

LA FIGURA DEL TERAPEUTA OCUPACIONAL (TO)

1

en Unidades de Atención Infantil Temprana (UAIT),
en el Principado de Asturias

DEPÓSITO LEGAL AS 01618-2020



secretaria.coptopa@gmail.com
presidencia.coptopa@gmail.com
vice.coptopa@gmail.com



647242756



Índice:

1. Introducción:.....	3
2. Funciones del T.O en UAIT.	5
3. Funciones del TO en el medio acuático	9
3. Fundamentación de la TO en Atención Temprana	12
4. Fundamentación TO en UAIT Principado de Asturias	19
5. Evidencias de Intervención en Atención Infantil en el Principado de Asturias	23
6. Bibliografía	27



1. Introducción:

Este documento se elabora con el fin de reflejar las necesidades percibidas en el tratamiento de los niños/as que acuden a las Unidades de Atención Infantil Temprana (UAIT) en el Principado de Asturias, así como evidenciar la capacidad de intervención del Terapeuta Ocupacional en las Unidades y en los programas de estimulación Acuática Temprana.

En las unidades no se encuentra integrada la figura de la terapia ocupacional, que incrementaría la mejora de la calidad del tratamiento, promocionando la autonomía del niño/a, tan necesaria para todas sus actividades de la vida diaria y por consiguiente su desarrollo personal en el ámbito educativo.

La figura del terapeuta ocupacional se encuentra en las Unidades de atención infantil temprana, UAIT, de otras comunidades autónomas, como por ejemplo en la comunidad de Galicia, y en entidades que gestionan el servicio, como en [Andalucía](#) , [Vitoria](#), [Navarra](#) , [Valencia](#) , [Almería](#) , [Madrid](#) .

3

Igualmente, la Atención a la Infancia es una competencia específica de los estudios de Grado de Terapia Ocupacional contemplada en la Resolución de 4 de julio de 2019, de la Universidad de Oviedo, por la que se publica la modificación del plan de estudios de Graduado en Terapia Ocupacional, donde el plan de estudios recoge las siguientes materias donde el contenido:

- Anatomía
- Fisiología,
- Kinesiología y Biomecánica Humana
- Psicología
- Psicomotricidad
- Afecciones médicas Quirúrgicas y Psiquiátricas en Pediatría



- Neurología y Neuropsicología
- Autonomía e Independencia Funcional en Pediatría
- Técnicas Ortoprotésicas
- Autonomía e Independencia funcional en patologías Osteoarticulares
- Autonomía e Independencia funcional en Discapacidad
- Entre otras materias

Distintos artículos, manuales y documentos reflejan la importancia del TO en Uait:

- [Intervención en Atención Temprana desde Terapia Ocupacional](#), realizado por el Colegio de Terapeutas Ocupacionales de Navarra, isbn 978-84-617-9359-4.
- [Terapia Ocupacional en Atención Temprana](#) :Idoia Cines Garayoa, Beatriz Pérez Etxeberria y Susana López Ayesa
- [Terapia Ocupacional y su papel en Atención Temprana: Revisión sistémica](#), Irene Domínguez Jiménez, José Ignacio Calvo Arenillas
- [Percepción de las Familias de los niños que acuden a Atención Temprana sobre el proceso de alta en TO](#). Universidad Da Coruña.

4



2. Funciones del T.O en UAIT.

EL T.O realiza sus intervenciones dirigidas a:

- **Población infantil 0-6** con trastorno en su desarrollo o riesgo de padecerlo:
 - Recuperación funcional a nivel físico, cognitivo, emocional y social. Trabajar aspectos motores (coordinación dinámica general, equilibrio, tono, etc.) encaminados a lograr un óptimo desarrollo motor (volteo, gateo, deambulación, etc.); aspectos cognitivos (percepción, atención, memoria, lenguaje, imaginación, toma de decisiones, etc.); aspectos socio afectivos (aceptación de uno mismo, iniciativa, respeto, etc.).
 - Entrenamiento en Actividades de la Vida Diaria. Potenciar la Autonomía e Independencia de los niños/as en el aseo, alimentación, defecación, sueño, vestido-desvestido, uso de útiles escolares, etc.
 - Entrenamiento en el manejo de productos de apoyo y prótesis miembro superior.
 - Recomendación, confección y manejo de ortesis y férulas.
 - Adaptaciones de la actividad (AVD, juego, etc.) y los materiales para favorecer su integración.
 - Juego

5



- **Atención a las familias:**

- Como apoyo a las intervenciones, diciéndonos sus gustos, preferencias y necesidades.
- Enseñando a realizar las AVD en el domicilio y a potenciar la autonomía de su hijo con discapacidad.
- Asesoramiento sobre el manejo de los PPAA y adaptaciones necesarias. Recomendaciones.
- Teniendo en cuenta principios de Ergonomía y de Promoción de la Salud.
- Cada familia es diferente en cuanto a estructura, organización, cultura, religión, gustos e intereses. Los Terapeutas Ocupacionales nos adaptamos a sus características
- Los padres deben participar en las sesiones de tratamiento con el niño, puesto que nuestro objetivo es que desarrollen sus habilidades en su vida diaria, en su entorno.



