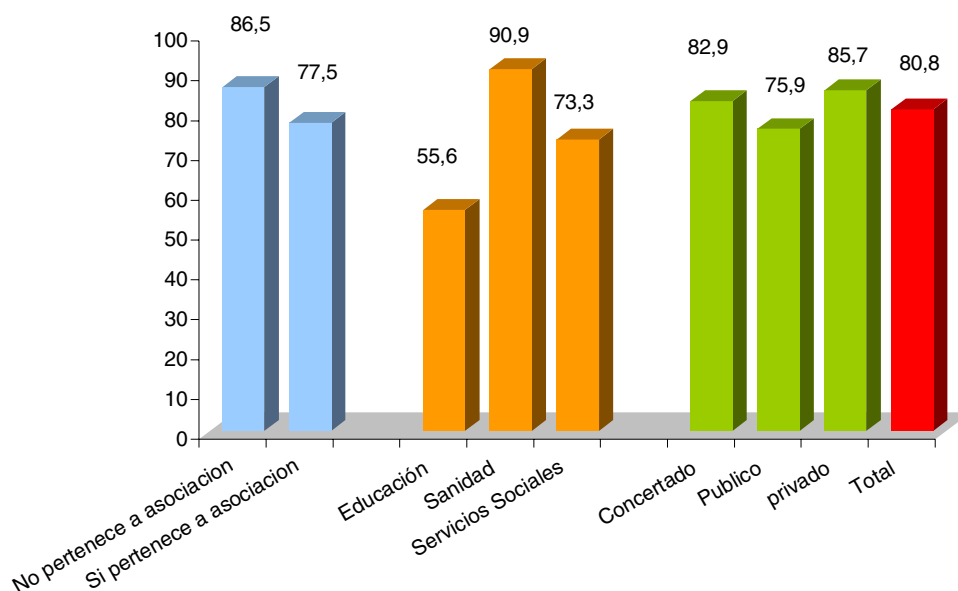
Grafico 7.7. Distribución de usuarios del servicio de apoyo según forma de contacto.



Son aquellos profesionales que no pertenecen a asociaciones profesionales de AT los que en mayor medida han contactado personalmente con el servicio de apoyo ODAT (87%). Las diferencias se acentúan en lo referido a la administración de la que depende el centro en el que desarrollan su labor, siendo los profesionales de la rama de Sanidad, quienes en mayor proporción han acudido personalmente a este servicio (91%).

Por último, no se aprecian diferencias significativas en función del tipo de centro, aunque aquellos profesionales que trabajan para centros privados presentan una mayor proporción en cuanto al contacto personal con el servicio (86%).

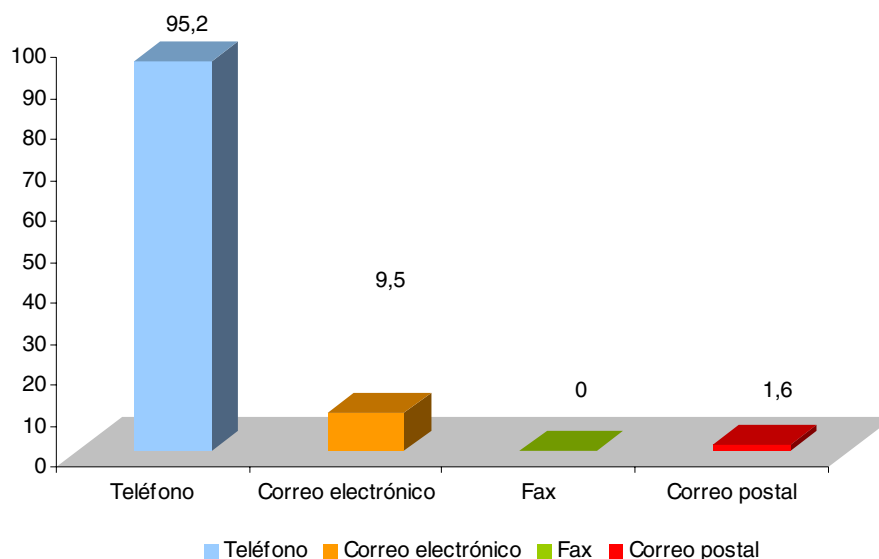
Grafico 7.8. Proporciones de profesionales que han contactado personalmente con



La utilización del servicio de apoyo ODAT pudo realizarse a través de diversos medios, Teléfono, Correo Electrónico, Fax y Correo Postal, por lo que se preguntó a los profesionales por los medios que eligieron para hacer uso de este servicio. Esta pregunta fue planteada en el cuestionario contemplando la posibilidad de una respuesta múltiple, de modo que cada persona entrevistada pudiera aportar más de una respuesta, por lo que la suma de estas supera el 100%.

Teniendo esto en cuenta vemos que el medio mas utilizado para ponerse en contacto con el servicio de apoyo, ha sido el teléfono. Solo un 9,5% dice haber hecho uso del correo electrónico.

Grafico 7.10. Proporciones de profesionales según los medios utilizados para contactar con el servicio de apoyo ODAT. (Respuesta Múltiple)



Se pidió a los profesionales que hicieron uso del servicio de apoyo ODAT, que valoraran diferentes aspectos del mismo situándose en una escala del 1 al 5, donde el 1 supondría una valoración Muy Mala y el 5 Muy Buena.

En general las puntuaciones medias son satisfactorias en todos los aspectos planteados, situándose por encima del 4, lo que supone una valoración “Buena”.

La puntuación media mas elevada ha sido concedida a la Atención y trato ofrecido por el servicio de apoyo (4,5). Por el contrario, la resolución de posibles dudas ha sido el aspecto que ha recibido la menor puntuación (4).

Ningún profesional cree que el funcionamiento de los aspectos planteados sea muy malo. Sin embargo, casi un 7% opina que la resolución de dudas del servicio de apoyo es Mala y un 18% la califica como Normal.

Los aspectos donde los profesionales se muestran mas satisfechos, son los relativos a la atención y el trato, calificada como Muy buena por el 58% de los profesionales, y la Disponibilidad, considerada Muy buena por la mitad de los trabajadores de Atención Temprana.

Tabla 7.5. Proporciones de la valoración de los aspectos del servicio de apoyo ODAT.

	Muy mala	Mala	Normal	Buena	Muy buena	Total	Media
Rapidez	0,0	3,9	18,4	40,8	36,8	100	4,1
Utilidad	0,0	2,6	18,4	46,1	32,9	100	4,1
Resolución de dudas	0,0	6,8	17,6	43,2	32,4	100	4,0
Atención y trato	0,0	0,0	5,4	36,5	58,1	100	4,5
Disponibilidad	0,0	1,4	17,6	31,1	50,0	100	4,3

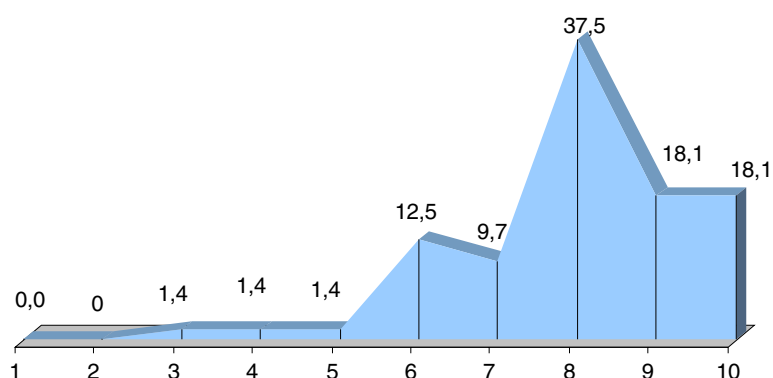
De manera general el servicio de apoyo de la ODAT, ha sido valorado con una puntuación media de 8,03 en una escala de 1 a 10. En el gráfico de áreas vemos que prácticamente no se han otorgado puntuaciones por debajo del 5, (4,2%).

El 96% de las puntuaciones se sitúan entre el 6 y el 10, aunque la proporción más elevada (37,5%) se sitúa en los valores cercanos a 8.

Tabla 7.6 Valoración agrupada al servicio de apoyo

	%
Muy deficiente	0,0
Insuficiente	2,8
Suficiente	13,9
Notable	47,2
Sobresaliente	36,1
Total	100
Media	8,03

Gráfico 7.11. Valoración al servicio de apoyo



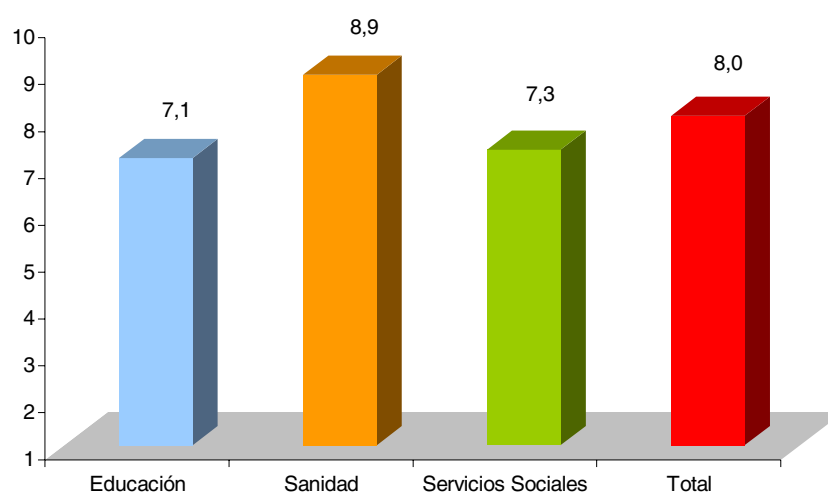
En cuanto a los diferentes colectivos profesionales podemos destacar como son los Maestros quienes otorgan la puntuación más alta (9), mientras los Trabajadores Sociales conceden puntuaciones medias significativamente inferiores a la media total (6,5).

Tabla 7.7. Valoraciones medias al servicio de apoyo según colectivos profesionales.

Media	Puntuación servicio apoyo ODAT
Maestros	9,0
Logopedas	8,8
Fisioterapeutas	8,6
Pedagogos	8,5
Estimuladores	8,3
Psicomotricistas	8,0
Psicopedagogos	8,0
Psicólogos	7,9
Médicos	7,3
Trabajadores sociales	6,5
Otros	8,0
Total	8,0

Los profesionales que dependen de la administración de Sanidad, conceden al servicio de apoyo, puntuaciones que se sitúan por encima de la media (8,9), mientras que aquellos profesionales que pertenecen a la rama de Educación se muestran más críticos a la hora de valorar este servicio, (7,1).

Grafico 7.12. Valoración media al servicio de apoyo según la administración de la que depende el centro en el que desarrolla su labor.



El 36% de los profesionales que han colaborado en esta investigación dice no haber hecho uso del servicio de apoyo, fundamentalmente porque comprendieron bien el funcionamiento de la ODAT y no les hizo falta acudir a este servicio. Sin embargo hay que destacar que un 20% no conocía su existencia.

Tabla 7.8. Proporción de los motivos por las que no hicieron uso del servicio de apoyo.

