

DOCUMENTO MARCO

# Fisioterapia en atención temprana



## **Grupo de Trabajo Educación y Atención Temprana del Consejo General de Colegios de Fisioterapeutas de España**

- Raquel Chillón Martínez – Coordinadora – I.C.P. de Fisioterapeutas de Andalucía.
- Javier Merino Andrés – I.C.P. de Fisioterapeutas de Castilla la Mancha.
- Jone Miren Noain – I.C.P. de Fisioterapeutas de la Comunidad Foral de Navarra.
- M<sup>a</sup> Ángeles Ballesta Serrano – I.C.P. de Fisioterapeutas de la Región de Murcia
- Inmaculada Ivison Castaño – I.C.P. de Fisioterapeutas de Andalucía.
- Concepción Cardona Hernández – I.C.P. de Fisioterapeutas de Canarias.

## **Grupo de expertos encargados de la redacción**

- Rita Pilar Romero Galisteo – I.C.P. de Fisioterapeutas de Andalucía.
- Miguel Ángel Capó Juan – I.C.P. de Fisioterapeutas de las Islas Baleares.
- Franciso Javier Fernández Rego – I.C.P. de Fisioterapeutas de la Región de Murcia.
- Lourdes Macias Merlo – I.C.P. de Fisioterapeutas de Cataluña.
- David Mazoterías Delgado – I.C.P. de Fisioterapeutas de la Comunidad de Madrid.
- Kattalin Sarasola Gandariasbeitia – I.C.P. de Fisioterapeutas del País Vasco.

## **Grupo de revisores externos**

- Rocío Palomo Carrión – I.C.P. de Fisioterapeutas de Castilla la Mancha.
- Manuel Pacheco Molero – I.C.P. de Fisioterapeutas de la Rioja.
- Carmen Jiménez Antona – I.C.P. de Fisioterapeutas de la Comunidad de Madrid.
- Ana San Martín Gómez – I.C.P. de Fisioterapeutas de la Comunidad de Madrid.

## Acrónimos

<b>ACNEAE</b>	Alumnos con necesidades educativas y de atención especial
<b>AIMS</b>	Alberta Infant Motor Scale
<b>AT</b>	Atención Temprana
<b>BSID</b>	Bayley Scales of Infant Development
<b>CAD</b>	Centro de Atención a personas con Discapacidad
<b>CADEX</b>	Centro de Atención a la Discapacidad de Extremadura
<b>CAIT</b>	Centro de Atención Infantil Temprana
<b>CAT</b>	Centro de Atención Temprana
<b>CB</b>	Centro Base
<b>CDIAP</b>	Centre de Desenvolupament Infantil i Atenció Precoç
<b>CDIAT</b>	Centro de Desarrollo Infantil y Atención Temprana
<b>CFCS</b>	Communication Functional Classification System
<b>CC. AA.</b>	Comunidad Autónoma
<b>CGCFE</b>	Consejo General de Colegios de Fisioterapeutas de España
<b>CIE</b>	Clasificación Internacional de Enfermedades
<b>CIF</b>	Clasificación Internacional del Funcionamiento de la Discapacidad y de la Salud
<b>CRECOVI</b>	Centro Regional de Coordinación y Valoración Infantil
<b>EAT</b>	Equipo de Atención Temprana
<b>EBR</b>	Entrevistas basadas en las rutinas
<b>EDACS</b>	Eating & Drinking Ability Classification System
<b>EIAT</b>	Equipo de Intervención en Atención Temprana
<b>EOEP</b>	Equipo de Orientación Educativa y Psicopedagógica
<b>GAS</b>	Goal Attainment Scale
<b>GAT</b>	Federación Estatal de Asociación de Atención Temprana. Grupo de Atención Temprana
<b>GMA</b>	General Movements Assessment
<b>GMFCS</b>	Gross Motor Function Classification System
<b>GMFM</b>	Gross Motor Function Measure
<b>IMSERSO</b>	Instituto de Mayores y Servicios Sociales
<b>MACS</b>	Manual Ability Classification System
<b>NSMDA</b>	Neurosensory Motor Development Assessment
<b>ODAT</b>	Organización Diagnóstica de la Atención Temprana
<b>OMS</b>	Organización Mundial de la Salud
<b>PDMS</b>	Peabody Development Motor Scales
<b>PEDI</b>	Pediatric Evaluation of Disability Inventory
<b>PEDSQoL</b>	Pediatric Quality of Life Inventory
<b>PERI</b>	Inventario del Riesgo Perinatal
<b>PEM-CY</b>	Participation and Environment Measure Children and Youth
<b>PIA</b>	Plan individual de actuación
<b>PIAT</b>	Plan Individualizado en Atención Temprana
<b>SEDIAP</b>	Servei de Desenvolupament Infantil i Atenció Primerenca
<b>SNC</b>	Sistema Nervioso Central
<b>SVODD</b>	Servicios de Valoración y Orientación de la Discapacidad y Dependencia
<b>UAIT</b>	Unidad de Atención Infantil Temprana
<b>UDIAP</b>	Unitat de Diagnòstic Infantil i Atenció Primerenca
<b>UPA</b>	Unidad de Promoción de la Autonomía
<b>VFCS</b>	Visual Funcional Classification System

A continuación se refleja una serie de sinónimos a cerca de los distintos nombres con los que se denominan al Centro de Desarrollo Infantil y Atención Temprana en el territorio nacional:

- CAIT - Centro de Atención Infantil Temprana
- CAT - Centro de Atención Temprana
- CDIAP - Centres de Desenvolupament Infantil i Atenció Precoç
- CDIAT - Centros de Desarrollo Infantil y Atención Temprana
- EIAT - Equipos de Intervención en Atención Temprana
- SEDIAP - Servei de Desenvolupament Infantil i Atenció Primerenca
- UAIT - Unidades de Atención Infantil Temprana
- UDIAP - Unitat de Diagnòstic Infantil i Atenció Primerenca

## ÍNDICE

<b>INTRODUCCIÓN</b> .....	6
<b>OBJETIVOS GENERALES</b> DEL DOCUMENTO MARCO DE FISIOTERAPIA EN ATENCIÓN TEMPRANA .....	13
<b>CAPÍTULO I</b> - SITUACIÓN DE LA ATENCIÓN TEMPRANA EN ESPAÑA: ANÁLISIS DE LA FIGURA PROFESIONAL DEL FISIOTERAPEUTA.....	14
<b>CAPÍTULO II</b> - COMPETENCIAS ESPECÍFICAS Y TRANSVERSALES DEL FISIOTERAPEUTA EN ATENCIÓN TEMPRANA EN ESPAÑA.....	27
<b>CAPÍTULO III</b> - ESTÁNDARES ACADÉMICOS Y CIENTÍFICOS DE CALIDAD DE ACTUACIÓN DE FISIOTERAPIA EN ATENCIÓN TEMPRANA .....	55
<b>CAPÍTULO IV</b> - COORDINACIÓN INTERINSTITUCIONAL: EDUCACIÓN, SANIDAD Y SERVICIOS SOCIALES. ROL DEL O DE LA FISIOTERAPEUTA.....	71
<b>CAPÍTULO V</b> - <b>ESTRATEGIAS DE ACTUACIÓN COMUNITARIA</b> .....	84
<b>LIMITACIONES Y PROSPECTIVA</b> DEL DOCUMENTO MARCO SOBRE LA FISIOTERAPIA EN ATENCIÓN TEMPRANA .....	97

# INTRODUCCIÓN

## Autora:

- Dra. Raquel Chillón Martínez. Directora Académica del Grado en Fisioterapia. Centro Adscrito San Isidoro (UPO-Sevilla).

Las instituciones académicas, profesionales y científicas en Fisioterapia a nivel nacional han mostrado un reciente interés en torno a la conceptualización, desarrollo y consolidación de la figura del fisioterapeuta en el contexto de la Atención Temprana y la Educación, desarrollándose estrategias visibles que están sirviendo para poner en el mapa de la profesión fisioterapéutica los intereses, las expectativas, las motivaciones y los objetivos que en y desde la Atención Temprana y la Educación se están demandando.

En esta línea de trabajo y desde el Consejo General de Colegios de Fisioterapeutas de España (CGCFE) se crea en marzo de 2018 el **Grupo de trabajo de Fisioterapia en Educación y Atención Temprana** tras la aprobación por la Asamblea General de Colegios de Fisioterapeutas. Este Grupo de trabajo estará constituido por expertos en la materia que, con recorrido profesional, académico y científico en el sector, tienen responsabilidades vinculadas con el desarrollo del rol del fisioterapeuta definido en el contexto de la Educación y la Atención Temprana y que representan y visibilizan los intereses de todas las áreas territoriales y Comunidades Autónomas (CC. AA) definidas en el marco nacional de la legislación reguladora de la profesión de Fisioterapia.

Este grupo nace con la intención de identificar los problemas que subyacen en la Fisioterapia en Educación y Atención Temprana con el propósito de aportar posibles soluciones, diseñar estrategias de mejora y contribuir al crecimiento y consolidación de esta parcela competencial del fisioterapeuta a través de la visibilización y concienciación disciplinar e institucional del ejercicio profesional en este contexto.

Sin duda, los intereses que se generen en este grupo de trabajo van a estar muy imbricados con las demandas y requerimientos de los profesionales, pero también con las líneas de trabajo, ejercicio profesional y científico que vayan determinando las instituciones sociosanitarias, académicas y científicas.

Así, observamos cómo no son pocas las fuentes documentales y bibliográficas que muestran el interés existente en el ámbito de la disfunción y la discapacidad (1) en la infancia y la necesidad de aunar esfuerzos para llevar a cabo mejoras en este contexto, pues son muchos y profundos los cambios profesionales, científicos, sociales, sanitarios y culturales a los que nos hemos enfrentado en las últimas décadas (2-9). Actualmente, la sociedad está empezando a valorar el trabajo de los distintos profesionales en Atención Temprana (AT); en cualquiera de sus niveles de actuación/prevenición: primaria (promoción de la salud del niño o de la niña y de sus familias), secundaria (detección precoz de grupos poblacionales de riesgo) y terciaria (intervenciones que influyen en el desarrollo del niño o de la niña y de su familia); evidenciándose de forma histórica y tradicional las grandes

diferencias existentes entre autonomías (10, 11). Estas diferencias hacen referencia desde la existencia o no del servicio de AT, periodo de inclusión por edad de niños/as, hasta la gratuidad o no del mismo, la obligatoriedad o no de la existencia del perfil del fisioterapeuta para diseñar carteras de servicios en este ámbito.

Estos y otros aspectos fueron puestos en evidencia en un documento elaborado por la Federación Estatal de Asociación de Atención Temprana (GAT) en colaboración con el Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad en el año 2011 (12) que perfecciona y amplía documentos semejantes previamente publicados y que, sin duda, supone uno de los antecedentes clave como documento de referencia nacional que muestra la heterogeneidad de los servicios de AT, la falta de igualdad de oportunidades, el déficit de recursos, la variabilidad de diseños de equipos, la diversidad de modelos de actuación y, en definitiva, la falta de homogeneidad de criterios profesionales y laborales que, sin duda, afectan tanto al colectivo de Fisioterapeutas implicados en este contexto de actuación como, y especialmente, a las familias afectadas y a los/as niños/as.

Por todo ello, el primer proyecto diseñado y llevado a cabo por este grupo en el contexto del CGCFE se centra en la Fisioterapia en AT, dada la situación actual de la AT en nuestro país en la que, como comentábamos anteriormente, la falta de homogeneidad de criterios de atención y derivación a nivel nacional, los déficits de regulación normativa plena, las brechas de actuación profesional entre diferentes regiones y la diversidad de estrategias procedimentales y de distribución de recursos hacen que, la AT en nuestro país, sea para la Fisioterapia un complejo contexto en el que la diversidad a veces conduce a la desigualdad, a la falta de equidad e incluso a situaciones de injusticia social a las que muchas familias se ven abocadas.

No obstante, y pesar de las limitaciones y obstáculos que actualmente existen en la Fisioterapia en AT quisiéramos poner en valor el esfuerzo ímprobo que muchos/as fisioterapeutas están realizando por mantener, desarrollar y consolidar su rol profesional desde los criterios profesionales determinados por la ley y la evidencia científica. Por ellos, por todos/as los y las fisioterapeutas que luchan día a día en un ejercicio profesional complicado, a veces, sin los apoyos institucionales necesarios y suficientes, asumimos el reto de elaborar un documento marco que permita dotar de recursos al colectivo profesional para la visibilización y defensa de una forma de entender la Fisioterapia en AT que no pretende otra cosa que mejorar la calidad de vida de tantos niños, niñas y familias que nos necesitan, transfiriendo finalmente a la sociedad el saber y los logros alcanzados en y desde nuestra profesión dentro del equipo interdisciplinar en el que se lleva a cabo su desarrollo profesional.

Para alcanzar el objetivo de elaboración de un Documento Marco de estas características, se ha llevado a cabo un programa intenso en el que se han integrado sesiones de trabajo grupales en formato presencial y on-line, sesiones de trabajo colaborativo compartido con expertos en AT de otras instituciones afines, consultas y asesoría en el contexto propio de cada Colegio Profesional de Fisioterapia implicado y trabajo individual de cada uno de los miembros del grupo como autores, co-autores o coordinadores de cada uno de los capítulos de configuran este proyecto que tiene como finalidad principal crear un documento

marco que sirva de referencia profesional en Fisioterapia para avalar, apoyar y fundamentar posibles iniciativas de regulación legislativa y normativa, institucional, administrativa, académica o científica, siendo plenamente conscientes del carácter no vinculante de este documento que, sin lugar a dudas, pretende ser un punto de partida desde la profesión a nivel nacional para que todos/as los/as fisioterapeutas que desarrollan su ejercicio profesional en el contexto de la AT vean recogidos, analizados y descritos los principales componentes de su actividad cotidiana sin menoscabo de las conocidas brechas de organización y desarrollo intra e intercomunitario.

Así, este proyecto se centrará en el contexto de la Fisioterapia en la AT, ya que es urgente y prioritaria la valoración exhaustiva del estado actual del desarrollo real de la Fisioterapia en AT (4-6, 8, 9, 13) en las distintas autonomías para identificar los estándares que deberían tenerse en consideración en todo el territorio nacional, favoreciendo así el impacto a nivel sociosanitario de la publicación diana definida para este tipo de servicios. También, es fundamental e imprescindible en la actualidad definir las directrices generales que determinan los principales estándares de calidad académica y científica, así como la descripción clara de las competencias profesionales del fisioterapeuta en AT. Además, dada la compleja pero imprescindible necesidad de coordinación entre las distintas áreas que intervienen en este ámbito (Educación, Sanidad y Servicios Sociales), es imprescindible una reflexión en la que la Fisioterapia no queda al margen de esta red de actores clave para una gestión eficaz de la AT, siendo un hecho constatado la deficitaria presencia del fisioterapeuta en el ámbito Educativo, fuera o dentro del Equipo de Orientación Educativo, pues son muy pocas las CC. AA. que tienen algún tipo de norma reguladora y, en las comunidades que existe, es insuficiente para lograr que los/as niños/as que requieren escolarización a partir de los 3 años y que necesitan tener una línea de continuidad de los servicios de Fisioterapia en las instituciones educativas, los reciban, existiendo en muchos casos una importante brecha no sólo entre los servicios de AT y los que pudieran recibir en sus centros escolares, sino, sobre todo, una gran heterogeneidad y desigualdad en función de lugares de residencia y CC. AA. Este hecho aumenta la pertinencia de este proyecto, pues es fundamental aumentar el espectro de intervención y la calidad de la Fisioterapia en AT poder llevar actuaciones lo más completas posibles y compensar este enorme déficit de fisioterapeutas en Educación, objetivo quizá de otro proyecto.