• **Adecuación del entorno:**

- Facilitar la integración del niño/a y fomentar su autonomía principalmente en su hogar y escuela.
- Intervención del T.O. en las AVD dentro del entorno escolar.
- Recomendar adaptaciones en el entorno del niño/a (domicilio y escuela, principalmente), intentando suprimir barreras arquitectónicas y evitando riesgos.
- Adaptar las actividades, espacios, útiles, juguetes favoritos del niño/a, etc.
- El estudiante adquiera las habilidades funcionales necesarias para acceder a los materiales educativos, y pueda desenvolverse en el entorno escolar con el mayor grado de autonomía posible. Todas estas actuaciones deben realizarse, por supuesto, siempre lo más pronto posible, ya que cuanto menor sea el tiempo de privación a estímulos, mejor aprovechamiento de la plasticidad cerebral, y potencialmente menor será el retraso. La población diana de la T.O. son los individuos que presenten cualquier disfunción ocupacional o riesgo de la misma. Es decir, que exista alteración o riesgo en las ocupaciones principales del individuo (educación, juego, autocuidado).

7



- **Atención a distintas patologías: físico, psicológico, sensorial y social:**

- PCI
- Trastornos del desarrollo
- Autismo
- Trastorno por déficit de atención con hiperactividad
- Trastornos de aprendizaje
- Discapacidad intelectual
- Retraso psicomotor
- Déficits sensoriales

8

Para un T.O. siempre va a ser más importante la evaluación y valoración de capacidades más que el diagnóstico en sí. Valorar las capacidades perdidas y las residuales para trabajar sobre las mismas. Siempre se va a considerar la globalidad del individuo:

- El niño/a.
- Entorno familiar y social.
- Entorno físico.

(extraído de: **Autonomía en Atención Temprana**)



3. Funciones del TO en el medio acuático

Una de las técnicas utilizadas en los programas de estimulación en el medio acuático, es el método de Halliwich, siendo en la actualidad la herramienta terapéutica más utilizada de la Terapia Acuática dirigida al paciente neurológico. Su aplicación implica una visión global del paciente teniendo en cuenta aspectos cognitivos, afectivos y motores.

Al igual que en otras disciplinas que se han formado en esta práctica, **en Asturias disponemos de Terapeutas Ocupacionales que se han especializado en éste ámbito.**

El medio acuático se trata de un medio sensorial que ofrece múltiples estímulos para el tratamiento integral de los niños.

La Terapia Ocupacional puede utilizar las actividades realizadas en el medio acuático como herramienta de tratamiento y como fin de éste. **El objetivo principal será lograr la mayor calidad de vida de la persona** incrementando su independencia en la participación en tareas y ocupaciones. Para ello, es de especial importancia realizar un análisis del perfil ocupacional y análisis del desempeño ocupacional antes de decidir, junto con la persona, si el medio acuático será el entorno adecuado para abordar determinadas habilidades de desempeño:

1. En relación a las habilidades físicas, el medio acuático:

- Permite mayor tiempo de reacción para pensar, planificar y ejecutar. Por ello, facilita los ajustes posturales anticipatorios (imprescindibles en el desempeño de tareas cotidianas) y la elaboración de estrategias de equilibrio (ante cambios del entorno o pérdida de la estabilidad de la persona), necesarias para desempeñar las distintas ocupaciones.



- Es un lugar donde experimentar la simulación de actividades exigiendo un nivel más alto de control postural.
- Ofrece mayor libertad de movimiento entorno a todos los ejes corporales, aumentando la conciencia del esquema corporal y disociación óculo-cefálica. Las personas con limitaciones en las transferencias y cambios posturales, pueden experimentarlas en el medio acuático para posteriormente transferirlas al exterior.
- Aporta al cuerpo sumergido en el agua, una entrada somatosensorial (tacto y propiocepción) y vestibular. Aquellas personas con alteraciones como hipo/hipersensibilidad, heminegligencia, alteraciones de la línea media o problemas de integración sensorial pueden beneficiarse del tratamiento en el medio acuático.
- Facilita la integración de la extremidad superior y ofrece un lugar donde practicar estas funciones (apoyo, estrategias de equilibrio, exploración del entorno o desplazamiento) sin miedo a lesiones.
- El incremento sensorial facilitará la conciencia sobre la postura y la relación de la mano respecto al cuerpo y el espacio. Información especialmente necesaria durante el alcance y agarre de objetos.
- Permite la elaboración de nuevas destrezas o reorganización de las existentes para incrementar la funcionalidad e independencia de la persona.
- Fomenta el aprendizaje motor orientado a tareas, la generalización y por tanto la transferencia a situaciones similares.