	%
Porque comprendí bien la ODAT y no me hizo falta. No tuve dudas	68,5
Porque no creí que me pudiesen ayudar en este servicio	3,1
Por problemas técnicos de comunicación (no cogían el teléfono, comunicaba, se cortaba,...)	2,3
Por incompatibilidad horaria con el horario en que se presta este servicio	3,1
Porque no sabía que existiera	20,0
Porque desconocía el teléfono o la forma de contacto	3,8
Por otros motivos	3,1
Total *Respuesta Múltiple	103,8
Número de respuestas por persona	1,03

8

LA APLICACIÓN INFORMÁTICA

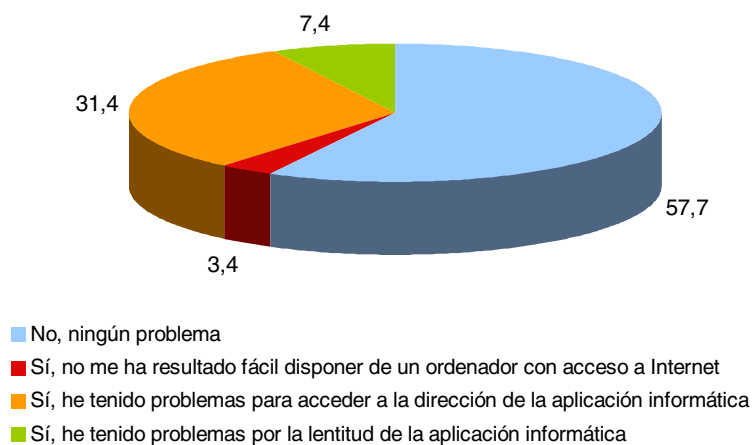
Este capítulo profundiza en aquellos aspectos relacionados con el uso de la aplicación informática para colaborar en la presente investigación. Recordamos que casi un 85% de los profesionales hicieron uso de esta aplicación.

Se trata de analizar los posibles problemas con los que pudieron encontrarse a la hora de utilizar este servicio. Se valoran los diferentes aspectos de la aplicación informática y las puntuaciones que los profesionales han concedido a la usabilidad de dicha aplicación.

8.1. PROBLEMAS O DIFICULTADES PARA COLABORAR A TRAVÉS DE LA APLICACIÓN INFORMÁTICA

El 60% de aquellos profesionales que hicieron uso de la aplicación informática, afirman no haber tenido ningún problema para colaborar por este medio. Entre las dificultades que se han podido encontrar, destaca sobre todo la dificultad en el acceso a la dirección de la aplicación informática (31%).

Grafico 8.1. Distribución según los problemas encontrados en la aplicación informática



Los que han encontrado mayores problemas en el acceso a la aplicación, son aquellos trabajadores pertenecientes al colectivo profesional integrado por los Estimuladores y los Pedagogos, (50%). Los Psicopedagogos, afirman haber tenido dificultades por la lentitud de la aplicación informática (20%) o para disponer de un ordenador con acceso a Internet, (20%).

Los Logopedas (72%), y los Trabajadores Sociales (69%), parecen los colectivos que menores dificultades han encontrado en el uso de la aplicación informática.

Tabla 8.1. Problemas encontrados en la aplicación informática según el colectivo profesional de AT

	No, Ningún problema	Sí, no ha resultado fácil disponer de ordenador con acceso Internet	Sí, he tenido problemas acceder dirección de la aplicación	Sí, he tenido problemas por lentitud aplicación. Informática	Total
Estimuladores	50,0	0,0	50,0	0,0	100
Fisioterapeutas	47,6	9,5	23,8	19,0	100
Logopedas	71,9	3,1	21,9	3,1	100
Maestros	66,7	0,0	33,3	0,0	100
Médicos	63,6	0,0	36,4	0,0	100
Pedagogos	50,0	0,0	50,0	0,0	100
Psicólogos	55,0	1,7	35,0	8,3	100
Psicomotricistas	66,7	0,0	33,3	0,0	100
Psicopedagogos	30,0	20,0	30,0	20,0	100
Trabajadores sociales	69,2	0,0	23,1	7,7	100
Otros	100,0	0,0	0,0	0,0	100
Total	57,7	3,4	31,6	7,5	100

8.2. VALORACIÓN DE LOS DIFERENTES ASPECTOS DE LA APLICACIÓN INFORMÁTICA

En la valoración de los diferentes aspectos de la aplicación, la cumplimentación de los datos ha sido valorada como Buena o Muy Buena por un 65% de los profesionales. También han valorado positivamente la facilidad en la navegación, calificada como Buena o Muy Buena por el 62%.

Pese a que todos los aspectos han sido calificados con puntuaciones medias por encima del 3,5 es una escala de 1 a 5, podemos destacar como aquellos aspectos peor considerados, los referidos a la rapidez en el acceso a la aplicación, que

funciona Mal o Muy Mal para el 16% de los profesionales, y la fácil navegación considerada Mala o Muy Mala por un 11%.

Gráfico 8.2. Valoraciones medias de los aspectos de la aplicación informática. Escala de 1 a 5

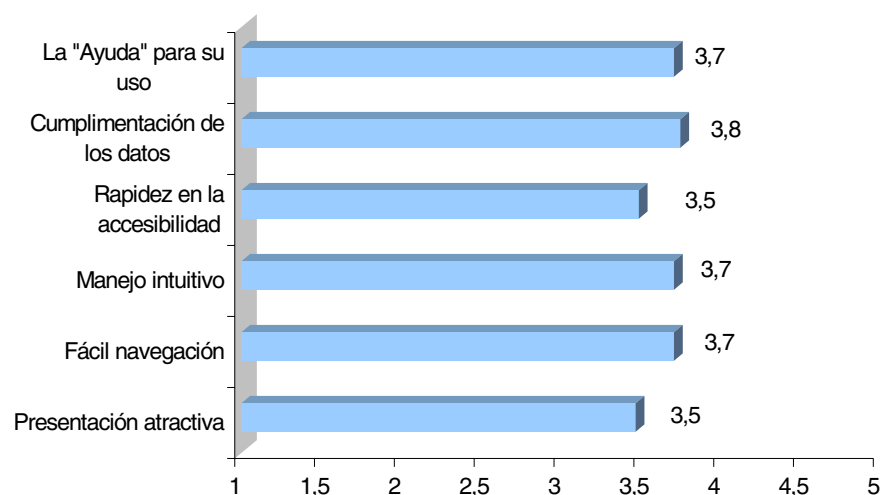


Tabla 8.2 Proporciones de la valoración de los diferentes aspectos de la aplicación informática

	Muy mala 1	Mala 2	Normal 3	Buena 4	Muy buena 5	Total
Presentación atractiva	0,0	3,5	54,4	33,9	8,2	100
Fácil navegación	1,8	8,8	27,1	41,2	21,2	100
Manejo intuitivo	0,0	3,6	38,8	40,6	17,0	100
Rapidez en la accesibilidad	2,9	12,9	35,1	31,0	18,1	100
Cumplimentación de los datos	1,2	3,6	30,2	49,1	16,0	100
La "Ayuda" para su uso	1,2	4,2	36,5	38,9	19,2	100

8.3. USABILIDAD DE LA APLICACIÓN INFORMÁTICA

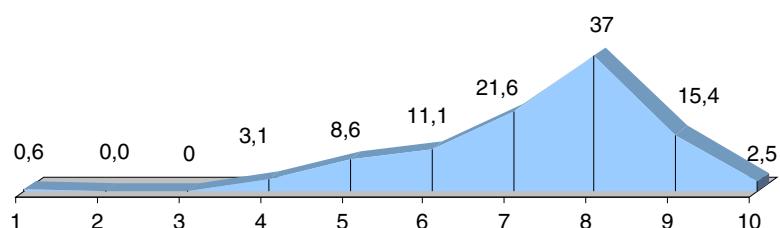
La usabilidad de la aplicación informática, ha recibido una valoración media de 7,4 en una escala de 1 a 10. Únicamente un 3,7% de los profesionales han concedido puntuaciones inferiores a 5, mientras el 37% valora la usabilidad de la aplicación con una puntuación de 8.

Agrupando estas puntuaciones podemos señalar que 8 de cada 10 profesionales considera que la usabilidad de la aplicación informática es positiva o muy positiva. Sin embargo casi un 20% de los profesionales no se posiciona claramente considerando que la usabilidad no es ni positiva ni negativa.

Tabla 8.3. Valoraciones agrupadas de la usabilidad de la aplicación informática

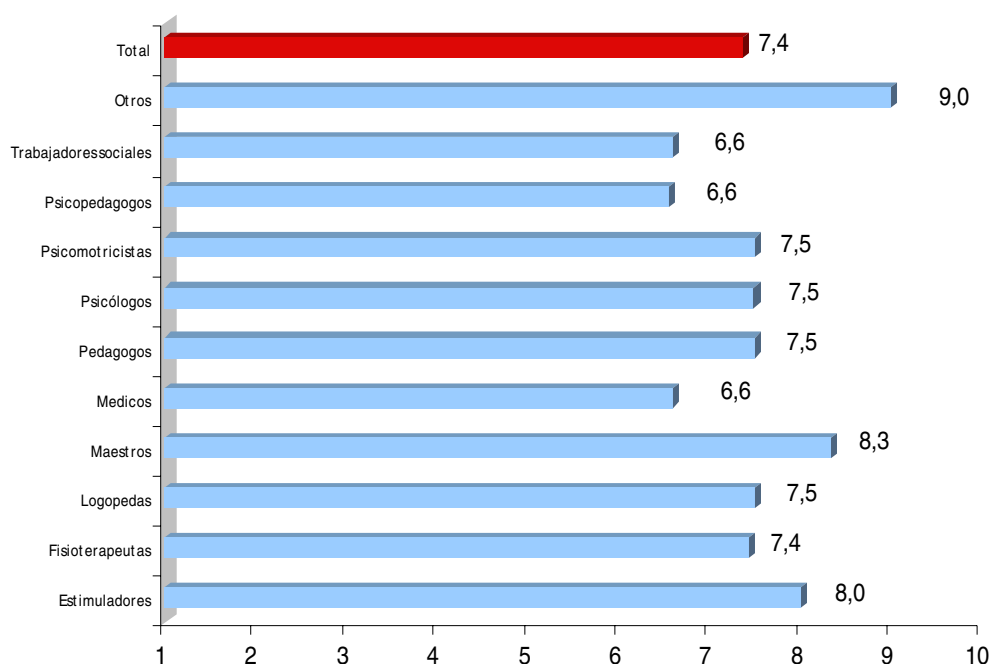
	%
Muy negativa	0,6
Negativa	3,1
Ni negativa ni positiva	19,8
Positiva	58,6
Muy positiva	17,9
Total	100,0
Media	7,4

Grafico 8.2. Valoración usabilidad de la aplicación informática



Entre los diferentes colectivos profesionales de Atención Temprana, aquellos que han concedido puntuaciones más altas a la usabilidad de la aplicación informática, pertenecen a los colectivos de los Estimuladores (8,0) y Maestros (8,3). Por el contrario, los Trabajadores Sociales, Psicopedagogos y Médicos, otorgan una puntuación de 6,6, inferior a la puntuación media.

Grafico 8.4. Puntuaciones medias a la usabilidad según el colectivo profesional. Escala de 1 a 10



8.4. VALORACION GENERAL DE LA APLICACIÓN INFORMÁTICA

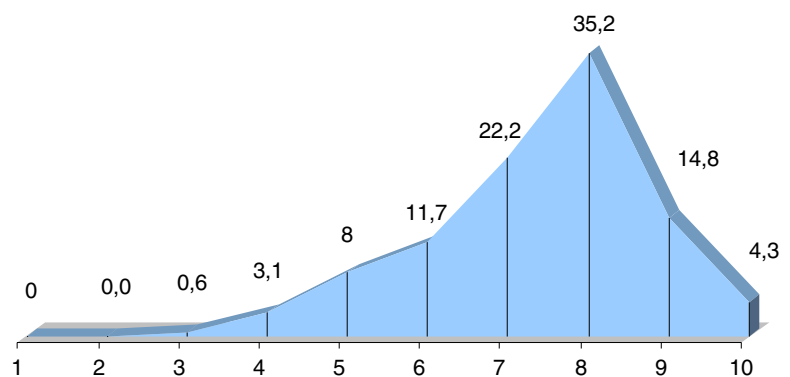
En general la aplicación informática como medio para colaborar en esta investigación, ha sido valorada positiva o muy positivamente por un 76,5% de los profesionales. La media de las puntuaciones se sitúa en un 7,4 en una escala de 1 a 10.