Este proyecto se ha llevado a cabo en tres fases desde enero de 2019 hasta junio de 2020. En la primera fase se desarrolló la contextualización de la situación actual de la Fisioterapia en AT, llevando a cabo un proceso de captación de expertos de reconocido prestigio nacional en este campo de actuación integrando las sinergias profesionales características de diferentes zonas territoriales, dividiendo así el análisis de la AT en España en las siguientes zonas geográficas.

- Zona Norte (Galicia, Principado de Asturias, Cantabria, País Vasco, La Rioja y Navarra)
- Zona Sur (Andalucía, Murcia, Ceuta y Melilla)
- Zona Este (Aragón, Cataluña y Comunidad Valenciana)
- Zona Centro (Castilla y León, Madrid, Castilla la Mancha y Extremadura)
- Zona Islas (Islas Baleares e Islas Canarias)



Este proceso de selección de expertos fue llevado a cabo con especial rigor, considerando que una experiencia laboral de entre 10-15 años dentro de la fisioterapia pediátrica en atención temprana, el hecho de haber desarrollado una actividad investigadora y/o docente universitaria en temas afines a la fisioterapia pediátrica, a la atención temprana y a las prácticas recomendadas en fisioterapia pediátrica y atención temprana; con una experiencia de más de 7 años y haber realizado publicaciones científicas en congresos y en revistas de impacto o fuentes editoriales de interés sobre fisioterapia pediátrica en el ámbito de la AT, eran criterios fundamentales para participar activamente en el desarrollo de este documento.

Además, tras considerar estos criterios, los expertos se clasificaron en diferentes categorías en función del nivel de implicación, responsabilidad y tipo de función asignada en cada caso, así, se definieron funciones y roles asociadas a coordinadores por capítulos y contenidos, autores principales de los diferentes capítulos o partes que configurarían el documento marco, evaluadores internos (determinados en el contexto del CGCFE) y evaluadores externos (independientes). En total, para la elaboración de este documento marco y sin contar con todos los miembros y representantes colegiales que en el ámbito autonómico o nacional puedan haber valorado este documento, han participado un total de diez autores, seis coordinadores y un total de dieciséis revisores, (tanto internos como externos), por lo que ha sido un trabajo complejo de coordinación que ha permitido aunar esfuerzos y sinergias en torno a una cuestión: la Fisioterapia en AT y la preocupación común por superar las brechas existentes y construir de forma colaborativa un marco común de actuación desde los aspectos que nos unen en este contexto de nuestro desarrollo profesional.

Sin duda alguna, la adecuada selección de expertos es lo que permite desarrollar un documento que aglutine datos pertinentes sobre la Fisioterapia en AT de cada comunidad autónoma pero con el objetivo de ser un documento transversal en el que todos y cada uno de los fisioterapeutas se puedan sentir identificados, prestando una especial atención de forma especial a las cuestiones que se definieron en la Fase II y que describimos a continuación.

Así, en la Fase II, se identificaron y describieron las cuestiones claves del documento marco, empezando por describir la situación actual de la Fisioterapia en AT, siendo sin duda alguna esta fase una de las más intensa del proyecto, pues los autores de los distintos capítulos tuvieron que hacer un enorme esfuerzo por identificar, aglutinar y describir las recomendaciones técnicas para conseguir el desarrollo y consolidación de la Fisioterapia en AT de manera equitativa en todo el territorio nacional, en el contexto de la diversidad y la integración de práctica basada en la evidencia. Para ello, prestaron especial atención a un conjunto de dimensiones identificadas previamente vinculadas con las normas legislativas vigentes en cada zona y su desarrollo real, la descripción de las funciones del fisioterapeuta en el contexto del equipo y la relación interprofesional con otros equipos, las condiciones laborales, la relación con las familias, los procedimientos fisioterapéuticos implementados, los recursos existentes, los procesos y actos fisioterapéuticos pediátricos, la participación en la gestión de los centros y los datos clínicos y la adaptación a las nuevas normativas del manejo y protección de datos, no abordando en esta ocasión, la cuestión de la tele-asistencia sobre la que, estamos

convencidos, se llevará a cabo otras iniciativas y proyectos de rigor profesional, académico y científico en un futuro muy cercano.

Por otro lado, y también dentro de esta fase, se abordó el desarrollo de los mínimos comunes y estándares de calidad en Fisioterapia dentro del contexto de la AT, aspecto fundamental para marcar las directrices propias de nuestro desarrollo profesional en AT, que además requiere un análisis pormenorizado de las competencias del fisioterapeuta en este ámbito, tanto propias o específicas como transversales o interdisciplinarias. Sin olvidar, que la inclusión plena y la relación de los niños y las familias con el entorno es clave en la forma de entender la AT hoy, por lo que las actuaciones comunitarias deben ser identificadas, descritas y, sobre todo, proyectadas hacia un marco real de realización en el que la sociedad recoge el fruto transferido desde la academia y la ciencia fisioterapéutica.

Finalmente, y ya en la fase III y última, se procede a la aprobación y difusión de este documento que servirá como punto de partida desde el CGCFE para apoyar la Fisioterapia en AT con consistencia, solvencia y decisión, afrontando una nueva etapa de comunicación y relaciones institucionales en las que este documento sea la excusa perfecta para seguir avanzando en la consolidación académica, profesional y científica de la Fisioterapia en AT, proponiéndose que, en la medida de las posibilidades de cada colegio profesional, se hagan los esfuerzos necesarios y suficientes para que la idiosincrasia cultural y lingüística de cada zona quede reflejada en este documento y pueda ser traducido a todas las lenguas co-oficiales que puedan existir en las distintas CC. AA. en las que se edite este trabajo.

Sin duda alguna, somos conscientes de las limitaciones que puede suponer un proyecto de estas características, pero consideramos que son más sus fortalezas, pues todos los esfuerzos realizados en torno a difundir el perfil profesional de la fisioterapia en AT para visibilizar la profesión en este contexto y aumentar la concienciación sociosanitaria general sobre su relevancia para la salud de la población infantil, servirán para fomentar la presencia, desarrollo y consolidación de plazas de fisioterapeutas en AT en las distintas administraciones de carácter autonómico y nacional y esto es algo que, dentro de las competencias del CGCFE no puede dejar de fomentarse y difundirse, contribuyendo con este documento, al menos en parte, a este fin.

Desde el Grupo de Fisioterapia en Atención Temprana y Educación consideramos que esta iniciativa será la primera de otras muchas que están por venir y que intentarán responder a nuevas lagunas de conocimiento, necesidades sociosanitarias, requerimientos normativos o demandas científico-técnicas o académicas, por lo que, agradeciendo el esfuerzo y el trabajo realizado hasta el momento, nos ponemos a disposición de todos los fisioterapeutas representados en este consejo general para que nos hagan llegar sus sugerencias, problemas, consultas y proyectos de futuro, pues quizá la única manera de lograr los objetivos como colectivo profesional es trabajar de manera conjunta y con los avales necesarios para construir una profesión más unida y más fuerte, también, en el contexto de la Atención Temprana y la Educación.

## BIBLIOGRAFÍA

1. Alonso, J. M. Atención Temprana. En: VV.AA. (1997). Realizaciones sobre Discapacidad en España [Achievements on Disability in Spain] (p. 45-67). Madrid: Real Patronato de Prevención y de Atención a Personas con Minusvalía.
2. Blair, C. y Ramey, C. T. Early interention for lowbirth-weight infants and the path to second-generation research. In M. J. Guralnick (Ed.), The effectiveness of early intervention (pp. 77-97). Baltimore, MD: Brookes Publishing Co. 1997.
3. Candel, I. Atención Temprana: Eficacia de los programas de atención temprana en niños con síndrome de Down. Apuntes sobre la eficacia de los programas de AT. Investigación en niños con síndrome de Down [Effectiveness of early intervention programs in children with Down syndrome. Notes on the effectiveness of TA programs. Research in children with Down syndrome]. Madrid: Federación Española de Síndrome de Down. 2000.
4. Candel, I. Elaboración de un programa de Atención Temprana [Development of a program of early intervention]. Electronic Journal of Research in Educational Psychology, 3(3), 151-192. 2005.
5. Coriat, L. Estimulación Temprana: La construcción de una disciplina en el campo de los problemas del desarrollo infantil [Early Learning: Building a discipline in the field of child development problems]. Escritos de la Infancia, 8, 29-45. 1997.
6. Dunst, C. J. Sensorimotor development of infants with Down syndrome. En J. A Burack, R. M. Hodapp y E. Zigler (Eds) Hanbook of Mental Retardation and Development (pp. 135-182). New York: Cambridge University Press. 1998.
7. García-Sánchez, F. A. Atención Temprana: elementos para el desarrollo de un modelo integral de intervención [Early Intervention: elements for the development of a Comprehensive model of intervention]. Bordón, 54, 39-51. 2002.
8. Guralnick, M. J. (Ed.). The effectiveness of early intervention. Baltimore: Brookes. 1997.
9. Gútiéz, P. (Edi.). Atención Temprana: prevención, detección e intervención en el desarrollo (0- 6 años) y sus alteraciones [Early Intervention: prevention, detection and intervention in development (0- 6 years) and its alterations]. Madrid: Editorial Complutense. 2005.
10. Federación Estatal de Asociaciones de Profesionales de Atención Temprana (GAT). Organización Diagnóstica para la Atención Temprana. Manual de Instrucciones [Diagnostic Organisation for Early Childhood. Manual]. Madrid: Real Patronato sobre Discapacidad. 2008.
11. Federación Estatal de Asociaciones de Profesionales de Atención Temprana (GAT). Libro Blanco de la Atención Temprana. 2000. Edita: Real Patronato sobre Discapacidad.
12. Grupo de Atención Temprana-GAT. La realidad actual de la Atención Temprana en España [The current reality of EI in Spain]. Madrid: Real Patronato de la Discapacidad. 2011.

13. Candel, I. Atención Temprana. Aspectos teóricos y delimitaciones conceptuales [Early attention. Theoretical aspects and conceptual boundaries]. Revista de Atención Temprana de Murcia, 1, 9-15. 1998.

## **OBJETIVOS GENERALES DEL DOCUMENTO MARCO DE FISIOTERAPIA EN ATENCIÓN TEMPRANA**

### Autores:

- Grupo de Trabajo Educación y Atención Temprana del Consejo General de Colegios de Fisioterapeutas de España
1. Describir la situación actual de la fisioterapia en Atención Temprana en España desde el análisis de la figura profesional del fisioterapeuta.
  2. Identificar y describir las competencias transversales y específicas del fisioterapeuta en Atención Temprana en España
  3. Definir los estándares académicos y científicos de calidad sobre la actuación de Fisioterapia en Atención Temprana.
  4. Valorar la coordinación institucional entre los sectores implicados en la Atención Temprana (Educación, Sanidad y Servicios Sociales), describiendo el rol del fisioterapeuta en este contexto transdisciplinar.
  5. Identificar, definir y proyectar estrategias de actuación comunitaria que permitan una inclusión plena de niños, niñas y familias en su entorno sociocultural.

# CAPÍTULO I - SITUACIÓN DE LA ATENCIÓN TEMPRANA EN ESPAÑA: ANÁLISIS DE LA FIGURA PROFESIONAL DEL FISIOTERAPEUTA

## Autores:

- Dra. Rita Pilar Romero Galisteo. Universidad de Málaga. Facultad CC de la Salud. Dpto. de Fisioterapia
- Dr. Miguel Ángel Capó Juan. Jefe de la Sección de Valoración y Atención Temprana (Govern de les Illes Balears). Profesor asociado en la Universitat de les Illes Balears.

## Coordinadora:

- Inmaculada Ivison Castaño – Vicetesorera y vocal de Atención Temprana del I.C. P. de Fisioterapeutas de Andalucía.

## 1. - INTRODUCCIÓN

Los inicios de la Atención Temprana (AT) en España se sitúan a finales de la década de los 70, seguidos de una gran eclosión de servicios en la década de los 80. Una evolución que se ha caracterizado por haber tenido distintos ritmos entre las distintas comunidades autónomas e incluso dentro de cada comunidad autónoma. La dificultad de ubicar la AT en España ha venido dada por factores relacionados con su aparición y desarrollo en las Unidades de Rehabilitación, en los Centros del antiguo Instituto de Mayores y Servicios Sociales (IMSERSO), en las iniciativas de las Asociaciones de Padres, etc (1).

Una de las primeras definiciones sobre AT condujo a englobar los procedimientos y programas que facilitan el desarrollo o la adquisición de habilidades en bebés y niños/as pequeños/as que tienen discapacidades o que están en riesgo de desarrollar discapacidades. Se incluyeron acciones diseñadas tanto para prevenir condiciones de discapacidad como para mejorar el funcionamiento de niños/niñas con necesidades especiales (2).

Según el Libro Blanco de AT del año 2000, ésta se entiende como el *“conjunto de intervenciones, dirigidas a la población infantil de 0 a 6 años, a la familia y al entorno, que tienen por objetivo dar respuesta lo más pronto posible a las necesidades transitorias o permanentes que presentan los/las niños/as con trastornos en su desarrollo o que tienen el riesgo de padecerlos. Estas intervenciones, que deben considerar la globalidad del niño o de la niña, han de ser planificadas por un equipo de profesionales de orientación interdisciplinar o transdisciplinar”* (3).

Más tarde, la Agencia Europea para el desarrollo del alumnado con necesidades educativas especiales (4), la definió como *“un conjunto de intervenciones para niños/as pequeños/as y sus familias, ofrecidas previa petición, en un determinado momento de la vida de un/a niño/a, que abarca cualquier acción realizada cuando un/a niño/a necesita un apoyo especial para:*

- *Asegurar y mejorar su evolución personal*
- *Reforzar las propias competencias de la familia y*
- *Fomentar la inclusión social de la familia y el/la niño/a”*

Cierto es que hoy día la AT, aún se está constituyendo como disciplina científica en nuestro país, según diversos autores consultados. Podemos remontarnos a sus comienzos en el S. XX cuando se inicia una atención especial a niños/as que presentan algún tipo de déficit, pero si nos referimos a la AT como la entendemos hoy, deberíamos considerarla sólo desde los últimos treinta años (5).

En general, la situación actual de la AT en España es muy heterogénea, encontrando diferencias significativas tanto a nivel organizacional como competencial según la comunidad autónoma a la que dirijamos nuestra mirada. Si bien en la mayoría de ellas existe una dependencia de Servicios Sociales, otras pertenecen al ámbito sanitario, como es el caso de Cantabria o Andalucía. Además, junto al ámbito educativo también se realiza una actividad de AT de cero a tres años cooperando en la adquisición de habilidades y desarrollo de las áreas. Posteriormente la intervención a partir de los tres años puede también ser asumida y/o complementada por el fisioterapeuta educativo en los centros de educación pública o privada que cuenten con algún fisioterapeuta en su plantilla o se coordinen con el Centro de AT más próximo.