10

El medio acuático ofrece algunas diferencias respecto al Input visual:

- La superficie del agua ondulada y en constante movimiento distorsiona la referencia del suelo por la refracción de la luz, altera la referencia vertical-horizontal.
- Dificulta de forma natural el uso dominante de la información visual promoviendo la modulación del resto de inputs.



- Fomenta la localización y seguimiento de objetos en movimiento.

El medio acuático ofrece algunas diferencias respecto al Input somatosensorial

2. En relación a las habilidades cognitivas, el medio acuático:

- Fomenta la resolución de problemas y la adaptación temporo-espacial constante a los cambios del medio acuático.
- Posibilita la realización de tareas múltiples para fomentar la automatización de destrezas para el desempeño de actividades cotidianas.
- Incluye un elevado nivel de distractores haciendo necesario que la persona regule, inhiba y seleccione sólo aquellos a los que debe prestar atención.

3. En relación a las habilidades psicosociales y emocionales, el medio acuático:

- Incrementa la sensación de bienestar y autoestima a través un incremento de la independencia.
- Facilita la elaboración de la conciencia de uno mismo, sus capacidades y limitaciones.
- Fomenta la interacción social y el seguimiento de normas sociales.
- Favorece las relaciones interpersonales, la elaboración de vínculos paciente-terapeuta y paciente-paciente en actividades grupales.

11

(Extraído de [Amaranto](#) , Autora: Cristina De Diego Alonso .Terapeuta Ocupacional)

Algunas evidencias de la Intervención de TERAPIA OCUOPACIONAL en ESTIMULACIÓN ACUÁTICA, se pueden localizar en las siguientes prácticas:

- Centro de Estimulación Acuática Alicante
- Centro de Estimulación acuática en Murcia
- Centro de Estimulación Acuática Madrid



3. Fundamentación de la TO en Atención Temprana

El desarrollo es por tanto un proceso globalizado de manera que las capacidades motrices, psicológicas y sociales interactúan y se condicionan.

En los niños estas capacidades se entrenan y potencian a través del juego donde se practican las capacidades que, antes de los 18 meses, los niños empezarán a utilizar en las avd.

El papel del TO sería guiar a la familia y facilitar experiencias al niño que fomenten la adquisición o potenciación de esas capacidades así como su correcta integración en las AVD para lograr un desarrollo global y participación social lo más normalizada posible, de hecho estamos viendo en nuestros servicios actuales de atención temprana en Asturias, niños cuyo desarrollo global se está viendo determinado por problemas exclusivamente relacionados con las AVD, cuestión en la que intervendría directamente el TO.

12

Los primeros años de vida son cruciales para el desarrollo del niño. Esta etapa se caracteriza por el crecimiento y la maduración haciendo que sea especialmente comprometida por la adquisición de las habilidades motoras, cognitivas, perceptivas, sensoriales, sociales y lingüísticas las cuales posibilitan el desarrollo tanto personal como social del niño.

En este contexto la plasticidad cerebral juega un papel fundamental ya que determina la importante capacidad de reorganización del sistema nervioso característica de estas edades.



Esta premisa sienta las bases de la atención temprana, que se dirige a los niños que presentan trastornos en su desarrollo o que tienen riesgo de padecerlos y cuyo objetivo principal es que estos *“reciban, siguiendo un modelo que contemple los aspectos bio-psico-sociales, todo aquello que desde la vertiente preventiva y asistencial pueda potenciar su capacidad de desarrollo y de bienestar, posibilitando de la forma más completa su integración en el medio familiar, escolar y social así como desarrollar su autonomía personal.”* (Libro blanco)

Estas líneas teóricas se correlacionan directamente con la definición de Terapia Ocupacional establecida por la OMS la cual define esta disciplina como *“el conjunto de técnicas, métodos y actuaciones que, a través de actividades aplicadas con fines terapéuticos, previene y mantiene la salud, favorece la restauración de la función, suple los déficit invalidantes y valora los supuestos comportamentales y su significación profunda para conseguir las mayores independencia y reinserción posibles del individuo en todos sus aspectos: laboral, mental, físico y social.”*

La composición profesional de los equipos en España varía en función de las comunidades autónomas, además de esto dependerá en gran medida del ámbito de intervención en el que nos encontremos, estos son principalmente tres; los servicios sanitarios, servicios sociales y servicios educativos (Federación estatal de asociaciones de Profesionales de Atención Temprana, 2011).