En el gráfico de áreas, vemos como las puntuaciones inferiores a 5 tan solo suponen un 3,7% de las respuestas, situándose el 72% de estas, entre el 7 y el 9.

Tabla 8.4. Valoraciones generales agrupadas

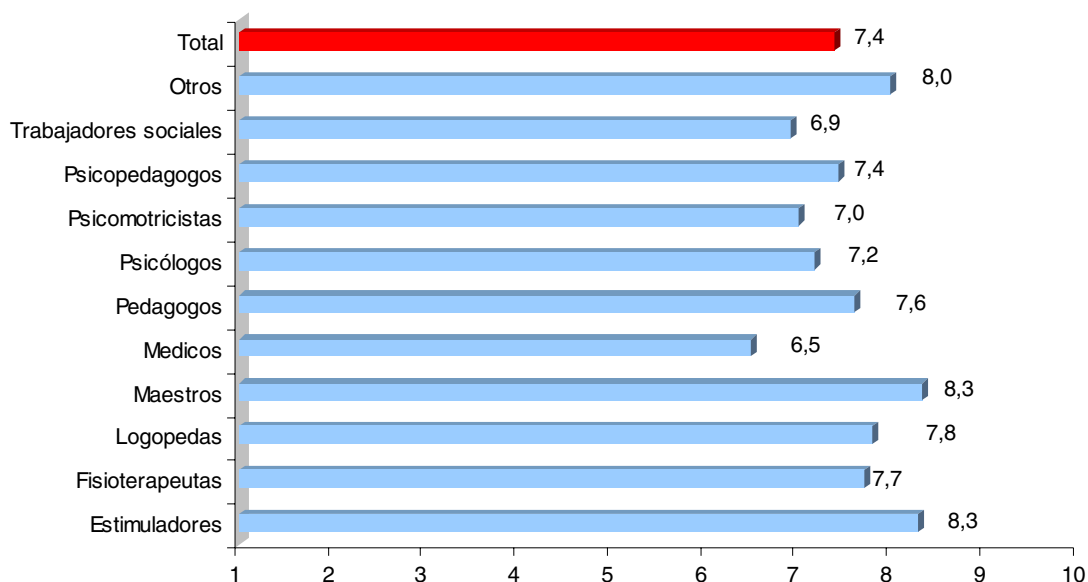
	%
Muy negativa	0,0
Negativa	3,7
Ni negativa ni positiva	19,8
Positiva	57,4
Muy positiva	19,1
Total	100,0
Media	7,4

Gráfico 8.5. Valoración general de la aplicación informática



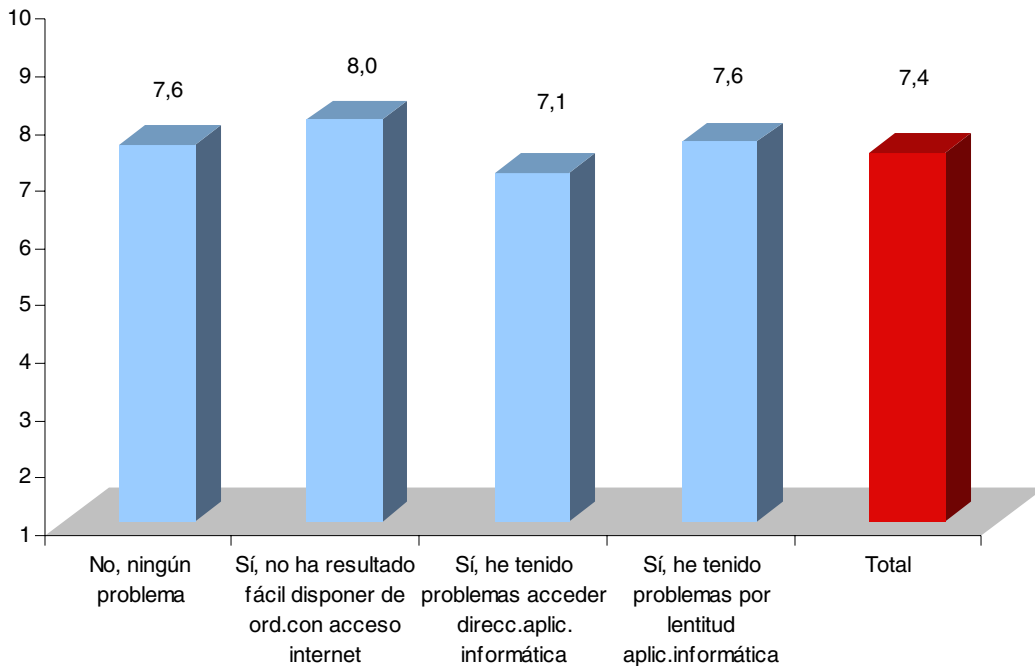
Entre los diferentes colectivos profesionales, los Maestros y los Estimuladores han otorgado puntuaciones (8,3) superiores a la media, mientras que de nuevo son los Trabajadores Sociales y los Médicos los que conceden puntuaciones mas bajas (6,9 y 6,5 respectivamente) situándose por debajo de la media.

Grafico 8.6. Valoraciones medias a la aplicación informática según colectivo profesional de AT



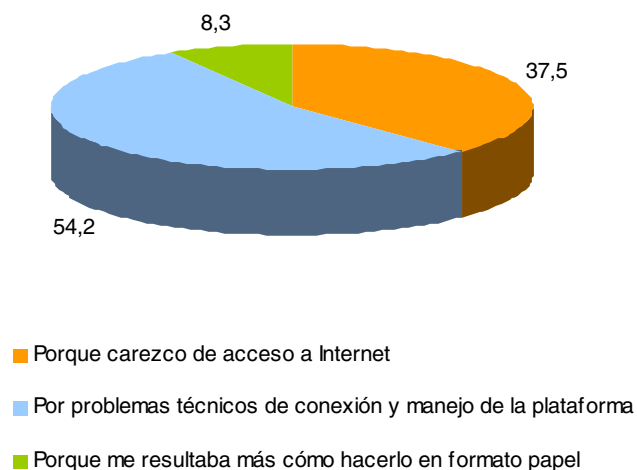
Las valoraciones generales a la aplicación informática, se ven influidas por las posibles dificultades que pudieron encontrar los profesionales a la hora de colaborar por este medio; Sin embargo, la puntuación más alta (8), corresponde a aquellos que tuvieron problemas para encontrar un ordenador con acceso a Internet. La puntuación media mas baja la dan aquellos que encontraron dificultad en el acceso a la dirección de la aplicación informática (7,1).

Grafico 8.7. Puntuaciones medias de la aplicación informática según los problemas encontrados a la hora de colaborar por este medio. Escala de 1 a 10



El 15,4% de los profesionales que colaboraron en esta investigación, optó por hacerlo a través de las fichas ODAT en papel, principalmente por problemas técnicos de conexión y manejo de la plataforma (54%). La falta de acceso a Internet ha sido una causa a la que alude el 37,5% de los profesionales.

Grafico 8.8. Motivos por los que no colaboraron a través de la aplicación informática



9

VALORACIÓN GENERAL Y OBSERVACIONES FINALES

Los resultados de esta investigación revelan el avance que supone la ODAT para la clasificación diagnóstica, sin embargo y puesto que siempre se puede mejorar, en este último capítulo se recogen aquellos aspectos que los profesionales consideran deben mantenerse, mejorarse o eliminarse.

Así mismo, conceden una valoración general al funcionamiento de esta Organización Diagnóstica para la Atención Temprana.

9.1. VALORACIÓN GLOBAL DE LA CALIDAD DE LA ODAT

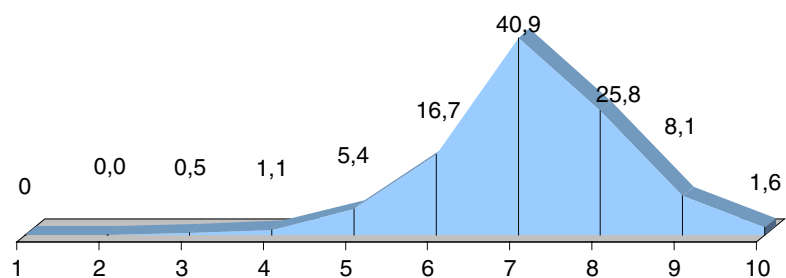
Las puntuaciones que los profesionales conceden al funcionamiento global de la ODAT, son en general muy positivas. El 67% califica la calidad de la ODAT con una puntuación de Notable, mientras sólo un 1,6% consideran que el funcionamiento de esta herramienta diagnóstica es deficiente.

En el gráfico de áreas, se observa como la mitad de los profesionales que han colaborado en esta investigación, concede puntuaciones cercanas al 7. Un 36% otorga además puntuaciones que oscilan entre el 8 y el 10.

Tabla 9.1: Proporciones de la Valoración general agrupada

	Total
Muy deficiente	0,0
Insuficiente	1,6
Suficiente	22,0
Notable	66,7
Sobresaliente	9,7
Total	100,0
Media	7,1

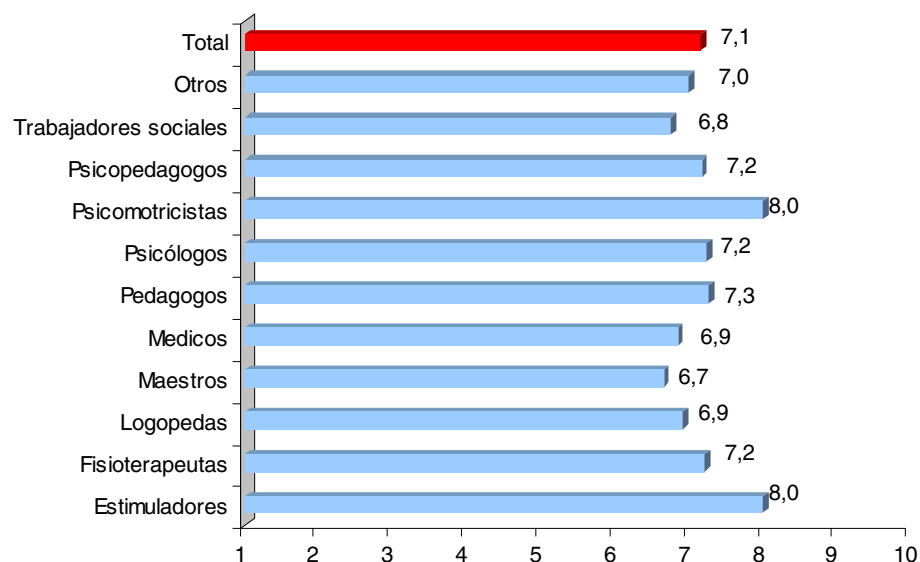
Gráfico 9.1. Valoración general



Entre los diferentes colectivos profesionales son los Psicomotricistas y Estimuladores, los que valoran de forma mas positiva la calidad global de la ODAT, otorgando una puntuación de 8.