Según el art. 5 de la recién publicada Ley 12/2019, de 25 de abril, por la que se regula la AT en Canarias, la finalidad de la AT es *“que los menores que presentan trastornos en su desarrollo o tienen riesgo de padecerlos y sus familias, reciban, siguiendo un modelo que considere los aspectos biopsicosociales, 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 su autonomía personal”* (6).

En esta misma ley se recogen como **objetivos específicos** de la AT:

- a) *Reducir los efectos de un trastorno del desarrollo sobre el conjunto global del desarrollo del menor.*
- b) *Optimizar el curso del desarrollo del niño y la niña y su grado de autonomía, considerando al menor y a su familia como sujetos activos de la intervención, y a la familia como el principal agente impulsor del desarrollo del menor.*
- c) *Introducir los mecanismos necesarios de compensación, de eliminación de barreras y adaptación a necesidades específicas.*
- d) *Evitar o reducir la aparición de efectos o déficits secundarios o asociados producidos por un trastorno o situación de alto riesgo.*
- e) *Atender y cubrir las necesidades y demandas de la familia y el entorno en el que vive el menor.*
- f) *Considerar al niño y a la niña como sujeto activo de la intervención.*
- g) *Garantizar que cada menor cuente con una atención individualizada e integral.*
- h) *Desarrollar y mantener los estándares de calidad en la prestación del servicio de atención temprana.*

Por todo ello, el capítulo pretende mostrar precisamente un mapeo general de cómo es la situación actual de la AT en nuestro país, centrándonos en la figura del fisioterapeuta como profesional de los distintos servicios de AT en los que presta su labor.

## 2. - PRESENCIA DE LA FIGURA DEL FISIOTERAPEUTA EN LOS SERVICIOS DE AT POR COMUNIDADES AUTÓNOMAS

Son muchas las disciplinas en las que se sustenta la AT, siendo la Fisioterapia una de ellas. Afortunadamente, en nuestros días, el fisioterapeuta se ha consolidado como un componente activo y fundamental de los equipos de intervención de AT. Posee un rol muy relevante, tanto en el proceso de acogida como en el de la valoración, intervención y seguimiento de los/las niños/as que llegan a estos servicios. Es por ello, que la figura del fisioterapeuta sigue desarrollándose y adquiriendo mayor número de competencias.

En España, se concibió inicialmente que el fisioterapeuta de los Centros Bases (CB) se dedicara a promover la autonomía personal de las personas con discapacidad y/o dependencia. Aún hoy, en algunas Comunidades Autónomas (CC. AA.), la AT está integrada bajo la dirección de los CB, también llamados Servicios de Valoración y Orientación de la Discapacidad y la Dependencia (SVODD). Todo ello se engloba dentro del marco de las Diputaciones o Consejerías de Servicios Sociales. Sin embargo, en otras comunidades los/las niños/as susceptibles de ser atendidos son valorados y derivados desde los servicios de salud (Atención Primaria y Hospitalaria)

Hace más de treinta años que apareció la figura de estimulador, dedicada a lo que entonces se llamaba *Estimulación Precoz*. Bajo este concepto se consideraba a cualquier profesional con estudio mínimos de tres años de titulación universitaria. Se concebía cualquier profesional de la salud con competencias en el estímulo y promoción del desarrollo infantil frente a trastornos en su desarrollo o riesgo de padecerlos.

Posteriormente, en algunas comunidades se extinguió el concepto de estimulador para constituir plazas específicas de fisioterapeutas, logopedas, psicólogos, terapeutas ocupacionales y trabajadores sociales. Este hecho además, va acorde con las titulaciones universitarias vigentes en nuestro país, siendo actualmente los estudios de nivel de Grado (con 4 años de duración) los que acreditan para ejercer la profesión.

Actualmente, la AT se lleva a cabo en los Centros de Desarrollo Infantil y Atención Temprana (CDIAT) en algunas comunidades también reciben el nombre de Servei de Desenvolupament Infantil i Atenció Primerenca (SEDIAP), Centres de Desenvolupament Infantil i Atenció Precoç (CDIAP), Centros de Atención Infantil Temprana (CAIT) y Equipos de Intervención en Atención Temprana (EIAT). Las distintas formas de llamar a los centros según están ubicados en una comunidad autónoma u otra, corrobora el hecho de la heterogeneidad de la que se hablaba al principio de este capítulo.

El fisioterapeuta ha pertenecido históricamente al CDIAT como terapeuta, sin embargo en comunidades pioneras como las Islas Baleares, el fisioterapeuta forma parte del equipo de la Unidad de Diagnóstico y Atención Temprana coordinando la AT en todos los centros concertados de las Illes Balears y con capacidad para valorar, establecer el diagnóstico y aprobar el plan individual de



actuación (PIA) que elaborará el CDIAT, en el que se describe el número de sesiones de intervención que recibirá el/la niño/a en cada CDIAT.

Si bien no es fácil encontrar legislación que regule y defina las competencias específicas del fisioterapeuta de AT, una de las funciones que podemos encontrar en la citada Ley 12/2019, de 25 de abril, por la que se regula la AT en Canarias, es la realización de un diagnóstico funcional entendiéndose como *“la determinación cualitativa y cuantitativa de los trastornos y disfunciones”* (6). Es la información básica para comprender la problemática del menor, considerando sus capacidades, su familia y su entorno. Es imprescindible para elaborar los objetivos y las estrategias de intervención.

En relación al proceso diagnóstico, diversos mecanismos de clasificación permiten ordenar las situaciones de riesgo y los trastornos que pueden darse en la etapa infantil tanto en los/las niños/as y sus familias, como en su entorno, cuya aplicación permite establecer un conjunto mínimo básico de datos sobre AT. Entre estas clasificaciones encontramos la Organización Diagnóstica de la Atención Temprana (ODAT) (7), la Clasificación Internacional del Funcionamiento de la Discapacidad y de la Salud (CIF), publicada por la OMS en el año 2001, o la Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE), en constante actualización. Dado que el uso de las mismas coexiste en diferentes CC. AA., podría deducirse que tampoco existe consenso en establecer un lenguaje común entre los distintos profesionales que intervienen en la AT.

Los diagnósticos de la ODAT son en la mayor parte de los casos bastante amplios y permiten englobar muchos trastornos o retrasos en el desarrollo, por ello, y dependiendo de la comunidad autónoma tendrán cabida diversas alteraciones como (8):

- Alteraciones en el desarrollo psicomotor o retraso psicomotor (prematuridad, cromosomopatías, etc.)
- Afectaciones motoras permanentes degenerativas (enfermedades neuromusculares, enfermedades reumáticas, etc.)
- Afectaciones motoras permanentes no degenerativas (encefalopatías, malformaciones congénitas, parálisis congénitas o sobrevenidas, pérdidas sobrevenidas de la integridad física, etc.)
- Afecciones respiratorias (fibrosis quística, bronquiolitis, asma, etc.)
- Otras, etc.

En los últimos años, las palabras “entorno natural” y “contexto” se utilizan de manera habitual en el ámbito de la AT. Hace ya tiempo que muchos CDIAT, orientan su intervención hacia la vida cotidiana de las familias y los/las niños/as, hacia los lugares ordinarios y naturales de vida (domicilios, escuelas infantiles, servicios de cuidado o lugares de juego). Aunque siga habiendo servicios que mantienen el modelo tradicional (anomalía-diagnóstico-tratamiento) y funcionan como un centro ambulatorio de tratamientos específicos, dichos servicios no son representativos del conjunto del sector (9).

Si bien el enfoque terapéutico más tradicional, centrado en el/la niño/a y en la familia, es el habitual en la mayor parte de los Centros de AT de nuestro país,

actualmente el Paradigma Centrado en la Familia está en auge en diferentes comunidades autónomas. Independientemente del modelo implementado, el trabajo con y para la familia, sin olvidar al niño o a la niña, es un aspecto imprescindible que no debe obviarse en cualquier servicio de AT que pretenda cumplir con unos requisitos mínimos de calidad (10).

En cualquier caso, el fisioterapeuta de AT colabora activamente con otros profesionales como pueden ser terapeutas ocupacionales, logopedas, psicólogos, etc., tanto del propio servicio de AT como de otros estamentos a los que el/la niño/a pueda estar vinculado. Independientemente del número de profesionales que puedan atender al niño o a la niña con alteraciones del desarrollo o en riesgo de padecerlo, la colaboración entre distintas disciplinas y la comunicación interprofesional es vital y asegurará el éxito en la intervención (11).

### **3. - CONVENIOS Y REGULACIÓN LABORAL**

En la mayoría de comunidades los CDIAT son centros de autogestión, que reciben un aporte económico de la Administración pública, establecido bien por el número de sesiones o plazas, o bien por el número de intervenciones al mes o al año. En principio, tal y como se recomienda en el Libro Blanco de la AT, el servicio que se ofrece a las familias usuarias debe ser totalmente gratuito.

En cuanto a la situación laboral en la que se encuentran los fisioterapeutas españoles que trabajan en AT podría afirmarse que es tan diversa como heterogéneos son los centros. Muchos de los fisioterapeutas trabajan por cuenta ajena bajo un convenio laboral inespecífico, entendiendo como tal aquél que engloba al profesional de la AT dentro de la atención a personas con discapacidad (por ejemplo, algunos convenios de Centros de atención a personas con discapacidad), otros en cambio trabajan para administraciones locales, que cuentan con convenio propio; otros tantos se encuentran trabajando de forma autónoma; bajo el régimen de cooperativas y en casos más excepcionales como funcionarios de distintas administraciones públicas.

A día de hoy, el único convenio laboral específico y propio para trabajadores de centros de AT que no los considera como parte de otros servicios de atención a personas con discapacidad, es el de Cataluña, en vigor desde 2016, y que establece los distintos grupos profesionales, funciones, tipos de contrato, retribuciones, jornadas de trabajo, sanciones, medidas de conciliación, carrera profesional, etc (12).

En AT, se suelen realizar intervenciones consideradas “directas”, sobre el/la niño/a, la familia y el entorno, e “indirectas”, es decir, aquéllas en las que el fisioterapeuta debe planificar el abordaje terapéutico y responder a las tareas administrativas, de formación y de gestión que le son propias.

#### 4. - PROCESOS, TEMPORALIZACIÓN Y ALGORITMOS DE DERIVACIÓN

Tras el nacimiento, y en caso de ser necesario, el bebé recibe una atención fisioterápica a nivel hospitalario. Posteriormente desde el hospital o bien, el pediatra de Atención Primaria deriva a las Unidades de Atención Infantil Temprana (UAIT), UDIAP (Unitat de Diagnòstic Infantil i Atenció Primerenca), o a los Servicios de Valoración y Atención Temprana y éstos, posteriormente, a los CDIAT, donde queda cubierta la atención terapéutica en todas las áreas del neurodesarrollo.

No en todas las comunidades autónomas esto es exactamente así. Una vez más, se constata la heterogeneidad que comentábamos en la introducción a este capítulo. En algunas comunidades, como Andalucía, una vez detectado el problema que pueda presentar el/la niño/a, serán las UAIT las que determinen la idoneidad de que el caso sea atendido en un CAIT. Conviene señalar que estas unidades están formadas por un pediatra y por un psicólogo clínico, en ningún caso, forma parte de este equipo un fisioterapeuta.

De manera general, el circuito asistencial quedaría definido como se muestra en la figura 1 (13).



Fig. 1. Circuito asistencial. Modificado de Federación Española de Asociaciones de Profesionales de Atención Temprana. (13)

## 5. - POBLACIÓN ATENDIDA, DEPENDENCIA DE ADMINISTRACIONES Y CENTROS EXISTENTES

A modo de resumen, se pretende mostrar la realidad actual en cada comunidad autónoma sobre el número de niños/as atendidos/as (*Tabla 1*), así como el número de CDIAT, su dependencia a nivel administrativo y edades de atención (*Tabla 2*).

*Tabla 1.- Total de nacimientos, total de niños de 0 a 6 años y estimación de la población atendida por comunidad autónoma.*

Comunidad Autónoma Regulación legislativa	Total de nacimientos por Comunidad (2018) (14)	Total de niños/as de 0 a 6 años por Comunidad (2018) (14)	N.º de niños/as atendidos/as durante el 2016/2017/2018 (13)
Andalucía	71.029	500.944	22.388 (2018)
Cataluña	63.566	447.591	40.034 (2017)
Comunidad de Madrid	57.544	398.966	5.348 (2017)
Comunidad Valenciana	38.018	277.084	3.000 (2017)
Galicia	16.560	122.357	s/d
Castilla y León	15.044	108.624	3.130 (2017)
País Vasco	16.100	119.362	2.529 (2017)
Canarias	14.775	104.370	s/d
Castilla-La-Mancha	15.845	116.633	5.070 (2018)
Región de Murcia	14.675	98.971	3.700 (2017)
Aragón	9.977	71.085	2.042 (2018)
Islas Baleares	10.285	67.191	2.000 (2018)
Extremadura	7.821	54.851	1.252 (2018)
Principado de Asturias	5.733	42.086	1.770 (2017)
Comunidad Foral de Navarra	5.398	39.349	688 (2018)
Cantabria	3.805	28.968	1.406 (2017)
La Rioja	2.330	17.654	744 (2016)
Melilla	1.340	8.582	s/d
Ceuta	972	6.815	s/d

**Nota:** Los datos de esta tabla han sido recogidos del Instituto Nacional de Estadística (14) así como de las distintas asociaciones profesionales de AT que existen en las diferentes CC. AA. Cuando esto no ha sido posible, se han utilizado datos publicados del último documento publicado por el GAT (13). \*s/d: sin datos.

**Tabla 2. Dependencia de administraciones públicas, tipos de centros existentes y edades en las que se prevé la AT en cada comunidad autónoma**

Comunidad Autónoma Regulación legislativa	Dependencia SVDD/CDIAT	Número de CDIAT	Edad de Atención
<i>Andalucía</i>	Salud	191	0-6
<i>Cataluña</i>	Sistema Català de Serveis Socials	96	0-6
<i>Comunidad de Madrid</i>	Asuntos Sociales	41	0-6
<i>Comunidad Valenciana</i>	Igualdad y Políticas Inclusivas	47	0-6
<i>Galicia</i>	Trabajo y Bienestar Social	16	0-6
<i>Castilla y León</i>	1- Servicios sociales 2- Educación	21(1) 36(2)	0-6
<i>País Vasco</i>	Servicios Sociales	71 Vizcaya: 48 Álava: s/d Guipúzcoa: 23	0-6
<i>Canarias</i>	Salud	1	0-6
<i>Castilla-La-Mancha</i>	Bienestar Social	50	0-6
<i>Región de Murcia</i>	Servicios Sociales	34	0-6
<i>Aragón</i>	IASS (Instituto Aragonés de Salud, Consumo y Servicios Sociales)	25	0-6
<i>Islas Baleares</i>	Serveis Socials (SOVDD)	13	0-6
<i>Extremadura</i>	Servicios Sociales	41	0-6
<i>Principado de Asturias</i>	Bienestar Social	12	0-6
<i>Comunidad Foral de Navarra</i>	Servicios Sociales	8	0-3
<i>Cantabria</i>	Salud	5	0-42 m
<i>La Rioja</i>	Servicios Sociales	14	0-6
<i>Ceuta</i>	s/d	s/d	s/d
<i>Melilla</i>	s/d	s/d	s/d

**Nota:** Los datos de esta tabla han sido obtenidos de centros públicos y concertados.

\*s/d: sin datos.