Tal y como reflejan Domínguez Jiménez I, Calvo Arenillas JI. (2015) los datos aportados por la publicación “La Realidad Actual de la Atención Temprana en España” (2011), reflejan que no en todos los recursos de Atención Temprana existen profesionales de las diferentes disciplinas que debe de comprender el equipo de dichas unidades. El terapeuta ocupacional es uno de los profesionales con menor proporción en dichos equipos, en comparación con el resto de profesionales estos ocupan aproximadamente un 1,14%.



Desde los inicios de esta disciplina el terapeuta ocupacional tiene una visión bio-psico-social del ser humano, lo que le permite intervenir en todos los niveles del proceso, siguiendo así uno de los principales objetivos que se plantea la Atención Temprana. Tanto la Terapia Ocupacional como la Atención Temprana intervienen sobre el individuo de una manera global, buscando dar atención a las necesidades transitorias o permanentes que presentan estos niños. Este profesional interviene sobre las capacidades y habilidades de las personas, en el caso de los niños en la edad de 0 a 6 años, momento clave para la adquisición de estas, por lo que la figura de este profesional en los equipos de Atención Temprana tiene gran cabida e importancia.

Trombly y Radomski (2002), señalan que el terapeuta ocupacional parte de la premisa de que cada individuo quiere ser tan independiente como le permitan sus posibilidades. El objetivo principal de la Terapia Ocupacional en Atención Temprana es facilitar al niño con disfunción ocupacional la participación de manera independiente y autónoma de las actividades adecuadas a su edad, en las que quiere o debe participar, áreas ocupacionales (actividades de autocuidado, educación, de juego y ocio, etc.), desarrollando si es necesario las adaptaciones y modificaciones del entorno físico y social. Para ello se debe de detectar y abordar componentes motrices, perceptivo-sensoriales, cognitivos, psicológicos, perceptivos y sociales que afecten en el desempeño de las áreas ocupacionales del niño (Domingo, M.A.,2015) (López, B. P.,2014) (Mulligan, S.,2006). Teniendo presente que estas áreas están influenciadas por la cultura y el medio, los gustos, intereses y necesidades del niño y utilizando el juego, su principal ocupación, como instrumento de intervención.



La intervención del terapeuta ocupacional en la Atención Temprana se centraría en tres ejes principales, hacia el niño (evaluación y puesta en marcha de un tratamiento global individualizado, considerándolo como un sujeto activo de la intervención, tal y como defiende la Atención Temprana), hacia la familia (analizando la situación para favorecer una dinámica familiar que facilite el desarrollo integral del niño) y hacia el entorno (trabajando con profesionales del centro escolar o guarderías para facilitar la integración social de los niños) (Moldes, I. V., Ortega, M. C. C., y López, B. P., 2008), estos dos últimos son incluidos recientemente en la definición del Libro Blanco de la Atención Temprana, la familia y el entorno, atendiendo así a las necesidades y demandas de los mismos.

Las bases o teorías en las que se basa la terapia ocupacional brindan al terapeuta ocupacional las distintas técnicas que se pueden utilizar durante el tratamiento del usuario, según sus necesidades. La terapia ocupacional dispone de multitud de Marcos de Referencia dependiendo de las características de la patología que afecta a la persona o al servicio que brinda.

15

Algunos ejemplos de dichos **Marcos de Referencia** utilizados por los Terapeutas Ocupacionales son:

Marco de Referencia del Neurodesarrollo: Creado por Berta y Karen Bobath como parte de su trabajo con sujetos afectados de parálisis cerebral y accidentes cerebro vasculares. Sigue los principios de: control motor, facilitación neuromuscular y la integración sensorial. Se basaron en conocimientos iniciales de la neuro plasticidad humana y propusieron la teoría de que el tratamiento debía dirigirse a una reorganización de áreas encefálicas que sustentan el comportamiento motor. Surgieron dos formas principales para llevarlo a cabo: colocando a los pacientes de modo que se redujera o se eliminaran sus movimientos y el tono muscular anormales, y facilitando en ellos patrones de movimiento más normales y nuevos. Ejemplos de técnicas: Abordaje del control motor (Método Bobath),



Facilitación Neuromuscular Propioceptiva (FNP), Ejercicio Terapéutico Cognoscitivo (Perfetti), Estimulación sensorial (Rood), etc. Un ejemplo de aplicación de este Marco de Referencia a una patología, sería la Parálisis Cerebral.