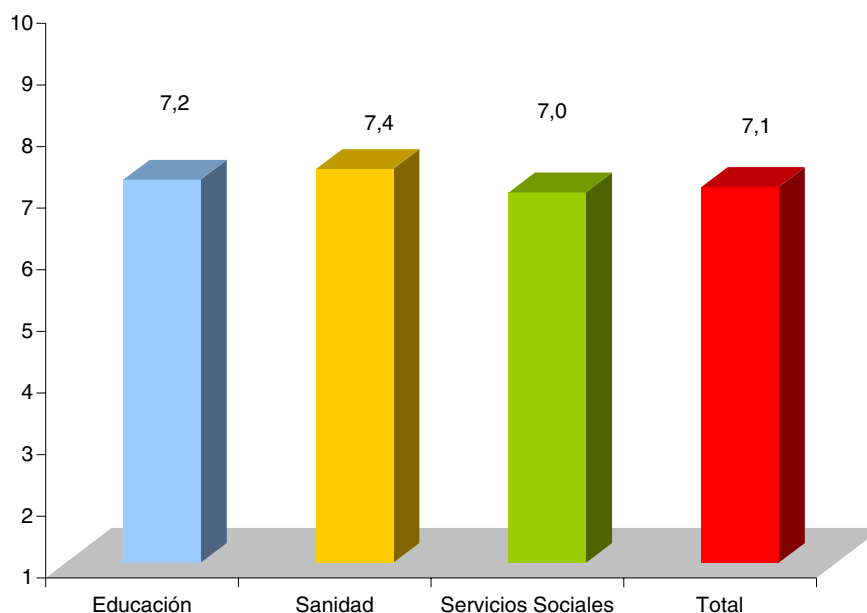
Aunque las puntuaciones son globalmente positivas, los profesionales pertenecientes a la rama de Maestros conceden en general puntuaciones de 6,7, situadas por debajo de la media. Y lo mismo ocurre con los Trabajadores Sociales, Médicos y Logopedas.

Gráfico 9.2. Valoración general de la ODAT según el colectivo profesional.



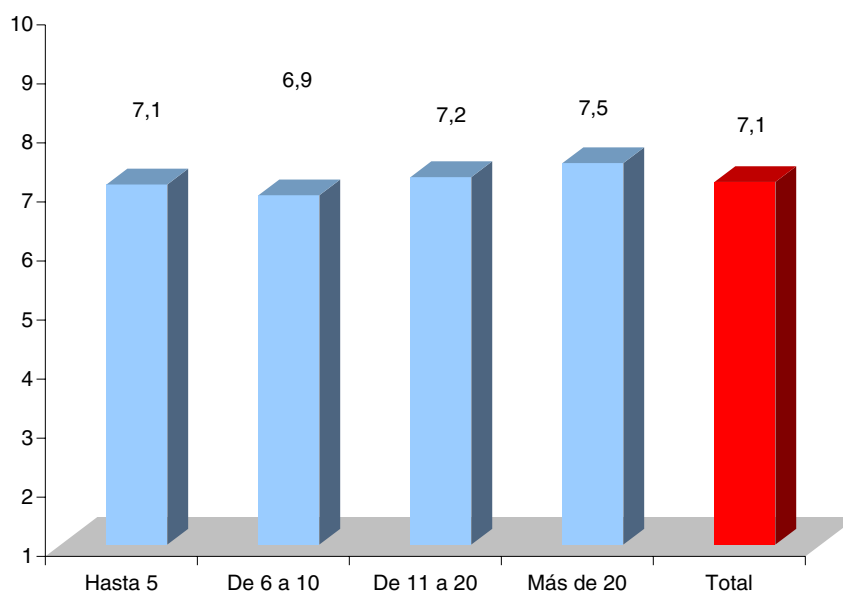
Aquellos profesionales que desarrollan su labor en el recurso de Atención Temprana que depende de la administración de Sanidad, son los que otorgan una puntuación media a la calidad de la ODAT mas elevada, 7,4. Por el contrario, la administración de Servicios Sociales es la que puntúa más bajo (7).

Grafico 9.3. Valoración general según la Administración a la que pertenece el recurso de AT.



Por último, y teniendo en cuenta los años que llevan trabajando en el área de AT, observamos como las puntuaciones tienden a ser mayores conforme aumenta la antigüedad de los profesionales. Así, aquellos que llevan desempeñando su labor mas de 20 años conceden la más alta puntuación, 7,5.

Grafico 9.4. Valoración general en función de los años trabajados.



9.2. ASPECTOS A MANTENER EN LA ODAT

Mediante una pregunta abierta, se dio la oportunidad a los profesionales de señalar posibles aspectos de la estructura general de la ODAT que, a su juicio, sería necesario mantener. En esta pregunta la suma de las respuestas supera el 100% ya que se dio la posibilidad a los profesionales de que aportaran hasta dos respuestas.

Han contestado a esta pregunta un 44% de los profesionales que han colaborado en esta investigación, recogiendo una media de 1,5 respuestas por persona.

Tabla 9.2 Proporción de aspectos que habrían de mantenerse en la ODAT.

	% de Casos
Estructura -Niveles y Ejes	33,0
Trastornos del desarrollo	17,6
Factores de riesgo	14,3
Unificar criterios diagnósticos	12,1
Categorías diagnósticas	12,1
Claridad y facilidad de uso	8,8
Factores biológicos de riesgo	8,8
Contar con profesionales para diseño/ perfeccionamiento	7,7
Información y documentación sobre la ODAT	6,6
Factores familiares	6,6
Aplicabilidad informática	5,5
Factores ambientales de riesgo	4,4
Recursos ON LINE	4,4
Factores psicosociales de riesgo	3,3
Recursos	3,3
Datos sociofamiliares	1,1
Otros	4,4
Total Respuesta Múltiple	153,8
Número de respuestas por persona	1,53

Las 8 cuestiones más citadas componen el 74,4% de todas las respuestas. Un 33% de los profesionales que han contestado cree que la estructura, los niveles y ejes de los que se compone la ODAT, es un aspecto que debería mantenerse, lo que supone un reconocimiento a la Estructura General de la ODAT. Los Trastornos de Desarrollo y los Factores de Riesgo, aglutinan también porcentajes destacables (18% y 14% respectivamente).

Los profesionales destacan también como aspectos a mantener las categorías y la unificación de criterios diagnósticos; ambos elementos suponen un 12% de los casos. Menos importantes resultan aspectos referidos a los Factores Psicosociales de Riesgo (3,3%), los Recursos (3,3%) y los Datos Sociofamiliares (1,1%).

9.3. ASPECTOS A ELIMINAR EN LA ODAT

Alrededor del 8% de los entrevistados han señalado algunos aspectos que sería necesario eliminar de la ODAT, con una media de 1,1 respuestas por persona.

Tabla 9.3. Proporción de casos de aspectos a eliminar de la ODAT.

	% Casos
Categoría diagnóstica: Estrés en el periodo neonatal	62,5
Patologías instauradas en los factores biológicos de riesgo	31,3
Eje VI: Entorno	6,3
Otros	12,5
Total Respuesta Múltiple	112,5
Número de respuestas por persona	1,12

En un 50% de los casos se cree que la Categoría diagnóstica “estrés en el periodo Neonatal”, es un aspecto que no resulta necesario en la estructura de la ODAT, mientras que el 30% opina que son las Patologías Instauradas en los factores biológicos de riesgo las que no habrían de aparecer.

9.4. ASPECTOS A MEJORAR EN LA ODAT

Se han recogido 1,3 respuestas por persona del 41% de los profesionales que han contestado a esta pregunta. Las cuatro cuestiones más señaladas suponen un 38% de los casos. Entre los aspectos que los profesionales consideran que se deberían mejorar, destacan fundamentalmente los cuadros de texto que permitan una clasificación más abierta (20%), y los datos sociofamiliares en los que se debería poder recoger más información (14%).

Con menores proporciones de respuesta encontramos la necesidad de mejorar el eje referido a los factores biológicos de riesgo (9,4%) y la de poder jerarquizar patologías y/o dificultades (8,2%).

Tabla 9.4. Proporción de aspectos a mejorar en la ODAT.

	% Casos
Cuadros de texto para clasificación más abierta	20,0
Añadir información a los datos sociofamiliares	14,1
Mejorar el Eje I: Factores biológicos de riesgo	9,4
Graduar/jerarquizar patologías o dificultades	8,2
Multirespuesta en diagnóstico principal	7,1
Acceso/agilidad/facilidad en aplicación informática	7,1
Mejorar el Eje V: Familia	7,1
Abreviar elementos diagnósticos de familia	7,1
Añadir retraso madurativo en trastornos del desarrollo	5,9
Incluir criterios diagnósticos ajustados al rango 0-3 y 4-6	5,9
Incluir Tratamiento Según patologías o dificultades	4,7
Multirespuesta en motivo de derivación	4,7
Mejorar el Eje II: Factores familiares de riesgo	2,4
Rediseñar para niños de altas capacidades	1,2
Ejemplos prácticos en casos resueltos	1,2
Mejorar la ficha de anamnesia	1,2
Añadir nuevo eje: Factores de riesgo biopatológicos	2,4
Otros	25,9
Total Respuesta Múltiple	135,3
Número de respuestas por persona	1,35

10

CONCLUSIONES

Con los capítulos anteriores se han puesto de manifiesto los resultados alcanzados durante el proceso investigador. En este capítulo se ofrece la posibilidad de tener una visión panorámica y sistematizada, de los principales resultados expuestos a lo largo de este informe. De esta manera se proporcionan argumentos necesarios para evaluar la ODAT. Las conclusiones más destacables se muestran a continuación.

CONOCIMIENTO DE LA ODAT

- ✚ En general la ODAT era poco conocida antes de la elaboración de este estudio de validación. A este respecto, el 17% de los profesionales conocían “bien” esta Organización Diagnóstica para la Atención Temprana, el 38% la conocían pero “poco” y el 44% desconocía la existencia de este instrumento.
- ✚ La participación de los profesionales de la Atención Temprana en la presentación de la ODAT ha sido moderada. Mientras que el 53% acudió a estas sesiones informativas, el 47% restante reconoce no haber asistido a estas charlas.
- ✚ La impresión inicial de la ODAT ha sido positiva. Mientras que el 86% de los profesionales admite que “la ODAT es un avance, ya que responde a la necesidad de unificar criterios”, el 14% restante considera que “la ODAT no es un avance, ya que es otra forma más de clasificación diagnóstica”.

ESTRUCTURA DE LA ODAT

- ✚ Los profesionales de la Atención Temprana consideran apropiada la estructura de la ODAT. Frente al 7% que califica la estructura de la ODAT como inapropiada, hay un 93% que la considera apropiada.
- ✚ En coherencia, casi la totalidad de los profesionales indican que no se deberían añadir más niveles ni ejes a la ODAT. De una parte, el 94% considera que no se debería incrementar el número de niveles, de otra parte un 88% para los ejes.

CATEGORÍAS DIAGNÓSTICAS

EJE I: FACTORES BIOLÓGICOS DEL RIESGO

- ✚ Prácticamente la totalidad de los profesionales de la Atención Temprana consideran pertinentes cada una de las categorías diagnósticas del eje “factores biológicos de riesgo”. Así mismo, cada una de estas categorías ha sido valorada positivamente, con una media general de 3,8 sobre escala de 1 (muy mal) a 5 (muy bien). Es decir, muy cercano al valor 4 o “bien construida”
- ✚ En consecuencia, la mayoría de los profesionales no incluirían ninguna categoría diagnóstica más al eje de “factores biológicos de riesgo”. Así, 9 de cada 10 considera que no se deben incluir más categorías.

EJE II: FACTORES FAMILIARES DEL RIESGO

- ✚ Casi todos los profesionales consideran pertinentes cada una de las categorías diagnósticas del eje “factores familiares de riesgo”. A este respecto, indicamos que ha sido la categoría “características de los padres” la que menor proporción de profesionales la considera pertinente con un 96%.
- ✚ La construcción de las categorías diagnósticas de los factores familiares del riesgo han sido bien valoradas. Sobre una escala de 1 (muy mal) a 5 (muy bien), se ha obtenido una media global de 3,6, es decir, cercana al ítem 4 o bien construida.
- ✚ De esta manera, gran parte de los profesionales de la Atención Temprana consideran que no se debería añadir otra u otras categorías diagnósticas al eje “factores familiares de riesgo”. Concretamente el 88% de este colectivo así lo ha afirmado, es decir, 9 de cada 10.