## **6. - ORGANIZACIÓN PROFESIONAL Y FUNCIONES**

El fisioterapeuta en AT se caracteriza por ser un componente del equipo junto a otros perfiles como psicólogos, logopedas, trabajadores sociales, terapeutas ocupacionales y otros profesionales sanitarios y no sanitarios.

En cada comunidad autónoma se establece una legislación diferente, incluso en algunas de ellas falta regulación sobre las propias competencias del fisioterapeuta en AT. De esta manera podemos encontrar que, en Andalucía, en el Proceso Asistencial Integrado de AT (15), se atribuyen al fisioterapeuta las siguientes funciones:

- Valoración fisioterapéutica protocolizada.
- Aplicación de técnicas específicas.
- Información y preparación de los padres para cumplir las recomendaciones en el domicilio, particularmente para la realización de técnicas de estimulación motora.
- Entrenamiento en el uso de ortesis y ayudas técnicas para la deambulación.
- Registro en historia clínica de la actividad y de la evolución.
- Valoración de la evolución y participación en la planificación del tratamiento.

En Cataluña, el Departamento de Bienestar Social y Familia, aprobó el perfil profesional del fisioterapeuta de AT en 2011 (16). Según este texto, se considera que las personas que trabajen como fisioterapeutas deben tener unas competencias profesionales que le son propias en función de las habilidades y conocimientos de tipo técnico y organizativo que han recibido mediante la formación y otras competencias de carácter más transversal que son comunes y transferibles a diferentes contextos profesionales, donde las competencias cognitivas y emocionales adquieren un peso específico.

En Baleares, en el BOIB núm. 77 de 18 de junio de 2016 (16), por el que se establecen las funciones del Fisioterapeuta dependiente del Servicio de Valoración y Atención Temprana público:

- Llevar a cabo tratamientos individuales de rehabilitación dirigidos a obtener la máxima recuperación funcional de la persona.
- Establecer los programas de rehabilitación conjuntamente con el/la médico/a rehabilitador/a.
- Asesorar y colaborar con otros profesionales del campo multiprofesional del centro.
- Asesorar y colaborar con otros profesionales del campo multiprofesional del centro.
- Atender a la familia y asesorar la con apoyo y pautas de actuación.
- Participar, cuando el equipo multidisciplinar lo requiera, en la valoración y diagnóstico de las patologías físicas de los/as niños/as de 0 a 3 años.
- Llevar a cabo todas las funciones que le encomiende la dirección, dentro de su categoría y especialidad, relativas a la discapacidad y dependencia.

Estos ejemplos nos muestran que, en la mayoría de las CC. AA., al fisioterapeuta de AT no se le exigen otras competencias más que las propias de su profesión o especialización para el colectivo de la infancia y discapacidad. En la siguiente tabla se señala el número de fisioterapeutas dedicados a la AT por CC. AA.

*Tabla 3. Número de fisioterapeutas dedicados a la AT en centros públicos y concertados.*

<b>Comunidad Autónoma Regulación legislativa</b>	<b>Número de fisioterapeutas de AT por Comunidad Autónoma. Centros públicos y concertados 2017/2018</b>
<i>Andalucía</i>	259: Almería (31), Cádiz (34) Córdoba (33), Granada (20), Huelva (12) Jaén (19), Málaga (53), Sevilla (57)
<i>Cataluña</i>	200
<i>Comunidad de Madrid</i>	s/d
<i>Comunidad Valenciana</i>	24
<i>Galicia</i>	25-35
<i>Castilla y León</i>	s/d
<i>País Vasco</i>	Alava: 5. Las demás provincias: s/d
<i>Canarias</i>	s/d
<i>Castilla-La-Mancha</i>	79
<i>Región de Murcia</i>	52
<i>Aragón</i>	42
<i>Islas Baleares</i>	20
<i>Extremadura</i>	48
<i>Principado de Asturias</i>	11
<i>Comunidad Foral de Navarra</i>	8
<i>Cantabria</i>	s/d
<i>La Rioja</i>	s/d
<i>Ceuta</i>	s/d
<i>Melilla</i>	s/d

**Nota:** Datos obtenidos a través de las asociaciones de profesionales existentes en las diferentes comunidades autónomas). \*s/d: sin datos

## **6. - CONCLUSIÓN**

A modo de resumen, podríamos concluir que no existe aún en España el consenso deseable entre las diferentes comunidades autónomas sobre cuál es el mejor modelo de intervención a implementar vista la heterogeneidad a la que se ha hecho alusión a lo largo de todo el capítulo.

En los últimos años, y no solo a nivel político, se ha hecho un esfuerzo por identificar las necesidades de niños/as con problemas del neurodesarrollo o con riesgo de padecerlos y de sus familias. Aun nos falta camino por recorrer para garantizar la calidad de un servicio de AT el cual debiera constituirse, mediante una Ley Orgánica que regule la AT en España como derecho fundamental de las familias.

La figura del fisioterapeuta en AT debe seguir consolidándose, como profesional de la salud que diagnostica desde una vertiente funcional, promueve la adquisición y desarrollo actividades funcionales en niños/as y que fortalece las competencias de los padres para brindar a sus hijos/as oportunidades de participación. El fisioterapeuta sigue interviniendo mediante atención directa e indirecta teniendo en cuenta al niño/a, a la familia y al entorno.

Además, el fisioterapeuta en nuestro país asume con mayor frecuencia un rol de liderazgo, gestión y dirección (18), y este hecho también se evidencia en la AT. Los fisioterapeutas españoles son componentes activos de asociaciones de AT, coordinadores de centros e incluso ejercen cargos de responsabilidad gubernamental dentro de las consejerías.

No debiera olvidarse la incipiente labor investigadora que muchos fisioterapeutas de AT están desarrollando en nuestro país, aportando evidencia científica al trabajo diario y contribuyendo, por tanto, a mejorar la calidad de servicio que se presta a las familias atendidas en los servicios de AT (19).

El bagaje dentro de este campo permite a profesionales de la AT promover mejoras organizativas, mediante el uso de los distintos sistemas de gestión implementados, herramientas y aplicaciones informáticas que ayudan a conectarnos y a trabajar de forma coordinada con el fin único de incrementar la calidad de los servicios que se ofrecen.

Por todo ello, resulta imprescindible el trabajo cooperativo del fisioterapeuta con otros profesionales de salud ya sea siguiendo modelos multi/inter/intra o transdisciplinares.

Por ende, establecer en la actualidad criterios valoración, derivación e intervención consensuados en todas las comunidades permitiría objetivar datos fiables sobre la realidad de la AT en España.

De este capítulo se desprende: 1) Diversidad de criterios de inclusión entre comunidades; 2) Diversidad de servicios ofertados; 3) Diversidad de las funciones de los fisioterapeutas.



## BIBLIOGRAFÍA

1. Belda, J.C. Niveles de desarrollo de la Atención Temprana. Revista Española de Discapacidad. 2016; 4 (1): 219-224. Doi: <<http://dx.doi.org/10.5569/2340-5104.04.01.12>>
2. Odom, S.L. Editorial. Journal of Early Intervention, 13(1): 3-5. 1989.
3. Federación Estatal de Asociaciones de Profesionales de Atención Temprana (GAT). Libro Blanco de la Atención Temprana. 2000. Edita: Real Patronato sobre Discapacidad.
4. Soriano, V. y Kyriazopoulou, M. *Atención Temprana, progresos y desarrollo 2005-2010*. Agencia Europea para el desarrollo de la Educación del Alumnado con Necesidades educativas especiales. 2005
5. Robles-Bello, M.A. y Sánchez-Teruel, D. Atención Infantil Temprana en España. Papeles del Psicólogo. 2013; 34(2):132-143.
6. Ley 12/2019, de 25 de abril, por la que se regula la atención temprana en Canarias. [Internet] 2019 [citado el 30 de mayo de 2019]. Disponible en: <https://www.boe.es/eli/es-cn/l/2019/04/25/12>
7. Federación Española de Asociaciones de Profesionales de Atención Temprana (GAT). Organización Diagnóstica para la Atención Temprana (ODAT). 2005. Madrid: Real patronato sobre Discapacidad
8. Capó Juan MA. Fisioteràpia a l'entorn educatiu. En: Orte C, Ballester LL. Anuari de l'Educació de les Illes Balears. 2016. Palma: Fundació Guillem Cifre de Colonya. pp: 463-74. Consulta do en internet el 28-10-2010. [https://gifes.uib.cat/digitalAssets/456/456479\\_anuarieducacio\\_2016.pdf](https://gifes.uib.cat/digitalAssets/456/456479_anuarieducacio_2016.pdf)
9. Ponte, J. Contextos y entornos naturales. Alguna reflexió teòrica y su aplicació pràctica. Desenvolupa. La revista d'Atenció Precoç. 2017. Consultado en internet el 28 -10-2019. <http://www.desenvolupa.net/Ultims-articles/Contextos-y-entornos-naturales.-Alguna-reflexion-teorica-y-su-aplicacion-practica-Jaime-Ponte-11-2017-Nou>
10. Romero-Galisteo, R.P., Barajas, C. y Gálvez-Ruiz, P. Perspectivas actuales de evaluación e intervención en Atención Temprana (Editorial). Escritos de Psicología. 2015; 8(2):3-5.
11. Cross, L., Marisa J. Salazar, Natalie Dopson-Campuzano y Batchelder, H.W. Best practices and considerations: including young children with disabilities in Early Childhood settings. Focus on exceptional children. 2009; 41(8):1-8
12. Convenio colectivo de trabajo para los centros de desarrollo infantil y atención precoz de Cataluña. Diari Oficial de la Generalitat de Catalunya, nº 7120 del 13/05/2016). Consultado en internet el 9-6-2019: <https://www.iberley.es/convenios/sector/convenio-colectivo-centros-desarrollo-infantil-cataluna-1900192>
13. Federación Española de Asociaciones de Profesionales de Atención Temprana (GAT). (2018). Atención Temprana. La visión de los profesionales. Madrid: Real patronato sobre Discapacidad.
14. Instituto Nacional de estadística. [Internet] 2019 [citado el 23 de bril de 2019]. Disponible en: [https://www.ine.es/dynqs/INEbase/es/categoria.htm?c=Estadistica\\_P&cid=1254735572981](https://www.ine.es/dynqs/INEbase/es/categoria.htm?c=Estadistica_P&cid=1254735572981)
15. VVAA. Proceso Asistencial Integrado de Atención Temprana. 2006). Consejería de Salud de la Junta de Andalucía. [Internet] 2006 [consultado el 12 de mayo de

- 2019]. Disponible en: <http://atenciontemprana.w2web.es/wp-content/uploads/Proceso-As-AT.pdf>
16. Generalitat de Catalunya. Departamento de Bienestar Social y Familia. Secretaria General. Perfil profesional del fisioterapeuta. Acuerdo aprobado el 11 de noviembre de 2011 por el Comité de Expertos en Formación del Ámbito Social. [Internet] 2011. [citado el 15 de mayo de 2019]. Disponible en: <https://www.boe.es/eli/es/rd/2002/09/27/1001>
  17. Orden de la Consejería de Servicios Sociales y Cooperación del 10 de Junio de 2016 por la que se aprueban las funciones de los empleados de la Consejería de Servicios Sociales y Cooperación. <https://www.caib.es/eboibfront/ca/2016/10505/581730/ordre-de-la-consellera-de-serveis-socials-i-cooper>. Consultado el 24 de octubre de 2019.
  18. Capó-Juan MA. Liderazgo, gestión y dirección. *fisioGlía*. 2017;4(2):28
  19. Romero-Galisteo RP, Blanco-Villaseñor A, Moreno-Morales N, Gálvez-Ruiz P. Early intervention and perceived quality: refinement of the inventory of quality in early intervention centers. *Medicine*. 2019; 98(15): e15173 doi: 10.1097/MD.00000000000015173

## CAPÍTULO II - COMPETENCIAS ESPECÍFICAS Y TRANSVERSALES DEL FISIOTERAPEUTA EN ATENCIÓN TEMPRANA EN ESPAÑA

### Autor:

- Dr. Francisco Javier Fernández Rego. Fisioterapeuta pediátrico del Centro de Desarrollo Infantil y Atención Temprana Fina Navarro López del Ayuntamiento de Lorca. Profesor asociado del departamento de Fisioterapia de la Universidad de Murcia.

### Coordinador:

- Javier Merino Andrés. Fisioterapeuta pediátrico del Centro Crecer de atención temprana e infanto-juvenil de Toledo. Profesor asociado de la Facultad de Fisioterapia y Enfermería de la Universidad de Castilla la Mancha.

### 1. - INTRODUCCIÓN

De acuerdo con los tres niveles de prevención/actuación expuestos en la introducción, el fisioterapeuta, como miembro de un equipo de Atención Temprana (AT) con orientación interdisciplinar o transdisciplinar, a modo general, y al igual que el resto de los profesionales del equipo, deberá desarrollar sus actuaciones en tres niveles (prevención primaria, secundaria y terciaria) y los objetivos generales de su intervención deberán ir dirigidos a:

- Promover el desarrollo motor del niño o de la niña y prevenir el desarrollo de futuras discapacidades, teniendo en cuenta las propias características evolutivas del niño o de la niña, así como las características de su familia y de su entorno.
- Capacitar a la familia y cuidadores, dotándolas de información adecuada con respecto a las características del desarrollo motor de su hijo/a, atendiendo a las demandas de la familia y acompañándola a lo largo del proceso de intervención y desarrollando de forma conjunta, atendiendo a las necesidades y prioridades de la familia, los objetivos de la intervención fisioterápica.
- Garantizar la integración del niño o de la niña en su entorno social y comunitario, a través de actividades motoras funcionales que promuevan su participación en la comunidad (1).

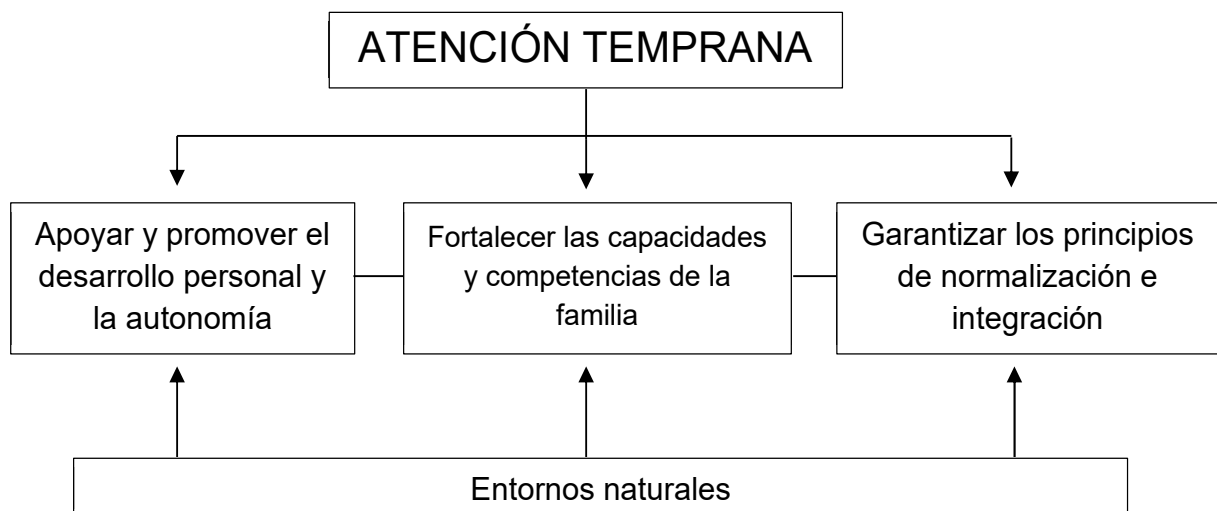


Fig. 1. Objetivos de la Atención Temprana

Tomado de: Recomendaciones técnicas para el desarrollo de la Atención Temprana. Grupo GAT. Madrid: Ed. Real Patronato sobre Discapacidad; 2005

## 2. – EL PAPEL DEL FISIOTERAPEUTA EN AT

En la práctica de la AT son comunes una serie de valores por parte de todos los profesionales que la integran. Los fisioterapeutas reconocen que la “calidad de las relaciones que establecen los padres con los profesionales que atienden a su hijo/a, puede aumentar o disminuir el efecto de cualquier tipo de habilidades técnicas y conocimientos que los profesionales aportan a su trabajo con los/as niños/as y sus familias” (2). Por lo tanto, todos los profesionales de AT requieren tener conocimientos y formación para comprender el alcance de las relaciones entre padres-hijos/as, profesional-niño/a, padres-profesional, y entre los profesionales (2, 3). Es esencial para que todos los profesionales de AT realicen una intervención orientada a la familia y culturalmente competente (4).