Marco de Referencia Biomecánico: El marco de referencia biomecánico se basa en la Cinesiología (fisiología neuromuscular, anatomía musculoesquelética y la biomecánica) y en la Mecánica (leyes de palancas, de gravedad, fricción y resistencia). Se utiliza para tratar a individuos con limitaciones en la actividad causadas por deterioros como consecuencia del daño de estructuras y funciones corporales biomecánicas y cuyo SNC esté intacto. Su objetivo principal es reestablecer el arco de movimiento, la fuerza muscular, la estabilidad y la resistencia; con todo esto se producirá una mejora de función. El principio básico que preside este enfoque es que el desempeño ocupacional puede recuperarse tratando los deterioros subyacentes que limitan el desempeño de las actividades.

16

El tratamiento se centra en prevenir o disminuir el deterioro a través del uso de actividad y ejercicio, que pueden ser de propósito o de rutina. Ejemplos de técnicas: ejercicios activos, asistidos, resistidos, estiramientos y posicionamientos para ampliar rangos articulares, fuerza y tolerancia al esfuerzo, evitando deformidades, retracciones, etc.). Este Marco de Referencia es aplicado cuando el usuario presenta fracturas, luxaciones, amputaciones, lesión medular, quemaduras, etc.



Marco de Referencia de la Rehabilitación: Adopta la filosofía de la rehabilitación: permitir que persona con discapacidad física o mental o con una enfermedad crónica, alcance una función máxima en el desempeño de sus actividades diarias. La rehabilitación enfatiza las capacidades del individuo, por tanto este marco de referencia, se centra en los métodos compensatorios, los dispositivos de asistencia y las modificaciones ambientales que el individuo necesita para desempeñarse a pesar de su deterioro. Ejemplos de técnicas: métodos compensatorios, ayudas técnicas, adaptaciones del entorno, etc.

Marco de Referencia Cognitivo-Conductual: Se ocupa de la conducta humana entendiéndola como cualquier actividad observable directa o indirectamente, evaluable y cuantificable. Se centra en el análisis y tratamiento de las conductas observables más que en los procesos psicológicos internos. Sobre esta base se desarrollan numerosas técnicas, que mediante la modificación de los procesos cognitivos, pretenden proporcionar estrategias para lograr comportamientos más adaptados y/o para eliminar aquellos que conllevan problemas. Ejemplos de técnicas: Condicionamiento clásico y condicionamiento operante. Se en el ámbito de la Salud Mental (esquizofrenia, trastornos de la personalidad, etc.), trastornos de la conducta, etc.

17

OBJETIVOS DE LA TERAPIA OCUPACIONAL EN ATENCIÓN TEMPRANA.

El objetivo general de la Terapia Ocupacional en Atención Temprana es el de maximizar el potencial individual de cada niño/a en su domicilio, en la escuela y en sus juegos mediante el uso de actividades terapéuticas.



Esta intervención se dirigirá más concretamente a:

- **En el niño/a:** Lograr el mayor grado posible de INDEPENDENCIA en sus ocupaciones diarias tales como el juego, las relaciones con sus iguales y adultos, en sus actividades de la vida diaria (desplazamientos, aseo, vestido-desvestido, alimentación, uso de los juguetes, uso del material escolar,...) teniendo en cuenta las necesidades, características e intereses de cada niño/a.
- **En el entorno:** Favorecer un entorno lo más seguro, accesible y facilitador posible informando y asesorando a la familia y al contexto más inmediato del niño/a sobre las pautas de manejo ante determinadas circunstancias, sobre las adaptaciones y ayudas técnicas necesarias eliminando o minimizando las posibles barreras.

18

Según el Libro Blanco de Atención Temprana la intervención debe ser planificada con carácter global y de forma interdisciplinar, considerando las capacidades y dificultades del niño/a en los distintos ámbitos del desarrollo, su historia y su proceso evolutivo, así como las posibilidades y necesidades de los demás miembros de la familia y el conocimiento y actuación sobre el entorno social.