EJE III: FACTORES AMBIENTALES DEL RIESGO

- ✚ El eje de “factores ambientales del riesgo” se ha calificado como pertinente. En cada una de las categorías diagnósticas se ha alcanzado un porcentaje de aceptación del 96% o 97%.
- ✚ Asimismo, la construcción de las categorías correspondiente a los factores ambientales del riesgo se ha valorado como “buena”. Sobre escala de 1 a 5 se ha obtenido una media general para las tres categorías de 3,6 puntos, es decir, entre la respuesta “normal” (3) y “bien” (4).
- ✚ En consecuencia, los profesionales afirman que no es necesario incluir más categorías diagnósticas en este eje de factores ambientales. O por lo menos así lo ha considerado el 91% de este colectivo.

EJE IV: TRASTORNOS DEL DESARROLLO

- ✚ Las categorías diagnósticas del eje “trastornos del desarrollo” ha sido catalogada como pertinente. En todas las categorías se ha alcanzado un porcentaje de aceptación de en torno al 99%.
- ✚ De esta manera, la construcción de dichas categorías diagnósticas han sido bien valorada. Sobre escala de 1 a 5 se ha obtenido una media general de 3,8 puntos, o muy cercana a la categoría 4, es decir “bien construidas”.
- ✚ Es por ello que la mayoría de los profesionales de la Atención Temprana consideran que no se deben incluir más categorías diagnósticas al eje “trastornos del desarrollo”. O por lo menos así lo ha afirmado el 90% de este colectivo.

EJE V: FAMILIA

- ✚ Al igual que en los ejes anteriores, una proporción muy elevada de profesionales considera pertinentes las categorías diagnósticas de este eje denominado familia. Concretamente, el 98% para “tipo de relación familia – niño”, y 93% para “trastornos de la interacción”.
- ✚ De igual modo, la construcción de estas categorías se ha calificado como “bien construidas”. A través de una escala de 1 (muy mal) a 5 (muy bien) se ha obtenido una media general de las categorías de este eje de 3,6, es decir entre la respuesta “normal” (3) y “bien” (4).
- ✚ Es por ello que la mayoría de los profesionales afirman que es necesario incluir más categorías diagnósticas al eje de familia. Concretamente el 93% de este colectivo así lo sostiene.

EJE VI: ENTORNO

- ✚ Los profesionales de la Atención Temprana consideran pertinente la categoría diagnóstica mostrada en este eje (entorno). El 98% de este colectivo así lo ha expresado.
- ✚ De esta manera, se la valorado esta categoría diagnóstica como “bien construida”. En una escala de 1 a 5, donde 1 es “muy mal construida” y 5 es “muy bien construida”, se ha obtenido una media de 3,7, dato cercano a la categoría 4 denominada “bien construida”.
- ✚ Así, una gran proporción de profesionales opina que no se debería incluir más categorías a este eje de “entorno”. Concretamente, el 94% de estas personas así lo han considerado.

OBJETIVOS Y UTILIDAD DE LA ODAT

Los profesionales de la Atención Temprana han valorado la importancia de los objetivos que debe cumplir la ODAT. Esta valoración se ha realizado a través de una escala de 1 a 4, donde 1 es nada importante, 2 es poco, 3 es bastante y 4 es muy importante. De esta manera, el colectivo encuestado ha valorado estos objetivos obteniendo una media general de en torno al 3 (bastante importante). Para cada uno de los objetivos se han obtenido las siguientes valoraciones medias:

✓ Clasificar factores de riesgo y trastornos del desarrollo:	3,6
✓ Organizar las observaciones clínicas:	3,4
✓ Establecer un lenguaje común entre los profesionales:	3,7
✓ Aglutinar en misma clasificación todos aspectos de AT:	3,6
✓ Estudios epidemiológicos, estableciendo prevalencias:	3,2
✓ Facilitar la toma de medidas preventivas:	3,6
✓ Contrastar formas de actuación:	3,4
✓ Diseñar investigaciones:	3,3

Una importante proporción de profesionales de la Atención Temprana opina que la ODAT es una herramienta útil para la consecución de estos objetivos. El 70% de este colectivo, 7 de cada 10, afirma que la ODAT es bastante o muy útil. O dicho de otro modo, sobre una escala de 1 a 5 donde 1 es nada útil y 5 es muy útil, se ha obtenido una media global de 3,9, es decir, bastante útil.

Aunque en menor proporción, los profesionales consideran a la ODAT como un instrumento útil para el desarrollo de su trabajo diario. O por lo menos el 45% de este colectivo cree que es bastante o muy útil, que sumado al 44% que opina que tiene alguna utilidad, se obtiene un 89% que consideran a la ODAT como útil para su trabajo. O dicho de otra manera, se ha obtenido una valoración media de 3,4 sobre escala de 1 a 5, es decir, sobrepasa un poco la categoría 3 “alguna utilidad”.

LA DOCUMENTACIÓN ODAT

- ✚ Una gran proporción de profesionales de la Atención Temprana no ha consultado ni “el libro” ni “el manual de Instrucciones” de la ODAT. Concretamente, el 61% de este colectivo no ha consultado el libro, y el 58% el manual. O dicho de otro modo, un 39% de profesionales ha consultado el libro, así como un 42% el manual.
- ✚ Junto a ello, los profesionales que consultaron el libro lo han considerado con enunciados claros, diseño atractivo, y cuyo contenido permite comprender la ODAT con una redacción clara y sencilla. Para cada una de estas cuestiones se ha obtenido una valoración media sobre escala de 1 a 3 de en torno al 2,5, o cercana a la postura de “sí, estoy de acuerdo”.
- ✚ Por otra parte, han valorado el manual de Instrucciones como ajustado a lo necesario para recoger los datos, es útil para resolver dudas, la redacción es clara y sencilla, así como que es un buen medio de consulta y apoyo. Sobre escala de 1 a 3, se han obtenido valores medios alrededor del 2,5.

LA COLABORACIÓN EN LA INVESTIGACIÓN

- ✚ La principal vía de colaboración que han utilizado los profesionales de la Atención Temprana ha sido la aplicación informática. Mientras que el 85% de ellos la utilizaron, el 15% restante cumplimentó las fichas en papel.
- ✚ Hay que mencionar además una colaboración positiva de los profesionales, desde el punto de vista de sus propias percepciones. Es una escala de 1 a 10, donde 1 es una valoración muy negativa y 10 es muy positiva, se ha obtenido una media de 7,2 puntos.
- ✚ Mayoritariamente, los profesionales de la Atención Temprana no han utilizando el servicio de apoyo ODAT. Frente al 64% que así lo reconocen, existe un 37% que afirma haber utilizado este servicio de apoyo.
- ✚ Entre los motivos argumentados por los profesionales que no utilizaron este servicio de apoyo, destacamos la ausencia de dudas y la total comprensión de la ODAT. Así lo ha argumentado el 69% de este colectivo, que junto al 20% que desconocía de su existencia, aportan las dos razones principales.

- ✚ El cuanto al contacto del servicio de apoyo, se destaca una iniciativa de los propios profesionales. Mientras que el 81% que utilizaron este servicio reconoce que lo hizo a iniciativa propia, para 19% restante fue el propio servicio quien contactó con ellos.
- ✚ En general, los servicios de apoyo ODAT han sido calificados como buenos. En una escala de 1 a 5, donde 1 es una valoración muy mala y 5 es muy buena, se han obtenido valores medios de en torno a 4 y 4,5 puntos (buena o muy buena) en la rapidez, utilidad, resolución de dudas, atención/trato y disponibilidad.
- ✚ En consecuencia, la calificación final del servicio de apoyo ODAT ha sido de notable. Sobre escala de 1 a 10, se ha obtenido una nota media de 8,0 puntos.

LA APLICACIÓN INFORMÁTICA

- ✚ En cuanto a la aplicación informática, más de la mitad de los profesionales han reconocido la ausencia de problemas a la hora de su utilización. Concretamente, el 58% de los empleados de la Atención Temprana que utilizaron esta aplicación así lo han expresado. Por su parte, un 31% han tenido problemas para acceder a la dirección Web, un 7% por la lentitud del sistema, y un 3% ha tenido dificultades para disponer de un ordenador con conexión a Internet.
- ✚ No obstante, la aplicación informática ha sido valorada como buena. En una escala de 1 (muy mala) a 5 (muy buena), se ha obtenido una puntuación media de 3,5 para “presentación atractiva” y “rapidez en la accesibilidad”; 3,7 para “fácil navegación”, “manejo intuitivo” y “la ayuda para su uso”; y 3,8 para el apartado de “cumplimentación de datos”. Es por ello que la usabilidad de la aplicación ha sido calificada con un 7,4 sobre escala de 1 a 10, con una valoración global igualmente de 7,4 puntos.
- ✚ Por su parte, los profesionales que no han utilizado la aplicación informática argumenta que carecen de acceso a Internet, así como problemas técnicos de conexión y manejo de la plataforma. O por lo menos así lo han esgrimido el 38% y el 54% respectivamente, de los profesionales que no utilizaron la aplicación informática.

VALORACIÓN GENERAL Y OBSERVACIONES FINALES

- ✚ Las puntuaciones que los profesionales conceden al funcionamiento global de la ODAT, son en general muy positivas. El 67% la califica con un notable, o dicho de otra manera, en una escala de 1 a 10 se ha obtenido una puntuación media de 7,1.
- ✚ Entre los aspectos a mantener se destaca la estructura en cuanto a niveles y ejes. A través de una pregunta abierta, donde podían expresar cualquier cuestión a mantener, 1 de cada 3 profesionales así lo ha contestado.
- ✚ En cuanto a los aspectos a eliminar, se ha detectado la categoría diagnóstica “estrés en el periodo neonatal” con un 63% de los casos, y “patologías instauradas en los factores biológicos del riesgo” con un 31%.
- ✚ Entre los aspectos a mejorar, se destaca “añadir información de los datos sociofamiliares”. Así lo ha afirmado un 14% de los profesionales de la Atención Temprana.

11

**ANEXO I:
POBLACIÓN
ATENDIDA POR LA
ODAT**

A lo largo de este capítulo se va a presentar la información aportada por los profesionales que rellenaron la ficha individual facilitada por la Organización Diagnóstica para la Atención Temprana, en relación a los menores atendidos en estos centros. Esta información está referida tanto a datos del propio menor, como a datos sociolaborales del padre y la madre. Por último, también se aportará información sobre el proceso diagnóstico llevado a cabo antes y después de la derivación del menor a los profesionales de la Atención Temprana.

De manera más concreta las variables observadas en el presente capítulo son:

- √ Edad del menor atendido.
- √ Número de hermanos.
- √ Lugar ocupado del menor respecto a los hermanos.
- √ En caso de parto múltiple, posición de nacimiento del menor.
- √ Edad de los padres.
- √ Estado civil de los padres.
- √ Nivel de estudios de los padres.
- √ Situación laboral de los padres.
- √ Ocupación laboral de los padres.
- √ Motivo de consulta expresado por los padres del menor atendido.
- √ Motivos de derivación a la Atención Temprana del menor atendido.
- √ Fuente de derivación a la Atención Temprana del menor atendido.
- √ Profesionales que intervienen en el diagnóstico del menor atendido.
- √ Coordinación de los distintos servicios que participan en el diagnóstico del menor atendido.
- √ Distribución de los diagnósticos principales de los menores atendidos.