Los fisioterapeutas que desarrollan sus funciones en AT, lo hacen como miembros de un equipo de orientación interdisciplinar o transdisciplinar. En este sentido, sus funciones y el desarrollo de su intervención serán diferentes, dependiendo del tipo de orientación que se utilice para el desarrollo del Plan Individualizado en AT (PIAT). El tipo de orientación deberá elegirse teniendo en cuenta las características y necesidades del niño o de la niña y su familia. Una intervención de orientación interdisciplinar es aquella en la que los miembros del equipo se coordinan y comparten información, en un espacio formal, y desarrollan de forma conjunta los objetivos y el plan de evaluación e intervención en AT, estableciendo los diferentes profesionales (según sus disciplinas) que van a intervenir con el/la niño/a y su familia. Mientras que una intervención de orientación transdisciplinar, es aquella en la que los miembros del equipo son conocedores de signos de alarmas de otras disciplinas relacionadas y las incorporan a su práctica para poder realizar un abordaje más global. En este tipo de intervención un solo profesional del equipo es el que asume la responsabilidad de la atención al niño o a la niña y/o el contacto directo con la familia, contando, en todo momento, con el respaldo y las orientaciones aportadas por el equipo (5).

Los fisioterapeutas de AT reconocen la importancia de la intervención en los entornos naturales y que estos entornos no son más que una ubicación diferente para proporcionar la intervención, pero implica un proceso que promueve la participación en la comunidad de las funciones y actividades que escoge la familia para el/la niño/a (6). En este sentido, la familia/cuidadores estarán informados y capacitados para que el/la niño/a practique sus habilidades motoras, según los objetivos terapéuticos, si es necesario, modificando el entorno o con ayudas posturales.

En las últimas dos décadas, la filosofía de los principios de intervención en AT ha cambiado y la aplicación del nuevo modelo centrado en la familia está todavía en evolución (7). La AT ofrece al niño o a la niña y a la familia un conjunto de intervenciones para promover el desarrollo del niño o de la niña y su participación activa como miembro de la comunidad. En este sentido, los fisioterapeutas proporcionan su contribución al equipo de AT, a través de sus competencias específicas, en la promoción de la función psico o sensomotora y de actividades mediante las que se mejore y optimice el desarrollo motor y perceptual del niño o de la niña, su estado músculo-esquelético, su organización neuroconductual, su estado cardiopulmonar y su adaptación efectiva al entorno en los distintos contextos de

desarrollo. Los fisioterapeutas deben proporcionar esta intervención de manera que fomente la función de la familia y respete sus valores y su cultura (8-9).

En resumen, los fisioterapeutas de AT deben de realizar un trabajo en equipo, inter o transdisciplinar, orientado a la familia y desarrollado en los entornos naturales (10-11).

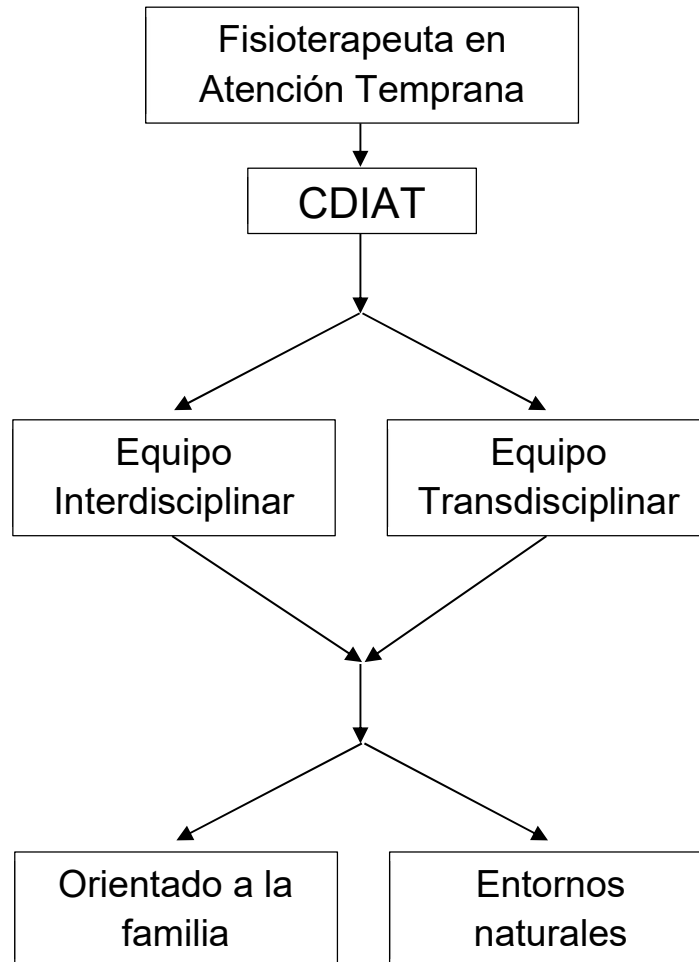


Fig. 2. Papel del fisioterapeuta en AT

Fuente: Francisco Javier Fernández Rego, basado en el marco conceptual del libro blanco de AT

### 3. – LA INTERVENCIÓN FISIOTERÁPICA EN AT

El marco procedimental en el que se apoya la intervención fisioterápica en AT es el aportado por la Clasificación Internacional del Funcionamiento, Discapacidad y Salud (CIF) y la Organización Diagnóstica en AT (ODAT). El paradigma CIF representa relaciones interactivas complejas entre la salud de un individuo y los factores contextuales del entorno y la persona (12-13). Este paradigma adoptado por la Organización Mundial de la Salud (OMS), tipifica la práctica del fisioterapeuta y proporciona una estructura para entender y organizar la intervención. Veamos un ejemplo, dentro de este marco, el fisioterapeuta de AT actúa sobre:

- La integridad funcional y estructural de las partes y sistemas del cuerpo, tales como la capacidad del niño o de la niña para controlar la función respiratoria. (Funciones).

- El bebé, como un todo, utiliza el movimiento (sistema motor) para lograr una tarea como, por ejemplo, llevarse las manos a la boca o agarrar el dedo de un cuidador. (Actividades).
- El/La niño/a, en casa, y en entornos de la comunidad realiza funciones sociales tales como interactuar con los cuidadores durante la alimentación. (Participación).

Estos tres componentes (función, actividad y participación) son esenciales para apoyar el bienestar fisiológico y de comportamiento, físico, social y psicológico del niño o de la niña y para promover una interacción adecuada entre los/as niños/as y sus familias.

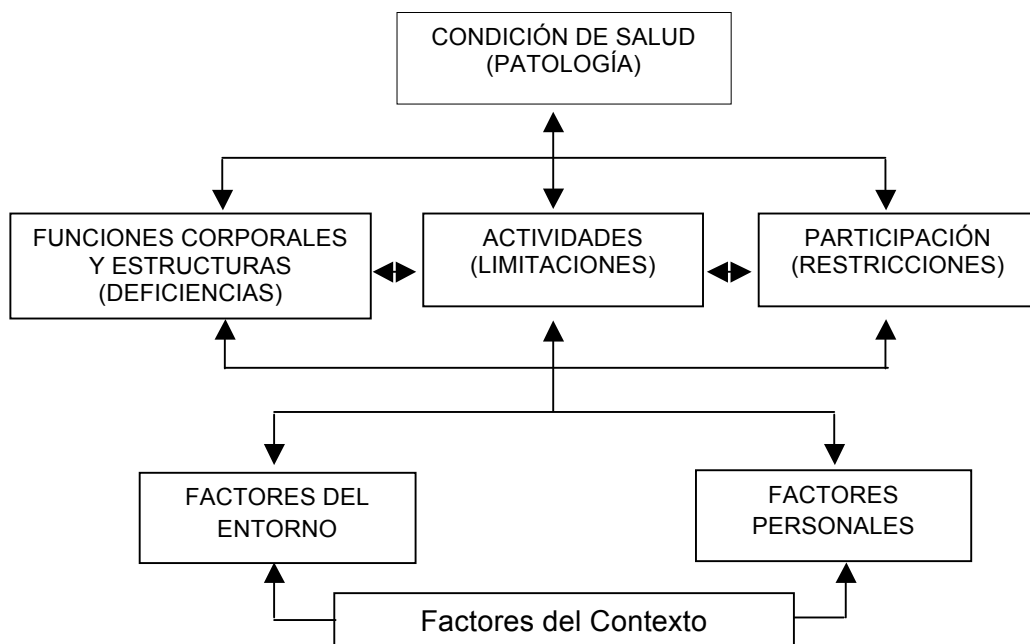


Fig.3. Clasificación Internacional del Funcionamiento, Discapacidad y Salud. Adaptado de *International Classification of Functioning, Disability and Health*. Organización Mundial de la Salud 2001.

Los tres componentes de enfermedad o patología activa, también son descritos en la figura 3:

- Deficiencias.
- Limitaciones de la actividad.
- Restricción de la participación.

La deficiencia es una pérdida o anomalía de la estructura corporal o de una función fisiológica o psicológica. Ejemplos en el/la niño/a incluyen la incapacidad para controlar los sistemas fisiológicos resultando en movilidad limitada de las articulaciones dando como resultado un déficit en el movimiento. La limitación de actividad es una restricción de la capacidad para realizar una acción física, actividad o tarea de una forma eficiente, típicamente esperada o competente. En el bebé prematuro, la limitación de actividad puede ocurrir cuando es incapaz de mover las manos hacia la línea media para llevarlas a la boca y succionar, una estrategia utilizada a menudo para su autorregulación (figura 4). En un/a niño/a con parálisis cerebral espástica, diparesia espástica, de 18 meses, una limitación de la actividad estaría referida a no poder alcanzar la bipedestación estable y la marcha (figura 5).

La restricción de participación es la incapacidad para participar en roles específicos de la edad en un entorno social o físico determinado, en la casa los ejemplos son la alimentación y actividades de atención-interacción tales como atención auditiva e interacción visual con los cuidadores durante la alimentación refiriéndonos al ejemplo del niño prematuro o de la niña prematura; en el caso del niño o de la niña con diparesia espástica una restricción de la participación le impediría poder interactuar con otros/as niños/as de su edad a través del movimiento en el suelo, jugando y explorando el entorno, en el parque, la escuela infantil o en su propia casa (figura 5).

Los dos factores contextuales, que observamos en la figura 3, son el entorno (influencia externa sobre la función) y personal (influencia interna sobre la función). Los factores personales son las características del individuo que no son parte de una condición de salud o estado de salud (14,15). Estos factores influyen en las relaciones entre las funciones y estructuras del cuerpo, actividades, y participación y pueden o limitar o promover la función (14).

Ejemplos de factores del entorno en el ámbito neonatal (hospital) o en la casa del niño o de la niña pueden ser los estímulos visuales, sonoros y los cambios posturales. Muchos estímulos visuales y un sonido excesivo en el entorno de desarrollo pueden obstaculizar la autorregulación motora o del comportamiento, dificultando la atención, mientras que si se disminuyen los estímulos visuales y el ruido se pueden promover estas funciones (figura 4) (16). En el ejemplo del niño/a con parálisis cerebral, el apoyo familiar, los servicios de fisioterapia de su comunidad y el uso de un bipedestador para la bipedestación son aspectos facilitadores para promover un adecuado desempeño que mejore la participación (figura 5)

Ejemplos de factores personales de los/as niños/as prematuros/as son la hipersensibilidad o irritabilidad a factores estresantes internos que llevan rápidamente a la sobreestimulación, agitación, o agotamiento, lo que puede impedir la capacidad del niño o de la niña de autocalmarse o autorregular los sistemas fisiológicos, motor o de estado impidiendo una adecuada participación. Contener al bebé en posiciones de flexión global con las manos o dedos cerca de la cara y la boca puede disminuir la angustia fisiológica, mejorar la organización motora y aumentar el comportamiento de autorregulación (figura 4) (16). En el caso del ejemplo del niño o de la niña con diparesia espástica, los factores personales podrían incluir diferentes condiciones cognitivas y conductuales. Un estilo de vida saludable y un comportamiento adecuado a su edad, son factores que influyen positivamente sobre la participación (figura 5).