Dentro de este plan de actuación integral y sistematizado y según la estructura organizativa del servicio de Atención Temprana la labor del terapeuta ocupacional se desarrollaría dentro del equipo interdisciplinar en la Unidad de Atención Directa, como intervención terapéutica dirigida al niño/a y acciones de información, apoyo y orientación dirigidas a las familias y al entorno. (Tal y como se recoge en el Manual de Buenas Prácticas de FEAPS, Atención Temprana, Pág. 128)



4. Fundamentación TO en UAIT Principado de Asturias

El último Real Decreto aprobado en Consejo de Ministros, Real Decreto Legislativo 1/2013, de 29 de noviembre, por el que se aprueba el Texto Refundido de la Ley General de derechos de las personas con discapacidad y de su inclusión social., donde encontramos en el Capítulo III, De la Atención Integral, en su punto 2:

“Estos programas deberán comenzar en la etapa más temprana posible y basarse en una evaluación multidisciplinar de las necesidades y capacidades de la persona con discapacidad, así como de las oportunidades del entorno, considerando las adaptaciones o adecuaciones oportunas y los apoyos a la toma de decisiones y a la promoción de la autonomía personal”

19

Relacionado, por tanto, los programas definidos con el ámbito de intervención directa del Terapeuta Ocupacional

Así mismo en el Principado de Asturias, la normativa sobre la que se basa el funcionamiento de las Unidades de atención temprana se basa en la siguiente legislación:

- **Decreto 79/2002, de 13 de junio, por el que se aprueba el Reglamento de autorización, registro, acreditación e inspección de centros de atención de servicios sociales, Articulado en vigor según Disposición Transitoria Tercera del Decreto 43/2011, de 17 de mayo, por el que se aprueba el Reglamento de autorización, registro, acreditación e inspección de centros de atención de servicios sociales. (B.O.P.A. 1 de julio de 2002)**



Que establece en su artículo 47 la tipología de profesionales que pueden formar parte del equipo: Personal:

1. Las unidades de atención temprana estarán compuestas, al menos, por el siguiente equipo multidisciplinar:

a) Psicólogo.

b) Fisioterapeuta.

c) Logopeda.

d) **Otros técnicos en estimulación**, tales como *psicomotricista, estimulador, o maestros de educación especial.*

2. En cada unidad de atención temprana existirá la **figura de coordinador o director** de la misma que será el responsable de su correcto funcionamiento, con titulación media o superior relacionada con los ámbitos sociales, educativo o sanitario.

3. El equipo de la unidad de atención temprana deberá colaborar con otros profesionales de las redes sanitarias, educativas y sociales del ámbito comunitario.

- **Resolución de 22 de junio de 2009, de la Consejería de Bienestar Social y Vivienda, por la que se desarrollan los criterios y condiciones para la acreditación de centros de atención de servicios sociales en el ámbito territorial del Principado de Asturias. Modificada por Resolución de 25 de noviembre de 2011 de primera modificación (B.O.P.A. 28/11/2011) y Resolución de 20 de mayo de 2014, de segunda modificación (B.O.P.A. 3/6/2014).. (B.O.P.A. 29 de junio de 2009)**

20



Que establece en su Artículo 20 sobre Unidades de atención temprana, las distintas actuaciones sobre las que se debe de incidir en las distintas intervenciones, muy relacionadas con la función desempeñada por el Terapeuta Ocupacional y expuesta anteriormente:

1. Para su acreditación, las unidades de atención temprana deberán ofrecer servicios de atención integral dirigidos a niñas y niños que presentan trastornos en su desarrollo o que tienen riesgos de padecerlos así como a sus familias, que incluyan, al menos, tres programas de actuación que comprendan las siguientes áreas y contenidos:

a) Actuación preventiva o de seguimiento: dirigida a niños y niñas con determinados factores de riesgo biológico, psicológico, familiar o del entorno, que no precisen intervención terapéutica directa, pero sí una evaluación de su situación lo más precoz posible y un seguimiento periódico, tanto en el ambiente familiar como, en su caso, en el ambiente escolar, para prevenir la acumulación de factores de riesgo que lleguen a constituir una situación de alta vulnerabilidad.

b) Apoyo psicosocial limitado: que procurará, mediante sesiones familiares, actividades grupales u otras acciones técnicamente adecuadas, que la familia tenga una mejor comprensión de la realidad de su hijo o hija y adecue su entorno a las necesidades y posibilidades físicas, mentales y sociales del niño o la niña. Estos programas comprenderán también acciones dirigidas al entorno social del niño o niña para evitar o aminorar los factores de riesgo social y especialmente al entorno educativo para favorecer los procesos de socialización y aprendizaje de niños y niñas.

21



c) Apoyo intensivo o intervención terapéutica: La intervención terapéutica agrupará todas las actividades dirigidas a niños y niñas mediante sesiones terapéuticas individuales o en grupo de los diferentes tratamientos que configuren su plan personalizado. Estos programas incluirán asimismo el apoyo a la familia, al entorno educativo y al entorno social, con la finalidad de atenuar o superar los trastornos o disfunciones en el desarrollo, prevenir la aparición de trastornos secundarios y eliminar o atenuar los factores de riesgo ambiental en el entorno inmediato de los niños y niñas.