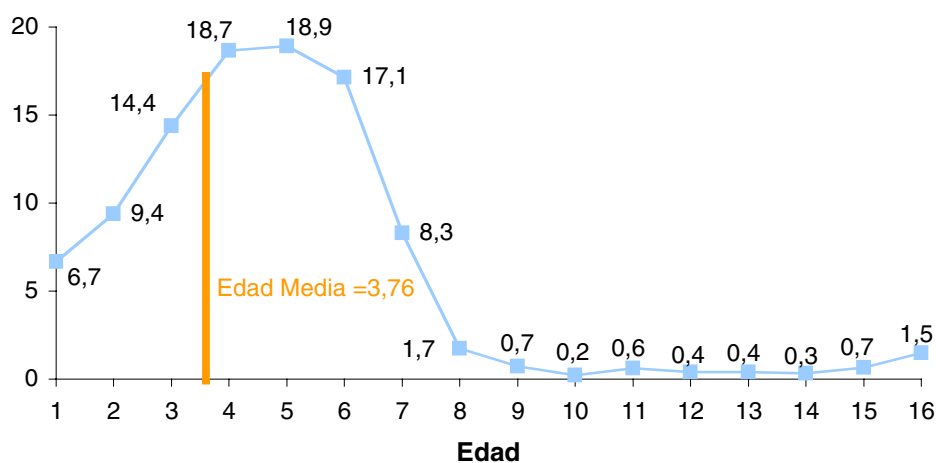
Por último y antes de entrar en materia, hacer alusión a la estructura más general del capítulo, el cual se ha dividido en tres partes diferenciadas. En una primera parte se comentarán los datos socio familiares y personales del menor atendido, en la que se incluyen variables como las edades del menor y de sus padres, el número de hermanos, o datos más específicos sobre la situación personal del padre y la madre. En la segunda parte comentaremos el proceso diagnóstico a partir de los resultados obtenidos de las variables relacionadas con los motivos de consulta y derivación, así como de los profesionales que han participado en el diagnóstico de los menores. En la tercera y última parte, expondremos y comentaremos los diagnósticos llevados a cabo por los profesionales de los centros de Atención Temprana que han colaborado en la investigación.

12.1. DATOS SOCIOFAMILIARES Y PERSONALES DEL MENOR ATENDIDO

En este primer apartado, las variables comentadas serán las referidas a los datos personales y entorno del menor. Dichas variables serán tratadas de manera individual, es decir, no serán puestas en relación entre ellas o con otro tipo de variables.

Respecto a la edad de los menores atendidos en los centros, se observa cómo los mayores porcentajes se dan en los 4 y 5 años (19% en ambos casos), siendo la media de edad de 3,76 años.

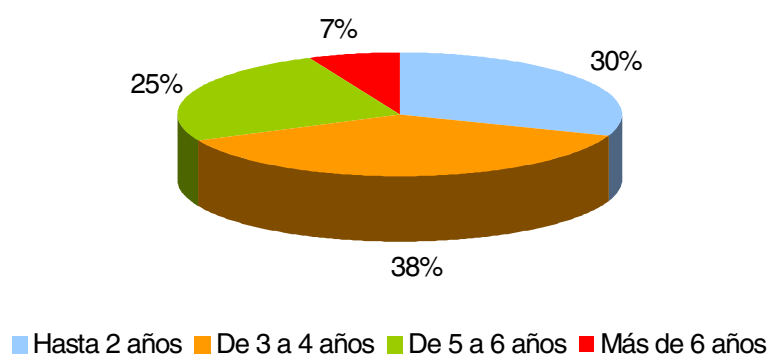
Gráfico 12.1.: Distribución porcentual de los niños atendidos según edad año a año



Antes de continuar comentando los datos sobre las edades de los menores se debe hacer una aclaración. Aunque en la Atención Temprana los márgenes de edad se encuentran entre los 0 y los 6 años, algunas de las fichas cumplimentadas por los profesionales pertenecían a menores entre 7 y 16 años, puesto que en ciertas circunstancias son atendidos por los profesionales de estos centros. Pese a esto, en el gráfico que explica los datos sobre las edades recodificadas se puede observar cómo la población de menores con edades superiores a los 6 años sólo representa un 7% del total.

En el siguiente gráfico se ve como 7 de cada 10 menores atendidos tienen edades entre los 0 y los 4 años, y entre los 5 y los 6 años se encuentra una cuarta parte de la población diagnosticada por los profesionales.

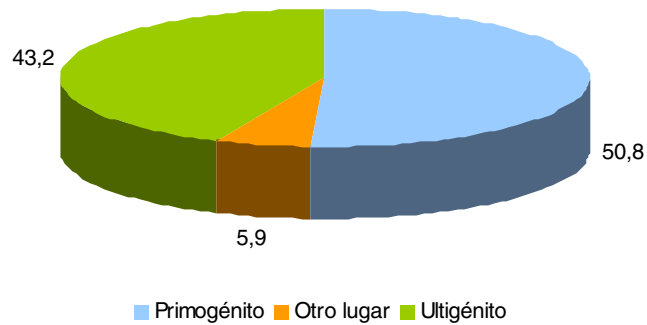
Gráfico 12.2.: Distribución porcentual de los niños atendidos según grupos de edad



El 75% de los menores atendidos tienen uno o ningún hermano, siendo la media de hermanos (incluido el menor) de 1,7. Es por ello que podemos estimar que la mayor parte de las familias que acudieron a los centros de Atención Temprana tienen uno o dos hijos. Entre los menores atendidos, más de la mitad son primogénitos, es decir, que son los de mayor edad entre sus hermanos. Aunque también hay que destacar cómo el 40% del total de menores atendidos ocupan el último lugar respecto de sus hermanos.

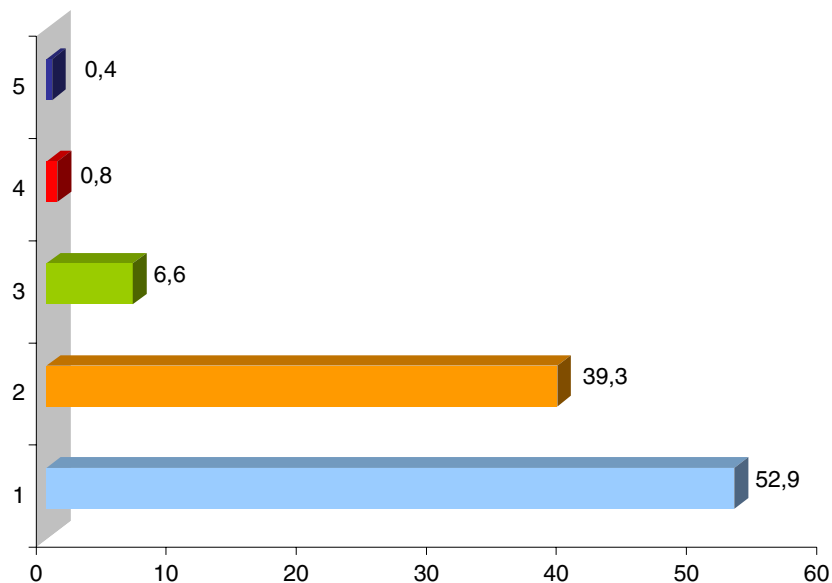
Si tenemos en cuenta que la mayoría de las familias tienen entre 1 y 2 hijos, entonces tiene significado el dato que hace referencia a que apenas un 6% de los menores ocupan posiciones intermedias respecto a sus hermanos.

Gráfico 12.3.: Porcentaje del lugar ocupado de los menores atendidos, en relación a sus hermanos



De los menores atendidos, el 13% han nacido a partir de un parto múltiple. El 53% de ellos han nacido en primer lugar y el 40% en segundo lugar. De estos datos se puede concluir que más del 90% de los menores atendidos en los centros de Atención Temprana y que han “sufrido” un parto múltiple, han ocupado el primer o segundo lugar de nacimiento.

Gráfico 12.4.: Porcentaje de la posición de los menores atendidos en el parto (en caso de parto múltiple)



Pasando ahora a examinar los datos referidos a los padres del menor, se observa cómo la mayoría tienen edades comprendidas entre los 30 y los 44 años, aunque la media de edad de los padres es ligeramente superior a la de las madres (38,3 y 35,6 respectivamente). El 60% de los padres tienen entre 35 y 44 años, mientras que el mismo porcentaje de las madres tienen entre 30 y 39 años.

Tabla 12.1. Distribución edades de los padres del menor atendido

	Padre	Madre
Menor de 25	1,6	3,7
De 25 a 29	6,4	11,1
De 30 a 34	18,6	25,0
De 35 a 39	32,8	35,4
De 40 a 44	24,0	18,6
De 45 a 49	12,3	5,4
50 y más	4,3	0,7
Total	100,0	100,0
Edad Media	38,3	35,6

Casi el 90% de los padres y madres de los menores están casados, mientras que sólo 1 de cada 10 están solteros, separados, divorciados o cualquier otro estado civil, tal y como puede verse en la tabla siguiente.

Tabla 12.2. Distribución estado civil de los padres del menor atendido

	Padre	Madre
Soltero	2,0	4,0
Casado	89,0	86,0
Viviendo en pareja	4,5	5,0
Separado	2,7	2,7
Divorciado	1,5	1,4
Viudo	0,4	0,9
Total	100,0	100,0

En cuanto al nivel estudios de los padres, destacamos a la vista de la tabla siguiente, una proporción elevada en los niveles de educación primaria y EGB. De un lado, el 22% de los padres tienen educación primaria completa, así como el 21% la EGB. De otro lado, para las madres estos porcentajes son del 19% y 18% respectivamente.

Tabla 12.3.: Distribución nivel de estudios de los padres del menor atendido

	Padre	Madre
Analfabeto	0,3	0,3
Sin estudios	4,3	6,1
Educación Primaria	21,5	19,1
EGB (hasta 8º EGB incluido)	20,5	17,8
Educación Secundaria Obligatoria finalizada	4,9	5,1
Hasta FP 1 finalizado	4,2	7,0
Hasta 3º BUP incluido	0,9	0,9
Hasta FP 2 finalizado	8,1	6,3
Bachillerato finalizado	5,4	3,4
Hasta COU incluido	3,8	4,7
Universitarios medios	8,6	15,3
Universitarios superiores	17,7	13,9
Total	100,0	100,0

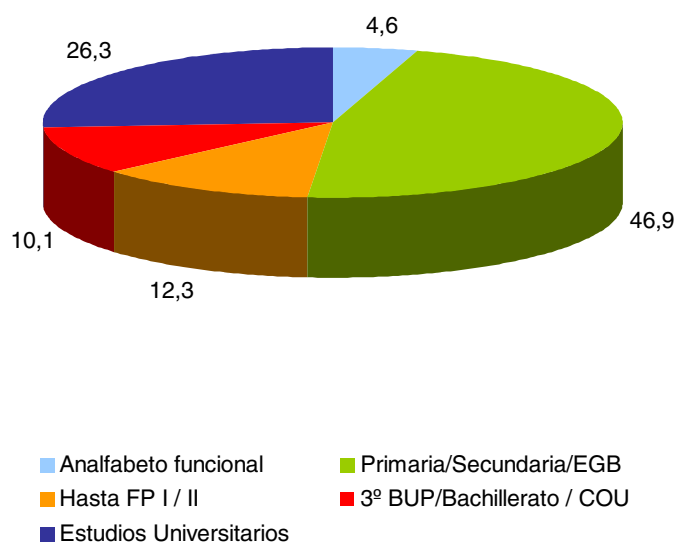
No obstante, en el siguiente gráfico ofrecemos la distribución porcentual de madres y padres según la agrupación de las distintas categorías que componen los niveles de estudios:

- √ Analfabetos funcionales son los analfabetos y sin estudios,
- √ Formación Profesional de grado medio o superior
- √ Primaria, secundaria o la EGB;
- √ Hasta 3º de BUP, Bachillerato o COU
- √ Estudios universitarios.