La CIF y el énfasis sobre el contexto y la función pueden guiar a los fisioterapeutas de AT a visualizar la complejidad del entorno interno y externo del niño o de la niña y a anticipar como los distintos procedimientos de fisioterapia apoyarán o sobrecargarán el funcionamiento del niño o de la niña y la familia (16)

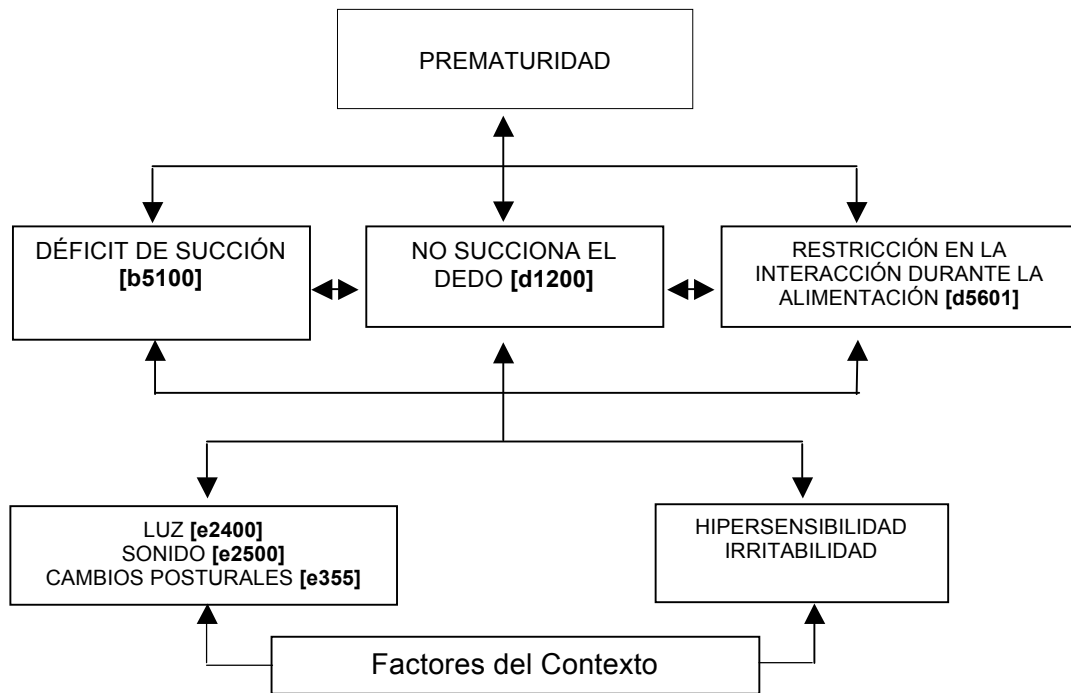


Fig. 4. Esquema de la CIF, ejemplo 1: Prematuridad  
Traducido de: Sweeney, Jane K., et al. Neonatal physical therapy. Part II: Practice frameworks and evidence-based practice guidelines. Pediatric Physical Therapy, 2010, vol. 22, no 1, p. 2-16

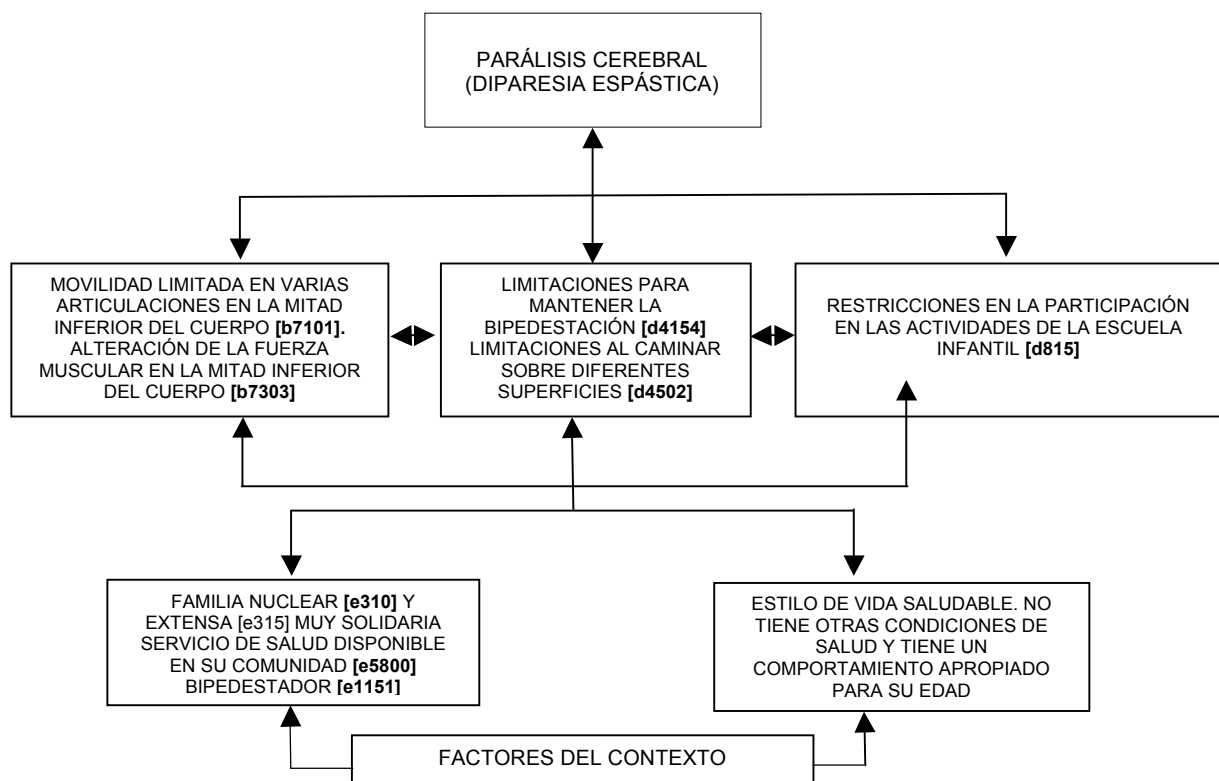


Fig. 5. Esquema de la CIF, ejemplo 2: Parálisis Cerebral.  
Traducido de: Effgen SK. Meeting the Physical Therapy Needs of Children. Philadelphia, PA: FA Davis Company; 2005. Cap 1, Serving the needs of children and their families; p. 29-31.

Teniendo en cuenta el marco conceptual de la CIF, la fisioterapia en AT deberá ser una intervención basada en promover la participación del niño o de la niña, con alteraciones motoras o riesgo de padecerlas, en su entorno. La



participación está influenciada por los intereses y las prioridades del niño o de la niña y la familia, y está optimizada por experiencias de la vida real que fomentan la participación activa del niño o de la niña, amistades e interacciones con otros, aprendizaje y desarrollo de habilidades, y disfrute (17).

En este sentido, la participación óptima de los/as niños/as con discapacidades físicas o riesgo de padecerlas, se define como una interacción dinámica de los determinantes (características del niño o de la niña, la familia y el entorno) y las dimensiones (física, social y de compromiso personal) de la participación (Fig. 6. Modelo conceptual de la intervención basada en la participación).

El compromiso físico es la participación del niño o de la niña en la actividad; lo que el/la niño/a realmente está haciendo. El compromiso social abarca las interacciones interpersonales que se producen durante la actividad. El autocompromiso se refiere al disfrute del niño o de la niña en el momento y la autocomprensión como aprender cosas nuevas desarrollando el autoconcepto (17).

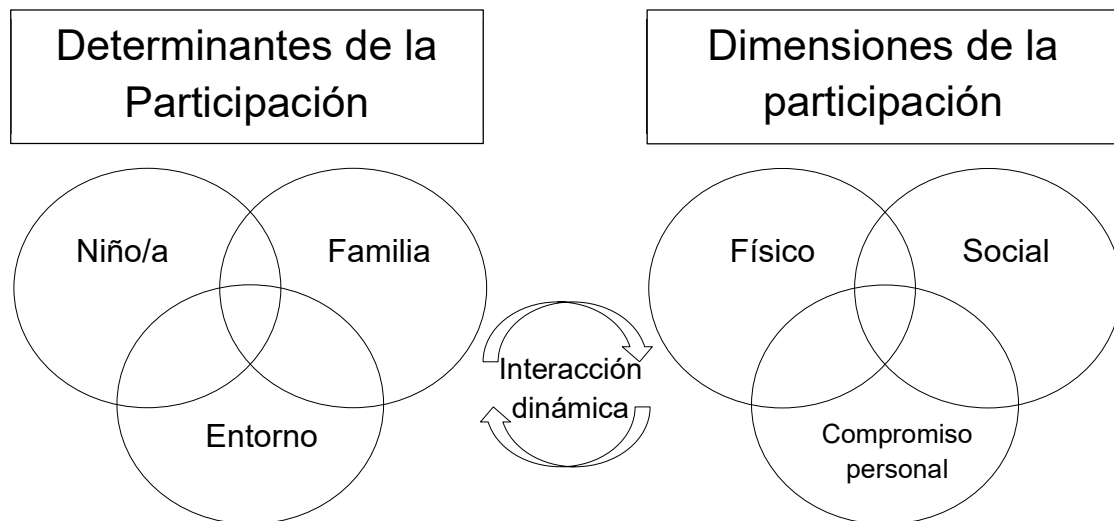


Fig. 6. Modelo conceptual de la intervención basada en la participación. Adaptado de Robert J. Palisano, Lisa A. Chiarello, Gillian A. King, Iona Novak, Tracy Stoner, Alyssa Fiss. *Participation-based therapy for children with physical disabilities*, 2012.

Los principios de la intervención basada en la participación son:

- Orientada a objetivos,
- Dirigida a la familia,
- Basada en la colaboración entre padres y profesionales
- Desarrollada sobre las fortalezas del niño o de la niña y su familia
- Ecológica
- Autodeterminada

### **Orientada a objetivos**

Diversos estudios, han demostrado que la fisioterapia orientada a objetivos basados en la promoción de tareas concretas, reales y cotidianas en entornos naturales es más efectiva que la fisioterapia basada en el desarrollo de terapias y técnicas que se centran en las deficiencias, en la calidad del movimiento y el rendimiento muscular (18). El desarrollo de una intervención fisioterápica efectiva,

implica el establecimiento de objetivos de colaboración y la búsqueda de objetivos significativos seleccionados por el/la niño/a y/o su familia (19). La escucha efectiva y la comunicación para establecer un objetivo común, son consideradas estrategias fundamentales para el desarrollo de intervenciones exitosas.

### ***Dirigida a la familia***

La intervención efectiva requiere compartir una alianza terapéutica basada en los sistemas de creencias de las familias, donde la colaboración en la toma de decisiones y la intervención se guían por el respeto a la comprensión de los padres de las necesidades de sus hijos/as, la apreciación de la familia y la visión de los/as niños/as, sus valores y preferencias. La intervención centrada en la familia representa una constelación de principios y prácticas que promueven la autodeterminación, capacidad de toma de decisiones y autoeficacia de la familia (incluyendo el/la niño/a). Los principios en los que se basa la intervención centrada en la familia incluyen el reconocimiento de los padres como expertos en las necesidades de sus hijos/as, la promoción de la asociación y el apoyo al papel de la familia en la toma de decisiones sobre las intervenciones que consideren adecuadas para sus hijos/as (20). La literatura sobre la atención centrada en la familia indica la importancia de las habilidades interpersonales que permiten y empoderan. Existe evidencia de que la intervención centrada en la familia está relacionada con los beneficios físicos o de salud para los/as niños/as y los beneficios psicosociales para las madres/padres/cuidadores. En consecuencia, la intervención centrada en la familia se considera una buena práctica en el desarrollo de la AT (21).

### ***Colaboración entre padres y profesionales***

La colaboración entre profesionales y familias ha sido respaldada como el mejor enfoque en la intervención en AT y se considera una característica fundamental de los servicios efectivos (22). La colaboración entre fisioterapeutas y padres es fundamental para el éxito de la intervención. La colaboración exitosa se caracteriza por las siguientes competencias en los fisioterapeutas:

- Capacidad para escuchar, compartir y aprender con las familias
- Capacidad para fomentar el rol y la experiencia de los padres
- Capacidad para facilitar la toma de decisiones centrada en los padres sobre qué es lo mejor para el/la niño/a (22)

El juicio del fisioterapeuta, la conducta centrada en la familia y las habilidades interpersonales están involucradas en saber qué hacer y cuándo y cómo hacerlo. Estas habilidades y comportamientos, en conjunto, constituyen los componentes básicos de la intervención centrada en la familia, ayuda efectiva, y practica basada en relaciones (20).

### ***Fortalezas del niño o de la niña y la familia***

Una habilidad importante del fisioterapeuta es la capacidad de reconocer y desarrollar las fortalezas de los/as niños/as y las familias. Una visión de la persona y la discapacidad basada en fortalezas refleja una premisa clave de la psicología positiva (19). La literatura destaca el papel desempeñado por las relaciones de apoyo entre niños o niñas/familias y fisioterapeutas sin prejuicios en: mejorar la

esperanza, el control y el sentimiento de empoderamiento de los niños/as y sus familias sobre sus situaciones (20); fomento de la reciprocidad y la cooperación necesarias para alcanzar los objetivos del niño o de la niña y su familia; y conduciendo a resultados de intervención positivos (19).

### **Ecología**

La evidencia de alta calidad apoya los enfoques terapéuticos que se centran en la adquisición de habilidades funcionales a través de la práctica en entornos naturales. Las intervenciones que están diseñadas para fomentar la autodeterminación de los/as niños/as, o bien utilizan un enfoque de aprendizaje de habilidades o un enfoque ambiental-ecológico que involucra experiencias de la vida real, oportunidades para elegir y facilitar el establecimiento de objetivos, y un entrenamiento centrado en la solución que apoye la autorreflexión. El trabajo en el área de la autodeterminación proporciona una justificación teórica sobre cómo se produce el aprendizaje en entornos naturales (23).

Un ejemplo de una intervención ecológica, para trabajar la conducta de alcance y pinza digital en un/a niño/a de 10 meses con diparesia espástica, es la que se llevaría a cabo en su casa, estimulado por su madre a que cogiera garbanzos de una taza y los sacase, estando el/la niño/a sentado/a en su trona, a la que se adaptaría un asiento moldeado pélvico, que le ayudase a corregir la anteversión pélvica, facilitándole la flexión de cadera y permitiéndole una postura estable en sedestación que le facilitase la función prensora. De esta manera introducimos un apoyo a la sedestación (asiento moldeado) que le facilita la función en su entorno natural (su casa) y estimulado por su madre, con la que previamente consensuamos el objetivo a trabajar, y le aportamos información sobre la importancia de esta función prensora para el desarrollo de su bebé, empoderándola y capacitándola para que lo entrene, con distintas actividades de prensión y manipulación, dentro de las rutinas diarias del bebé.

### **Autodeterminada**

La literatura se refiere repetidamente a la importancia de considerar mecanismos de cambio subyacentes a la intervención. El compromiso, el control y la coherencia se consideran los mecanismos básicos por los cuales se produce el cambio en la intervención. Sobre la base de los mecanismos de cambio asociados con el aprendizaje autodeterminado, en el ámbito de AT, el cambio se produce cuando los/as niños/as y las familias creen que el enfoque de intervención vale la pena y es beneficioso. Es decir, se involucran emocionalmente, participan en el proceso de intervención, se sienten confiados y controlan las decisiones (a través de proporcionarles información y opciones), y sienten que los objetivos de la intervención (y las estrategias para alcanzar los objetivos) tienen sentido o son coherentes.

Los profesionales de AT consideran su papel como facilitadores del cambio, que incluye educar, apoyar, acompañar y facilitar un sentido de empoderamiento en los/as niños/as y las familias (por ejemplo, proporcionarles información, apoyo emocional y recursos y facilitar su control sobre sus circunstancias. Los profesionales expertos emplean un enfoque flexible e individualizado, basado en sus fortalezas, para que el/la niño/a y la familia puedan resolver problemas y descubrir soluciones para la participación (24).

Este marco procedimental que determina la CIF, con respecto a la intervención del fisioterapeuta en AT, debe incorporarse a la estructura de la ODAT propuesta por el Grupo de Atención Temprana (GAT) y para el desarrollo de un mismo lenguaje interdisciplinar que unifique una forma común de intervención en todo el Estado Español.

En este sentido, la ODAT es una clasificación diagnóstica que tiene una estructura multiaxial con la que se pretende recoger los aspectos:

- Biológico, psicológico y social.
- Detección, diagnóstico y tratamiento.

El primer nivel consta de tres ejes en los que se recogen los factores de riesgo del niño o de la niña, la familia y el entorno.

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

El segundo nivel consta de tres ejes en los que se describen el tipo de trastornos o disfunciones que se pueden diagnosticar en el/la niño/a, en las interacciones con la familia, y con las características del entorno.

4. Trastornos en el desarrollo.
5. Familia.
6. Entorno.

El tercer nivel consta también de tres ejes de intervención con el/la niño/a, la familia y el entorno, y en el que se incluyen o identifican los recursos, las necesidades y los apoyos referidos al niño o a la niña, la familia y el entorno.