Así mismo en el punto 2, hace referencia al equipo técnico que deberá contar mínimo con los siguientes profesionales:

- a) Un/a director/a o coordinador/a del centro, que podrá compaginar sus tareas con las de atención directa propias de su titulación. Volver al índice
- b) Un/a psicólogo/a
- c) Un/a fisioterapeuta.
- d) Un/a logopeda.
- e) **Un/a psicomotricista o estimulador/a.**

Por tanto, **Desde el Colegio Profesional de Terapeutas Ocupacionales del Principado de Asturias** y con todo lo anteriormente fundamentado, **valoramos que el Terapeuta Ocupacional**, tiene cabida en esta área de intervención y en acorde al perfil profesional de : PSICOMOTRICISTA O ESTIMULADOR, no existiendo un perfil profesional cerrado y definido a estas dos figuras, por ello **el TERAPEUTA OCUPACIONAL** puede realizar estas funciones, puesto que **dispone de conocimientos y formación específica en el área de ESTIMULACIÓN e Intervención en la Atención Infantil Temprana.**



5. Evidencias de Intervención en Atención Infantil en el Principado de Asturias

En el Principado de Asturias, evidenciamos la intervención desde la Terapia Ocupacional en distintos ámbitos de atención específica a la Infancia, en centros como:

Clínica de Terapia Ocupacional Pediátrica Beaudry-Bellefeuille

La Clínica de Terapia Ocupacional Pediátrica Beaudry-Bellefeuille, que abrió sus puertas en Oviedo en enero de 2004 bajo la dirección de la terapeuta Isabelle Beaudry, está especializada en casos de disfunción de la integración sensorial en niños.

23

En su consulta son tratados problemas infantiles de aprendizaje, de comportamiento y de desarrollo, tales como hiperactividad, disfunciones asociadas al autismo, dificultades en el proceso de alimentación o descoordinación motriz, los cuales en muchos casos están relacionados con una disfunción en la integración sensorial (dispraxia, hiposensibilidad, hipersensibilidad, sensibilidad alternante, etc.).

Se encuentra dotada del material terapéutico más avanzado, con el que los niños realizan sus sesiones de Terapia Ocupacional como si se tratase sólo de un juego y sin darse cuenta de que están tomando parte en una sesión rehabilitadora muy importante para mejorar de sus problemas y, por tanto, para su futuro.

Aunque la teoría de la **integración sensorial es una especialidad de la Terapia Ocupacional** aplicada con notables resultados desde hace varias décadas en centros sanitarios y de rehabilitación de Norteamérica, resulta aún bastante desconocida en España, pese al apreciable interés que ha despertado en los últimos años entre el gremio



de profesionales dedicados a la educación y atención de los niños, tales como profesores, pediatras, fisioterapeutas, psicólogos, pedagogos o logopedas, y, por supuesto, entre los padres de los pequeños.

Clínica Pediátrica Alejandra Rivas

Centro inaugurado en Gijón en el año 2010 . El trabajo del equipo, consiste en analizar las ocupaciones de los/as Niñas/os, sus fortalezas y dificultades, el funcionamiento de los sistemas sensoriales y utilizarlos como base para un desarrollo Optimo. Se ofrece un entorno cuidadosamente preparado para dar lugar al desarrollo en el punto justo donde se encuentra el/la niño/a. Los resultados se observan cuando la participación ocupacional es más funcional y eficiente en el hogar, la escuela y la comunidad. Logros en habilidades motrices, de atención, un mejor manejo de los niveles de actividad, iniciativa, imaginación y creatividad., de modo que aumenta la indicación, la participación en el juego y en sus interacciones sociales.

En el centro se trabajan las Terapias individuales, grupales y familiares. Interviniendo sobre el/la niño/a , la familia y su entorno.

24

Igualmente, existen otras clínicas y asociaciones en Asturias en las que el Terapeuta Ocupacional realiza su intervención con niños/as que asisten a Unidades de Atención Infantil Temprana, puesto que las familias trasladan su demanda de servicios de Terapia Ocupacional:

Asociación Nora: La Asociación nace en el año 1992 cuando varias familias y amigos de personas con diversidad funcional deciden unirse y crear una red de apoyo mutuo, que diera respuesta a sus necesidades ante la falta de recursos en el entorno.

Comenzaron con una pequeña oficina fe orientación y administración a la que se fueron añadiendo servicios hasta llegar al momento actual en el que cuenta con un equipo sociosanitario que cubre las necesidades de este colectivo en todos los ámbitos de su día a día y a lo largo de todas las etapas de su vida, partiendo desde las edades de atención temprana.