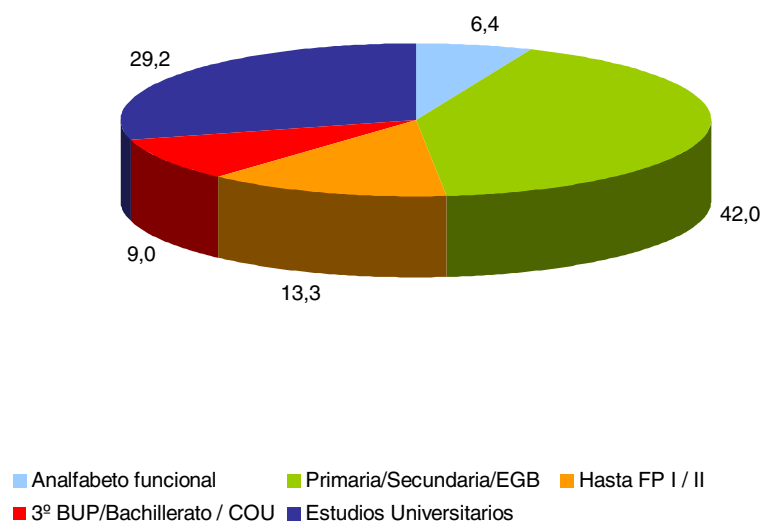
A partir de esta nueva clasificación, los datos obtenidos son que la mayoría de los padres tienen un nivel de estudios de primaria, secundaria o EGB (47% de los padres y 42 % de las madres). Por lo general, los analfabetos funcionales no superan el 7% en ningún caso, aunque se puede destacar el hecho de que el 6,6% de las madres lo son, frente al 4,6% de los padres. En sentido contrario, el 29% de las madres tienen estudios universitarios (ya sean de nivel medio o superior), frente al 26% de los padres.

Gráfico 12.5.: Nivel de estudios de los padres del menor atendido

- Nivel de estudios padre



- Nivel de estudios madre



A partir de los datos obtenidos sobre la situación de los padres del menor, se observa una diferencia significativa entre los porcentajes de padres y madres

trabajadoras, ya que más del 90% de los padres se encuentra trabajando, mientras que sólo la mitad de las madres están en esa situación. El 40% de las madres de estos menores tienen como ocupación las tareas del hogar. Tanto en los padres como en las madres, los porcentajes de parados buscando empleo son muy bajos, entre el 4% y el 5% del total.

Tabla 12.4: Distribución situación laboral de los padres del menor atendido

	Padre	Madre
Trabajando	92,0	49,3
Parado-buscando empleo	4,2	5,2
Pensionista	1,8	0,3
Estudiando	0,1	0,5
Ocupándose de las tareas del hogar	0,0	41,1
Otras situaciones	1,9	3,7
Total	100,0	100,0

La principal ocupación de los padres se da en los trabajos manuales (46%), frente al 20% de las madres que se ocupan en trabajos de este tipo. Las madres realizan trabajos cualificados o relacionados con la administración en más de un 50% de los casos, mientras que la presencia de los padres en dichas ocupaciones se da en apenas un 30%. En los trabajos no cualificados también destacan las madres con un 27%, frente a un 21% de los padres.

Tabla 12.5.: Porcentaje ocupación laboral de los padres del menor atendido

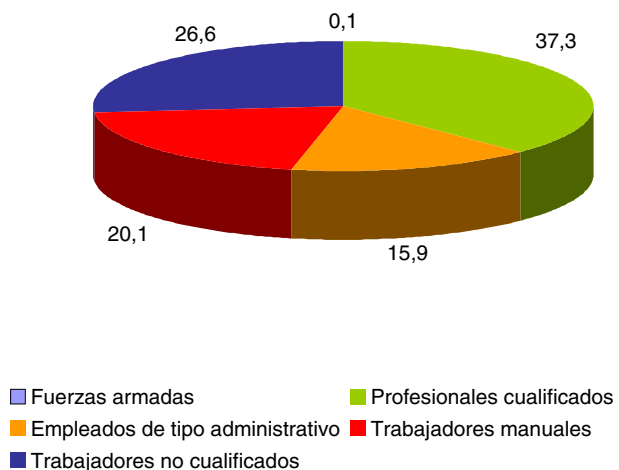
	Padre	Madre
Fuerzas armadas	2,1	0,1
Dirección empresas y adm. públicas	6,2	6,7
Téc. y prof. científicos e intelectuales	12,0	18,8
Téc. y prof. de apoyo	6,2	11,8
Empleados de tipo administrativo	7,0	15,9
Trab. de restauración, personales, protección y comercio	16,2	16,5
Trab. cuali. en agricultura y pesca	3,2	0,6
Artesanos y trab. cuali. de manuf, construcción, y minería	16,4	1,9
Operadores de instalaciones y maquinaria, y montadores	10,1	1,0
Trabajadores no cualificados	20,6	26,6
Total	100,0	100,0

Gráfico 12.6.: Ocupación laboral de los padres del menor atendido

- Ocupación padre:



- Ocupación madre:



12.2. PROCESO DIAGNÓSTICO EN EL CENTRO DE AT

En este segundo apartado se desarrollan los datos obtenidos a partir de variables relacionadas con el proceso diagnóstico que ha seguido el niño, desde el motivo de consulta expresado por los padres en un primer momento, pasando por los motivos y fuentes de derivación al centro de Atención Temprana, hasta la información relacionada con los distintos profesionales que han participado en dicho diagnóstico.

Los distintos ítems relacionados con el motivo de consulta expresado por los padres del menor son presentados íntegramente en la tabla 12.6, aunque posteriormente serán comentados tras haberlos agrupado. Se han unido en el mismo ítem, “Trastornos del desarrollo”, diferentes trastornos: en el desarrollo motor, visuales, auditivos, psicomotores, del desarrollo cognitivo, en el desarrollo del lenguaje, en la expresión somática, emocionales, de la regulación y comportamiento, de la relación y la comunicación, y otros trastornos del desarrollo.

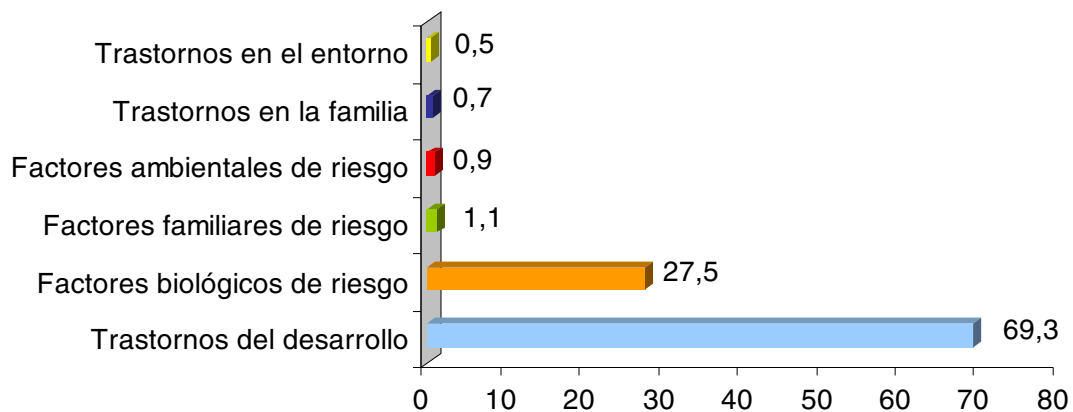
Tabla 12.6.: Motivo de consulta expresado por los padres del menor atendido

	%
Factores biológicos de riesgo	27,5
Factores familiares de riesgo	1,1
Factores ambientales de riesgo	0,9
Trastornos en el desarrollo general	17,6
Trastornos en el desarrollo motor	10,7
Trastornos visuales	0,5
Trastornos auditivos	4,6
Trastornos psicomotores	6,3
Trastornos del desarrollo cognitivo	3,0
Trastornos en el desarrollo del lenguaje	14,8
Trastornos en la expresión somática	0,6
Trastornos emocionales	2,2
Trastornos de la regulación y comportamiento	2,3
Trastornos de la relación y la comunicación	3,8
Otros trastornos del desarrollo	2,7
Trastornos en el entorno	0,5
Trastornos en la familia	0,7
Total	100,0

El 69% de los motivos de consulta se debieron a trastornos del desarrollo, seguido de un 28% cuyo motivo estaba relacionado con los Factores biológicos de riesgo. Sólo el 3% acudió a la consulta por otro tipo de motivos (familiares, ambientales o del entorno).

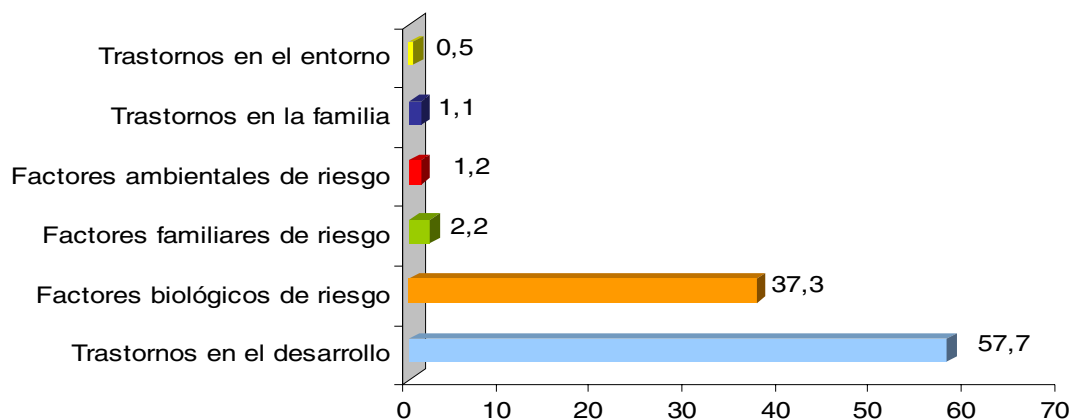
Han sido bastantes los profesionales de AT que han observado la necesidad de que se pueda anotar más de una respuesta a esta cuestión ya que en muchas ocasiones los padres expresan más de un motivo de consulta.

Gráfico 12.7.: Porcentaje motivo consulta expresada por los padres del menor atendido



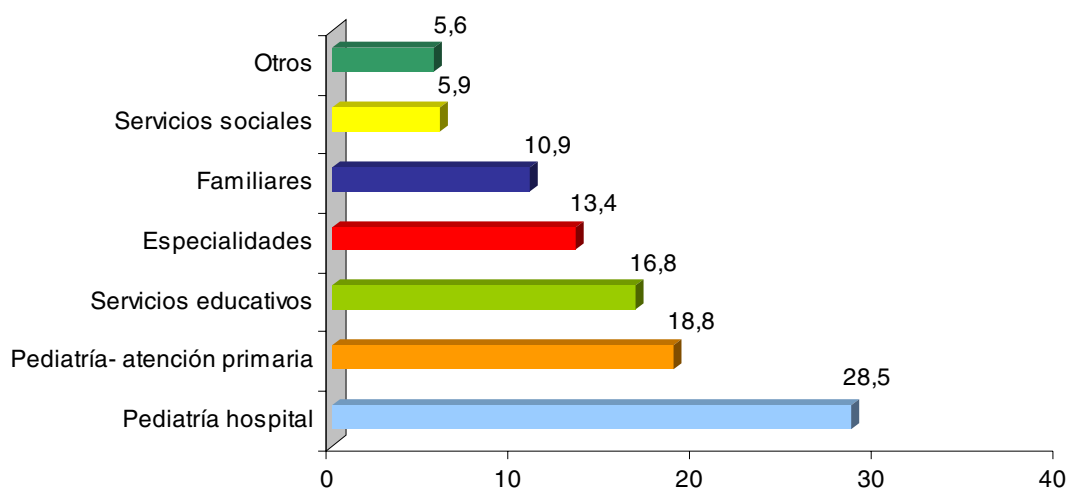
De igual manera, el motivo principal por el que los menores fueron derivados a la Atención Temprana tras la primera consulta fue debido a los trastornos del desarrollo (58%), seguido igualmente de un 37% que lo hizo por Factores biológicos de riesgo.

Gráfico 12.8.: Porcentaje motivos de derivación a la Atención Temprana del menor atendido



Respecto a las fuentes mediante las cuales los menores fueron derivados a los centros de la Atención Temprana, destaca la pediatría de los hospitales con un casi un 30% de las derivaciones, seguido de un 19% a través de los distintos especialistas que diagnosticaron al menor en un primer momento. Las derivaciones de los servicios educativos y sociales representan un 17% y un 6% respectivamente, mientras que las derivaciones mediadas por los familiares sólo se dieron en un 11% de los casos.