7. Intervención con el niño o la niña.
8. Intervención con la familia.
9. Intervención en el entorno.

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

A partir de esa situación inicial de análisis el equipo del CDIAT debe elaborar el PIAT. Para ello, el GAT ha elaborado el Nivel III de la ODAT que viene a constituir una hoja de ruta y que incluye las tres fases relevantes que acompañan al proceso diagnóstico: identificar recursos propios, identificar necesidades y diseñar los apoyos que se van a destinar a esas necesidades. Dichas fases siempre estarán referidas al niño o a la niña, la familia y el entorno (25).

En AT todo el proceso de intervención es susceptible de variaciones según se va avanzando. Así pues, si varían los recursos personales y materiales del niño o de la niña, de su familia o del entorno, también variarán las necesidades que surgen

de la interrelación entre el diagnóstico y los recursos para hacerle frente. Esto nos lleva a la conclusión de que no se pueden establecer apoyos fijos y estables en todos los casos, sino que los apoyos deberán ser variables y flexibles adaptándose continuamente a las necesidades cambiantes.

Con respecto a este tercer nivel, en la parte de **recursos** se registran los “haberes”, las fortalezas de que disponen tanto el/la niño/a, como sus padres y su entorno. Se establecen seis categorías subdivididas en recursos personales y materiales.

A partir de los factores de riesgo y/o de los trastornos y los recursos disponibles hemos de ser capaces de delimitar unas **necesidades**, que se describen en las tres categorías de Necesidades (niño/a, familia, entorno).

En la parte de Apoyos se describen los “deberes”, en el sentido de las prestaciones que va a contemplar el PIAT, es decir, los apoyos que se ha programado destinar al niño o a la niña, a sus padres o a su entorno, con las vertientes personal y material.

Con los recursos y los apoyos estaríamos hablando de “**Factores de Protección**”, tanto de los disponibles por hallarse ya presentes o bien de los efectos de las acciones programadas desde el CDIAT (26).

Teniendo en cuenta los marcos procedimentales para la intervención fisioterápica en AT, describimos a continuación, a través de un esquema, qué pasa con el/la niño/a y su familia cuando llegan al CDIAT, después de haberse detectado signos de alarma o una alteración del desarrollo (Fig.7. Proceso de AT).

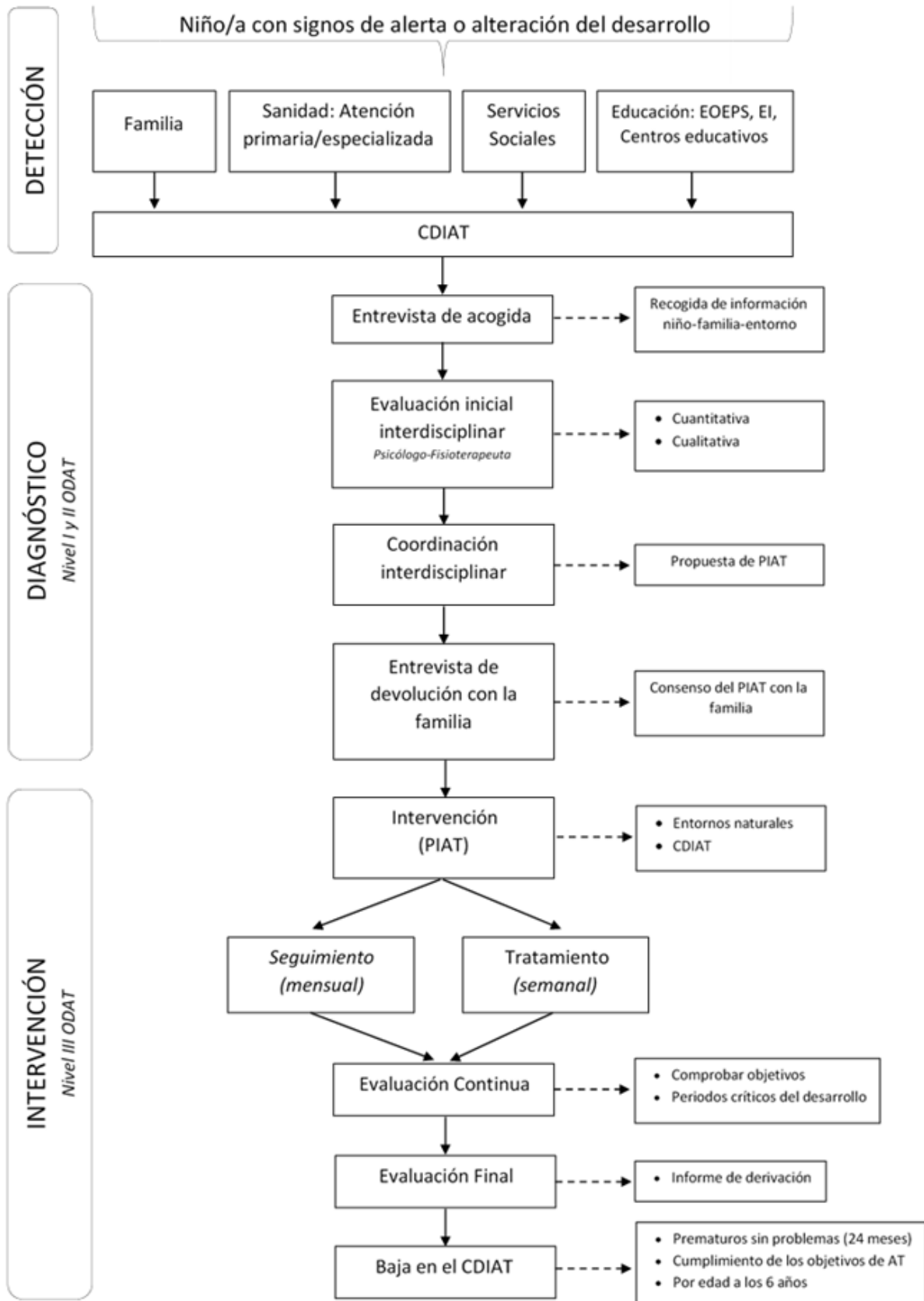


Fig.7. Proceso de AT

Fuente: Francisco Javier Fernández Rego. Fuente: Francisco Javier Fernández Rego, basado en el marco conceptual del libro blanco de AT

#### **4. – COMPETENCIAS ESPECÍFICAS DEL FISIOTERAPEUTA EN AT**

Una vez establecidos los niveles de intervención en atención temprana, según el libro blanco de la AT, el fisioterapeuta, al igual que el resto de los profesionales del equipo, desarrollará sus funciones en todos los niveles de intervención.

En la prevención primaria de AT (Información a la población general) el fisioterapeuta llevará a cabo las siguientes funciones:

- Conferencias, charlas, y reuniones de coordinación interinstitucional con sanidad (atención primaria y especializada), servicios sociales y educación (escuelas infantiles y centros educativos) sobre desarrollo motor y signos de alarma que pueden indicar una posible alteración motora.
- Información a través de la elaboración de folletos sobre desarrollo motor y signos de alarma, recomendaciones posturales y motoras para promocionar el desarrollo del niño o de la niña.
- Información sobre utensilios y juguetes de bebés que pueden ser útiles para promocionar su desarrollo motor y cuáles no.
- Talleres formativos para padres sobre masaje infantil en la promoción del desarrollo motor de sus hijos/as y su importancia en el apego.
- Talleres para padres sobre la importancia de la lactancia materna en el desarrollo de las funciones orofaciales y de la alimentación.
- Talleres de psicomotricidad dirigido a profesionales y familias para promocionar el desarrollo motor y la capacidad relacional de los/as niños/as en su grupo de iguales y con la familia.
- Talleres de control postural dirigido a profesionales y familias para prevenir alteraciones musculoesqueléticas de tronco y cadera y asegurar un adecuado desarrollo motor.

Podemos ampliar la información sobre la prevención primaria, consultando el capítulo V.

En la prevención secundaria y terciaria, dirigida la primera a los grupos de riesgo y la segunda a los/as niños/as con trastornos o alteraciones motoras que afectan a su desarrollo, el fisioterapeuta llevará a cabo prácticamente las mismas funciones propias de su disciplina, salvo las relacionadas con el tratamiento, que en el grupo de riesgo será diferente que en los/as niños/as que presenten alteraciones motoras. Con respecto a estos niveles de intervención en AT, las funciones del fisioterapeuta quedaran agrupadas en cuatro bloques:

- Evaluación
- Intervención
- Formación
- Investigación

##### **4. 1. – EVALUACIÓN FISIOTERÁPICA EN AT**

La evaluación fisioterápica en AT tendrá por objetivos:

- Detectar precozmente las alteraciones en el desarrollo o el riesgo de padecerlas.
- Obtener información sobre las posibles causas de las alteraciones.

- Conocer el momento evolutivo, el nivel de desarrollo motor y el pronóstico funcional.
- Conocer y obtener información sobre la familia, sus rutinas de crianza, como interactúan con el/la niño/a, su estilo de crianza, su capacidad de colaboración.
- Conocer el entorno y los diferentes contextos de desarrollo y sus potencialidades.
- Planificar el tratamiento (27)

La evaluación en AT es un proceso, dirigido a obtener información y a conocer la realidad motora del niño o de la niña, las características de la familia y las potencialidades del entorno para poder planificar una intervención adecuada (27).

Este proceso de evaluación se inicia, siguiendo el esquema anterior con la llegada de la familia al CDIAT y el proceso de acogida.

#### **4.1.1. – ENTREVISTA DE ACOGIDA**

La entrevista de acogida es el primer contacto de la familia con el fisioterapeuta. En esta entrevista, el fisioterapeuta debe ir recogiendo las preocupaciones, los proyectos/expectativas, dificultades de los padres en la crianza, así como los antecedentes familiares y personales del niño o de la niña, pruebas clínicas si existen, etc.

En esta sesión de acogida ya se puede obtener información básica, por ejemplo, mediante la observación del lactante/niño/a, ya sea en el manejo de cómo los padres lo cogen o interactúan con él, identificar posibles signos de alarma que pueden indicar lagunas en el desarrollo psicomotor, etc.

Además, en la entrevista de acogida, se les explica a los padres/tutores como es el funcionamiento del CDIAT, los recursos que están a su disposición, sus derechos y sus obligaciones como usuarios del centro (27, 28).

#### **4.1.2. – HIPÓTESIS DIAGNÓSTICA**

Hay que tener en cuenta que la mayoría de los/as niños/as que inician AT aun no tienen un diagnóstico médico y el fisioterapeuta debe realizar su propio diagnóstico en base a la evaluación clínica y con ayuda de instrumentos estandarizados y fiables. Todo ello aportará una información sobre el funcionamiento general y específico del niño o de la niña, ya sea a nivel físico, pero también a nivel emocional y de interacción con el adulto y con los juegos.

Este proceso de evaluación conduce a un proceso de diagnóstico donde se valoran: las capacidades y dificultades funcionales del niño o de la niña, su nivel evolutivo y funcional, su grado de autonomía, etc. Esto ayudará a establecer una hipótesis diagnóstica para empezar a establecer unos objetivos y plan terapéutico, así como una aportación para el resto del equipo (29).

La hipótesis diagnóstica inicial debe reflejar no solamente las posibles limitaciones y déficits del niño o de la niña sino también el conjunto de sus



posibilidades y capacidades. Algunas veces será necesario completar la evaluación realizando una observación del niño o de la niña en su entorno natural, ya sea en el domicilio o escuela infantil, junto con los padres o cuidadores principales. En los casos concretos, por la situación geográfica, social o de otra índole que impidan el desplazamiento del fisioterapeuta o de la familia para realizar esta observación de modo presencial, se podría hacer vía telemática, lo que permitirá también obtener información del comportamiento motor del niño o de la niña en el entorno elegido.

### **4.1.3. – INSTRUMENTOS DE EVALUACIÓN**

A medida que se va conociendo al niño o a la niña es básico evaluar sus capacidades, ya sea observando su movilidad espontánea o en la interacción con el juego, con sus padres, con sus iguales o con los adultos.

En este sentido es importante destacar que la evaluación fisioterápica en AT debe ser cuantitativa y cualitativa y debe tener en cuenta al niño o a la niña, la familia y el entorno.

#### **4.1.3.1. – LA EVALUACIÓN CUANTITATIVA**

La evaluación cuantitativa es la que realizamos basándonos en la información que aportan los instrumentos estandarizados de medida del desarrollo motor o específicos para algún tipo de alteración o trastorno motor, y que aportan como resultado una medida tipificada o estandarizada (puntuaciones compuestas, escalares, percentiles, etc.) y no únicamente una puntuación bruta, no tratada estadísticamente.

Las evaluaciones con instrumentos de medida estandarizados abogan por una representación más exacta de las habilidades motrices en niños/as pequeños/as. Estas evaluaciones ayudan a saber identificar los signos de riesgo que pueden indicar lagunas en el desarrollo psicomotor y permitan identificar las desviaciones del desarrollo psicomotor. Son útiles para planificar el abordaje terapéutico.

El uso de instrumentos de evaluación estandarizados, basados en la evidencia, aporta muchos beneficios, entre ellos destacamos:

- Información objetiva sobre los puntos fuertes del niño o de la niña y la progresión de su evolución en el tiempo.
- Favorece la colaboración de los fisioterapeutas con los/as niños/as y sus familias a la hora de ajustar los objetivos funcionales.
- Permiten planificar la intervención y evaluar los resultados y los cambios asociados con las intervenciones o programas terapéuticos (30).

En la actualidad, existen diferentes instrumentos de evaluación y su uso implica un entrenamiento y una adecuada formación considerando la amplia diversidad, no solamente de tipos de alteraciones del desarrollo psicomotor y de patologías, sino también de los objetivos que se desean obtener de la/s evaluaciones (figura 8).

#### **4.1.3.2. – LA EVALUACIÓN CUALITATIVA**

La evaluación cualitativa es la que nos aportan los protocolos clínicos de evaluación del neurodesarrollo, la información aportada por la familia, la observación del entorno familiar y social, la determinada por escalas que no indican medidas estandarizadas y la basada en la evaluación de objetivos funcionales.

La evaluación cualitativa, se inicia en la entrevista de acogida donde obtenemos una información de la familia sobre su forma de funcionar e interactuar con el/la niño/a, conocemos datos socio-sanitarios, estilo de crianza, etc.

Vamos completando esta información cualitativa, observando el movimiento espontáneo del niño o de la niña, sus características posturales, y su forma de interactuar durante el juego tanto con su figura de referencia, como con sus iguales.

Además, la evaluación cualitativa la completamos con los protocolos clínicos de evaluación del tono activo y pasivo, la calidad de ejecución de los diferentes hitos motores, el estudio de los reflejos, las reacciones posturales y la ontogénesis postural (27).

Debemos también evaluar y conocer el entorno natural del niño o de la niña y conocer las posibilidades que presenta para convertirlo en un entorno de calidad estimular. Además, es necesario plantear y evaluar junto con la familia y el/la niño/a una serie de objetivos funcionales, que sean de interés para el/la niño/a y su familia, y que tengan un sentido terapéutico; que nos permitan determinar la evolución del niño o de la niña con respecto a la función y que sea una medida de comparación consigo mismo (figura 8).

Con respecto a la evaluación en general (cuantitativa o cualitativa) resulta de gran utilidad el usar instrumentos de evaluación para todos los dominios de la CIF, es decir, estructura y funciones corporales, actividad y participación, factores contextuales, condiciones de salud y funcionamiento general. El objetivo es poder conocer toda la realidad del niño o de la niña y evaluar los efectos de la intervención en todos los componentes y dominios de la CIF (figura 9).