El equipo con el que cuenta es similar al de las Unidades de Atención Infantil Temprana, puesto que está formado por: fisioterapeuta, logopeda y psicología, siendo comunes estos profesionales en ambos equipos, con la diferencia de la inclusión del terapeuta ocupacional en dicha Asociación.

En la actualidad acuden a esta entidad usuarios de las Unidades de Atención Infantil Temprana, la terapeuta ocupacional desarrolla su labor como tal, al igual que el resto del equipo, en coordinación con los profesionales de la unidad a la que pertenece el niño.

En esta última década, han proliferado en Asturias las clínicas y **centros especializados en neurorrehabilitación infantil** y de adultos, frente a la gran demanda de sus servicios, sobre todo por parte de los progenitores, que demandan la atención de Terapeutas Ocupacionales. Algunos de estos son:

[Centro Recupera](#), situado en Gijón, que desarrolla su intervención especializada en rehabilitación neurológica con profesionales especializados de distintos campos de intervención, y con un área de intervención pediátrica específica, en la que desarrollan distintas técnicas de acuerdo a las alteraciones existentes: sensoriales, del neurodesarrollo, traumatológicas, cólico del lactante etc.

[Neurofunción](#), Policlínica sita en Oviedo y en Gijón, compuesto por un equipo de profesionales donde el Terapeuta Ocupacional evalúa la capacidad de la persona para desempeñar las actividades de la vida cotidiana e interviene cuando dicha capacidad está en riesgo o dañada por una patología de origen neurológico



[Reintegra](#) , Centro de Rehabilitación neurológica, ubicada en Oviedo. Dispone de una Unidad de Neuro-Rehabilitación Infantil de Reintegra es un espacio integral de atención a niños y adolescentes (entre 0 y 17 años) con dificultades o alteraciones de su neurodesarrollo o maduración cerebral, o de quienes han sufrido alguna lesión cerebral

El Terapeuta Ocupacional es un profesional encargado de ayudar al paciente neurológico alcanzar su máximo nivel de independencia en el desempeño de actividades cotidianas como bañarse, vestirse, alimentarse, cocinar, actividades de ocio, etc.

Es además el profesional experto en la incorporación de adaptaciones y modificaciones a las actividades o al hogar, para que el paciente sea lo más autónomo posible. Englobado en el objetivo de la recuperación de la autonomía, la otra área prioritaria en el que desarrollan su intervención terapéutica es en la mejora de la movilidad y destreza del brazo y mano afectados.

26

[dNeuro](#) ,situado en Oviedo, cuenta con un equipo especializado en el Tratamiento del Paciente Neurológico adulto y Pediátrico, donde el Terapeuta Ocupacional es pieza clave en los tratamientos realizados de una manera holística.

Neuro_ [Redacer](#) ,situado en Colloto, y donde la intervención con equipo multidisciplinar va dirigidos a tratar daños neurológicos en adultos como en niños/as, donde el TO tiene un papel transcendental en el tratamiento de la integración sensorial en pediatría.



6. Bibliografía

Intervención en Atención Temprana desde Terapia Ocupacional. Colegio de Terapeutas Ocupacionales de Navarra. Abril 2014. ISBN 978-84-617-9359-4

[Libro Blanco de la Atención Temprana](#). Documentos 55/2005. Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales. Real Patronato de la Discapacidad.

[Atención Temprana](#). Documento político del CERMI Estatal. 2017.

Red Española de Terapia Acuática <http://www.retacua.es/>

Web Concepto Halliwick y Terapia Acuática específica <http://www.halliwick.net/es/>

Occupational therapy practice framework: domain and process, 3rd ed. The American Journal of Occupational Therapy 2014;68 (1): S1 – S48.

Brody L. Aquatic exercise for rehabilitation and training. United States of America Human kinetics, 2009.

Güita J, Alonso M. Terapia Acuática. Abordajes desde la fisioterapia y la terapia ocupacional. Elsevier 2015.

Kleim J, Jones T. Principles of experience-dependent neural plasticity: implications for rehabilitation after brain damage. Journal of speech, language and hearing research 2008; 51: S225-S239.

KNGF Guideline Stroke. Royal Dutch Society for Physical Therapy ,2014



Mehrholz J, Kugler J, Pohl M. Water-based exercises for improving activities of daily living after stroke (Review). The Cochrane library 2011; 1: 1-26

Manual de Buenas Prácticas de FEAPS, Atención Temprana

Master en Atención Temprana. Intervención del Terapeuta Ocupacional. Instituto Técnico de Estudios Aplicados.

**Documento realizado por el Colegio Profesional
de Terapeutas Ocupacionales
del Principado de Asturias (año 2020)**