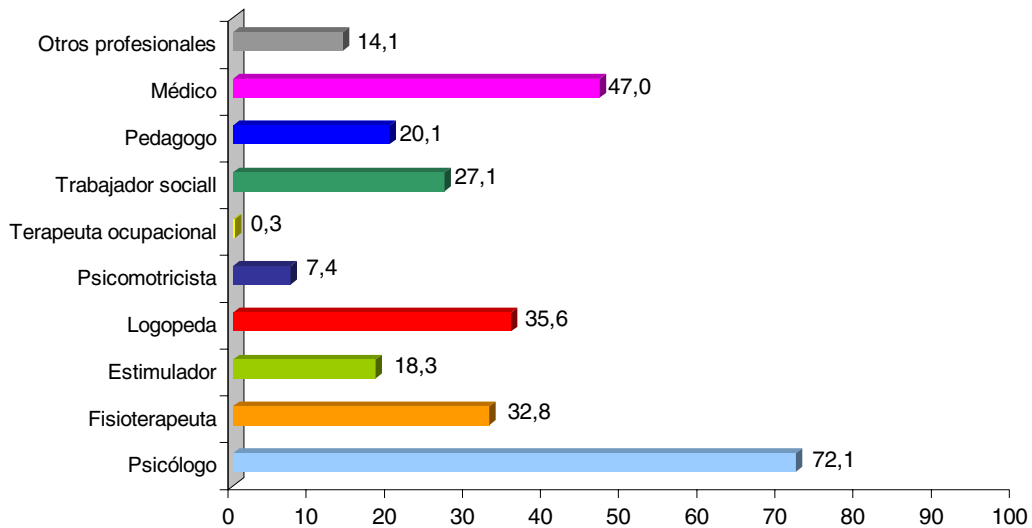
Gráfico 12.9.: Fuente de derivación a la Atención Temprana del menor atendido



En el diagnóstico de los menores suelen participar equipos de profesionales compuestos por 3 profesionales. Los resultados obtenidos nos informan de que la media de profesionales que intervienen en el diagnóstico de cada menor atendido es de 2,7, es decir, que entre 2 y 3 profesionales diagnostican las posibles causas de la enfermedad de los menores atendidos en los distintos centros de Atención Temprana.

En el siguiente gráfico se presenta el porcentaje de profesionales que han intervenido en el proceso diagnóstico.

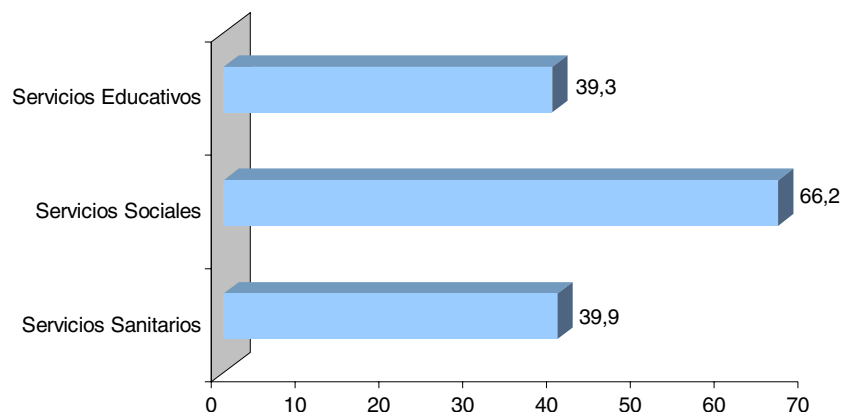
Gráfico 12.10.: Porcentaje profesionales que intervienen en el diagnóstico del menor atendido.



En el 72% de los casos un psicólogo ha participado en el diagnóstico, en un 47% de los casos ha intervenido un médico y aproximadamente en el 35% de los casos han participado logopedas y fisioterapeutas.

En la realización de estos diagnósticos suele darse la coordinación de profesionales pertenecientes a los distintos servicios, educativos, sociales y sanitarios. La información extraída de las fichas ODAT nos permite conocer como ha existido coordinación con los Servicios Sociales en el 66% de los casos y coordinación con los Servicios Sanitarios y Educativos en el 40% de los casos respectivamente.

Gráfico 12.11. Proporción de casos en los que ha existido coordinación con otros servicios distintos



12.3. DIAGNÓSTICO PRINCIPAL

En este último capítulo se presenta una tabla con las frecuencias correspondientes a los diferentes diagnósticos que han llevado a cabo los diferentes profesionales de la Atención Temprana sobre los menores atendidos en estos centros.

En diagnóstico que más veces se ha dado en los menores ha sido el correspondiente a los “antecedentes familiares de los trastornos auditivos, visuales, neurológicos o psiquiátricos de posible recurrencia”, en un 13% de los casos registrados. Otros diagnósticos recurrentes han sido la “administración de agentes ototóxicos” (7%) y la “administración de drogas que pueden afectar al feto en el embarazo” (5,5%). El resto de los diagnósticos referidos a los menores atendidos no superan el 5% de los casos.

Tabla 12.7.: Distribución diagnósticos principales de los menores atendidos

	%
Antecedentes familiares de trastornos auditivos, visuales, neurológicos o psiquiátricos de posible recurrencia	13,0
Administración de agentes ototóxicos	7,4
Administración de drogas que pueden afectar al feto en el embarazo	5,5
Infecciones que pueden afectar al feto en el embarazo	4,7
Insuficiencia placentaria	3,5
Otros factores que pueden afectar al feto	3,0
Cromosopatías y síndromes dismórficos	2,9
Neurometabolopatías	2,7
Malformaciones del Sistema Nervioso Central	2,7
Hidrocefalia congénita	2,4
Patología craneal	2,3
Síndrome malformativo somático con riesgo de trastorno del desarrollo neuropsicosensorial	2,1
Recién nacido con peso P 10 para su edad gestacional	1,9
Recién nacido con peso 1500grs	1,9
Edad gestacional a las 32 semanas	1,8
Recién nacido con Apgar menor 3 al minuto o menor 7 a los cinco minutos	1,7
Recién nacido con ventilación mecánica durante más de 24 horas	1,5
Asfixia severa	1,5
Recién nacido con hiperbilirrubinemia que precise exanguino	1,4
Convulsiones neonatales	1,4
Sepsis, meningitis o encefalitis neonatal	1,3
Dísfunción neurológica persistente más de 7 días	1,1
Parálisis Cerebral Infantil Trastorno Motor Cerebral	1,1
Trastorno de Origen Espinal	1,1
Infecciones postnatales del Sistema Nervioso Central	1,0
Traumatismo craneoencefálico	0,9
Hidrocefalia adquirida	0,9
Daño cerebral observado por neuroimagen	0,9
Otitis media crónica o recidivante	0,9
Otros	0,8
Edad de los padres, inferior a 20 años o superior a 40	0,8
Padres drogodependientes	0,8
Padres con diagnóstico de enfermedad mental, trastornos sensoriales o deficiencia mental	0,8
Antecedentes de retiro de tutela, guardia o custodia de otro	0,7
Ruptura familiar y situaciones críticas	0,7
Ambientes familiares gravemente alterados	0,6
Antecedentes y situaciones de maltrato físico o psicológico	0,6

Tabla 12.7.: Distribución diagnósticos principales de los menores atendidos.

Continuación

	%
Familias excluidas socialmente	0,5
Familia monoparental	0,5
Participación en programas de reproducción asistida	0,5
Embarazos no aceptados, accidentales y traumatizantes (violación)	0,5
Embarazos múltiples	0,5
Diagnóstico perinatal de probable/posible discapacidad física o psíquica o mal-formación somática	0,5
Hospitalización	0,5
Diagnóstico postnatal de probable/posible discapacidad física	0,5
Depresión posparto materna	0,5
Niños con hospitalizaciones prolongadas y/o frecuentes	0,5
Institucionalización	0,5
Hospitalización prolongada	0,5
Institucionalización	0,4
Exposición frecuente a un exceso de estimulación perceptiva	0,4
Exposición frecuente a deficiente estimulación perceptiva	0,3
Dificultad del entorno para mantener rutinas de sueño	0,3
Entorno inseguro y con dificultades para que el niño se desarrolle	0,3
Exposición a relaciones inestables inadecuadas	0,3
Pérdida de referente importante para el niño	0,3
Condiciones de vida que facilitan el aislamiento social	0,3
Niños con ceguera congénita	0,3
Ceguera adquirida	0,3
Niños de baja visión	0,3
Defectos de refracción	0,3
Trastornos motores	0,3
Conductiva o de transmisión	0,3
Perceptiva o neurosensorial	0,3
Mixta	0,3
Hipoacusia leve	0,3
Hipoacusia moderada	0,3
Hipoacusia grave o severa	0,3
Hipoacusia profunda	0,2
Cofosis	0,2
Prelocutiva	0,2
Retraso psicomotor simple	0,2
Trastornos de la coordinación dinámica	0,2
Trastornos de la coordinación estática	0,2
Trastornos de la coordinación visomanual	0,2

Tabla 12.7.: Distribución diagnósticos principales de los menores atendidos.

Continuación

	%
Trastornos de la estructuración espacial	0,2
Trastornos de la organización temporal	0,2
Trastornos de la lateralidad	0,2
Retraso mental leve	0,2
Retraso mental moderado	0,2
Retraso mental grave	0,2
Retraso mental profundo	0,2
Retraso mental no especificado	0,2
Dislalia	0,2
Retraso simple del habla	0,2
Disglosia	0,2
Disartria	0,2
Disfemia	0,2
Retraso simple del lenguaje	0,2
Disfasia TEDL o TPDL	0,2
Encopresis	0,2
Trastornos de la alimentación	0,1
Trastornos del sueño	0,1
Trastornos afectivos	0,1
Trastorno por ansiedad en la infancia	0,1
Trastorno del estado de animo reacción al duelo	0,1
Depresión en la infancia	0,1
Trastorno mixto de la expresividad emocional	0,1
Trastorno reactivo al vínculo	0,1
Trastorno adaptativo	0,1
Trastornos de la regulación	0,1
Hipersensible_ Temeroso_cautos	0,1
Hipersensible_ Negativo, desafiante	0,1
Hiporeactivo	0,1
Desorganizado, motorimpulsivo	0,1
Otros	0,1
Trastornos del comportamiento	0,1
Trastornos por déficit de atención y comportamiento perturbador	0,1
Trastorno por déficit de atención con hiperactividad, tipo	0,1
Trastorno por déficit de atención con hiperactividad, tipo	0,1
Trastorno por déficit de atención con hiperactividad, tipo	0,1
Trastorno por déficit de atención con hiperactividad, tipo combinado	0,1
Trastorno multisistémico del desarrollo. Patrón A	0,1
Trastorno multisistémico del desarrollo. Patrón B	0,1

Tabla 12.7.: Distribución diagnósticos principales de los menores atendidos.

Continuación

	%
Trastorno multisistémico del desarrollo. Patrón C	0,1
Trastorno autista	0,1
Trastorno de Rett	0,1
Trastorno de Asperger	0,1
Trastorno generalizado del desarrollo no especificado	0,1
Retraso evolutivo	0,1
Relaciones desasosegadas 50	0,1
Relaciones trastornadas 30	0,1
Relación sobreinvolucrada	0,1
Relación subinvolucrada	0,1
Relación ansiosa/tensa	0,1
Negligencia	0,1
Institucionalización prolongada	0,1
Confluencia de factores de exclusión	0,1
Trastorno de origen periférico	0,1
Trastorno de origen muscular	0,1
Trastorno de origen óseo _ articular	0,1
Trastorno del tono no especificado	0,1
Hábitos y descargas motrices	0,1
Total	100,0