#### **4.1.4. – PERÍODOS DE EVALUACIÓN RELACIONADOS CON EL DESARROLLO Y FACTORES DE RIESGO**

La evaluación fisioterápica en AT se llevará a cabo en diferentes períodos. En el caso de los/as niños/as de riesgo (prematuros) se aconseja, aplicar el Inventario de Riesgo Perinatal (PERI) (31), o cualquier otro instrumento de medida del riesgo neonatal, al informe médico de alta del Servicio de Neonatología para determinar el nivel de riesgo del bebé, según los factores de riesgo biológico que haya sufrido, y así poder conocer un posible pronóstico sobre cómo será su neurodesarrollo y que podemos esperar de su evolución. Además, a la población de riesgo se le debe realizar un seguimiento mensual donde serán evaluados para monitorizar su desarrollo motor y resto de áreas del desarrollo, debiendo utilizar siempre un instrumento estandarizado y teniendo en cuenta la edad corregida. Los/as niños/as con alteraciones motoras, depende del grado o nivel de afectación, serán evaluados en distintos períodos para comprobar su evolución, aunque se recomienda, para alteraciones leves y moderadas,

realizar las evaluaciones en los períodos críticos del desarrollo, principalmente en los dos primeros años de vida, es decir, a los 3, 6, 9, 12, 15, 18 y 24 meses, de edad cronológica o corregida según se trate de niños/as prematuros/as o a término (16). Por otro lado, la evaluación de los objetivos funcionales se realizará preferentemente con la escala Goal Attainment Scale (GAS) y se llevará a cabo en el tiempo previsto para la consecución del objetivo.

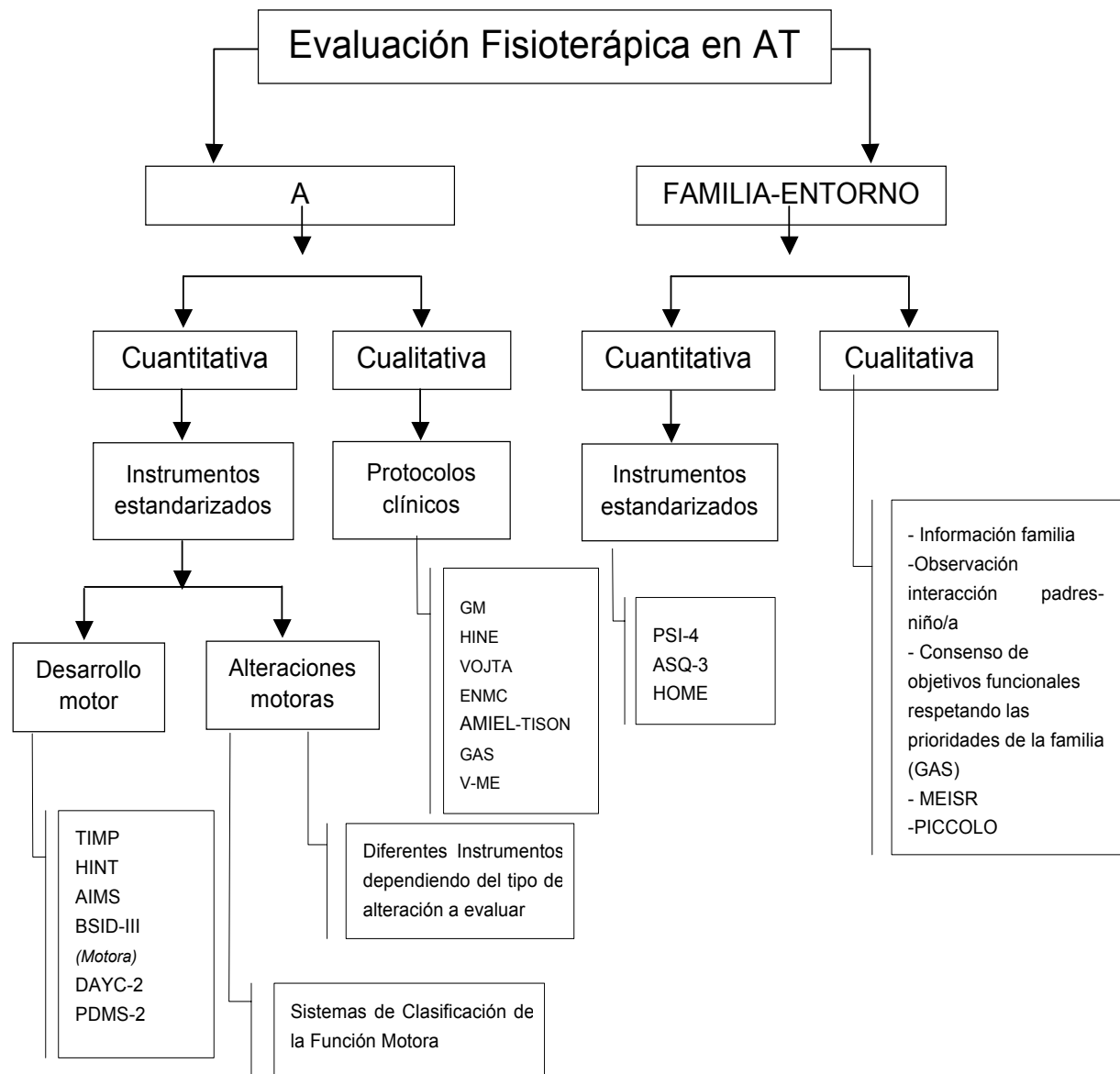


Fig.8. Evaluación fisioterápica en AT. TIMP: Test of Infant Motor Performance, HINT: Harris Infant Neuromotor Test, AIMS: Alberta Infant Motor Scale, BSID-III: Bayley Scales of Infants and Toddlers Development-third edition, DAYC-2: Developmental Assessment of Young Children-second edition. PDMS-2: Peabody Development Motor Scales-second edition, GM: General Movements, HINE: Hammersmith Infant Neurological Examination, VOJTA: Sistemática diagnóstica de Vojta, ENMC: Examen Neuromotor Complementario, AMIEL-TISON: Protocolo de evaluación del tono activo y pasivo, GAS: Goal Attainment Scaling, V-ME: Protocolo de Valoración Musculoesquelética SEFIP, PSI: Parenting Stress Index-fourth edition, ASQ-3: Ages and Stages Questionnaires-third edition, MEISR: Escala de Participación, Autonomía y Relaciones Sociales, HOME: Home Observation for Measurement of the Environment  
PICCOLO: Parenting Interactions with Children: Check List of Observations Linked to Outcomes.  
Fuente: Francisco Javier Fernández Rego

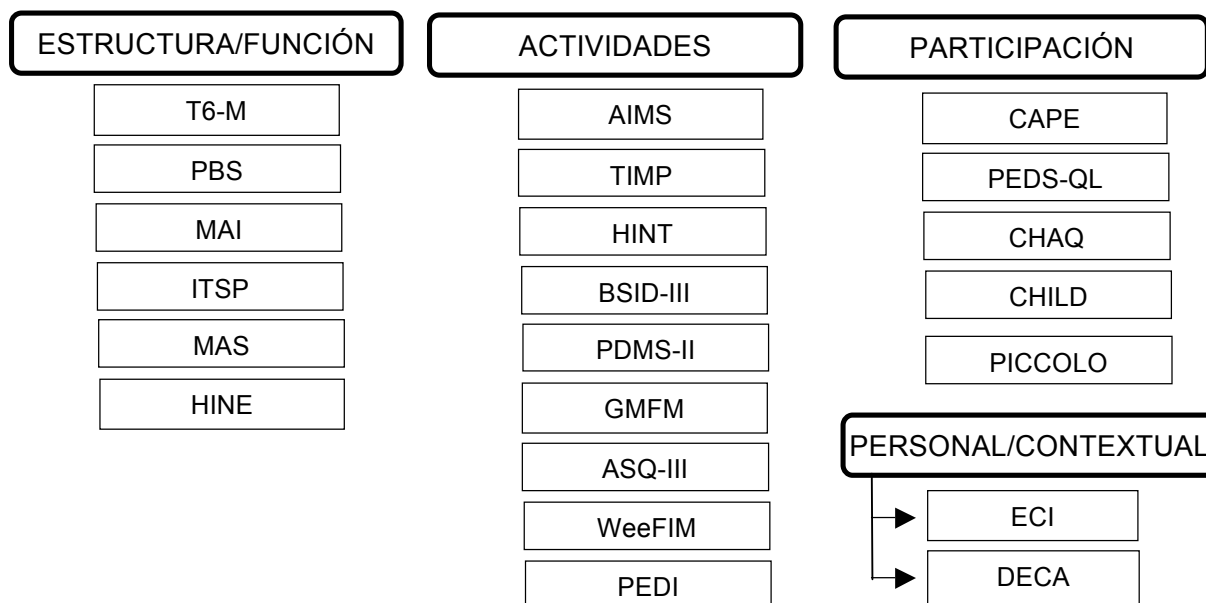


Fig 9. Instrumentos de evaluación clasificados según los dominios de la CIF. T6-M: Test 6 minutos marcha. PBS: Pediatric Balance Scale. MAI: Movement Assessment of Infants. ITSP: Infants and Toddlers Sensory Profile. MAS: Modified Ashworth Scale. HINE: Hammersmith Infant Neurological Examination. AIMS: Alberta Infant Motor Scale. TIMP: Test of Infant Motor Performance. HINT: Harris Infant Neuromotor Test. BSID-III: Bayley Scales of Infants and Toddlers Development-third edition. BSID-III: Bayley Scales of Infants and Toddlers Development-third edition. GMFM: Gross Motor Function Measure. ASQ-3: Ages and Stages Questionnaires-third edition. WeeFIM Functional Independence Measure for Children. PEDI: Pediatric Evaluation of Disability Inventory. CAPE: Children's Assessment of Participation and Enjoyment. PEDS-QL: Pediatric Quality of Life Inventory. CHAQ: Child Health Assessment Questionnaire. CHILD: Child Health Index of Life with Disabilities. PICCOLO: Parenting Interactions with Children: Check List of Observations Linked to Outcomes. ECI: Early Coping Inventory. DECA: Devereux Early Childhood Assessment  
Fuente: Francisco Javier Fernández Rego, modificado de: Academy of Pediatric Physical Therapy Fact Sheet/Resource. List of Pediatric Assessment Tools Categorized by ICF Model

#### 4.1.5. - Documentación, informes y planificación

Las políticas y procedimientos en AT suponen un trabajo de documentación que ayuda a mantener una base sólida para las decisiones clínicas, una justificación y base para la comunicación con el resto del equipo, para mejorar su desarrollo profesional, para una posible supervisión, y para asegurar la mejora continuada de la calidad asistencial.

La documentación también es necesaria para comunicarse con las familias, con otros profesionales externos al servicio y para registrar sistemáticamente el progreso hacia el logro de los objetivos. Además, sirve como mecanismo para hacer un seguimiento e implementar modificaciones en el plan terapéutico.

La planificación de la intervención se realiza con el informe que el fisioterapeuta obtiene tras la evaluación del caso, los aportes sobre estrategias de intervención tanto con el/la niño/a como con la familia que aportan el resto de profesionales del equipo de AT, tras una reunión de coordinación, y la información, intereses y prioridades que exprese la familia; por lo tanto, los objetivos deben ser consensuados con la familia (28).

La elaboración de los informes de evaluación, evolución, o alta, que se entregan a la familia, así como las notas informativas que se envían a los profesionales de los distintos ámbitos institucionales relacionados con la AT (Sanidad, Educación y Servicios Sociales) requieren de un tiempo que forma parte de la jornada laboral del fisioterapeuta, y por este motivo, la dirección o coordinación del CDIAT debe tenerlo en cuenta al planificar los tiempos dedicados a tratamiento e intervención con los/as niños/as y las familias (27).

#### **4.2. – INTERVENCIÓN FISIOTERÁPICA EN AT**

Una vez finalizada la evaluación y después de recoger las aportaciones de los distintos profesionales del CDIAT se establecen unos objetivos terapéuticos. Esto conlleva, la elaboración de un PIAT. Como se comenta en el apartado de documentación, este programa se realiza con la participación de los padres o tutores, lo cual permite a éstos descubrir sus propios recursos y a la vez reforzar la relación con su hijo/a, aspecto muy importante para su evolución madurativa y afectiva. En el PIAT, es importante tener en cuenta cuales son los factores de riesgo o amenazas, las fortalezas o capacidades, las debilidades o trastornos y las oportunidades o recursos, del niño o de la niña, la familia y el entorno; cumpliendo así con el acrónimo DAFO (Debilidades-Amenazas-Fortalezas-Oportunidades) que promueve una intervención de calidad en el ámbito de AT (1, 5,16, 25, 27).

En función de las necesidades del niño o de la niña y también de las de la familia, la intervención se podrá realizar bien en el CDIAT, en el propio domicilio o en otro lugar, como en el centro educativo o en el hospital, como es el caso de los neonatos o niños/as que por su problemática estén obligados a permanecer durante largos periodos de hospitalización, o en la comunidad (parques, casa de los abuelos, etc). También sería posible realizar la intervención de forma telemática en aquellas situaciones donde se considere oportuno. El profesional o profesionales que se hacen cargo de la intervención contarán con preparación específica en función del tipo de trastorno del niño o de la niña

Teniendo en cuenta estos aspectos, la intervención fisioterápica en AT deberá ir:

- Orientada a objetivos funcionales
- Dirigida a la familia
- Desarrollada en entornos naturales

Partiendo de estos objetivos claros de cómo debe desarrollarse la intervención, el fisioterapeuta deberá:

- Desarrollar una relación de colaboración con la familia y el/la niño/a.
- Determinar en común con la familia y el/la niño/a los objetivos funcionales que desean alcanzar en el hogar y para promover la participación en la comunidad.
- Determinar las fortalezas del niño o de la niña, la familia y el entorno y utilizarlas como base principal para planificar la intervención (27).

En AT no se pueden implementar métodos o modelos únicos e inflexibles para llevar a cabo la intervención fisioterápica con el/la niño/a y la familia. En este ámbito de intervención, el fisioterapeuta debe realizar una intervención “a medida”

del niño o de la niña y la familia que debe tratar, por lo que cada intervención será diferente. Lo que nunca debe olvidar el fisioterapeuta es que los/as niños/as y las familias no se adaptan a una intervención concreta, sino que la intervención hay que adaptarla a cada niño/a y a su familia con el objetivo final de promover la **PARTICIPACIÓN** en sus contextos de desarrollo y en sus entornos naturales.

Debemos de tener en cuenta, que las habilidades motoras se aprenden a través de las actividades de la vida diaria, tales como jugar, bañarse, vestirse, alimentarse, etc. Concretamente la mejor forma de aprendizaje motor y de generalizar los aprendizajes en la etapa infantil es a través del juego. Cuanto más practican los/as niños/as las tareas motoras, a través del juego y de las actividades de la vida diaria, más evoluciona su desarrollo motor y disminuye la gravedad de la discapacidad (8). El fisioterapeuta en AT deberá conocer en qué nivel de juego está un/a niño/a para poder implementar una adecuada comunicación con él que es imprescindible para el éxito de la intervención. Esto implica que, informando y capacitando a los padres sobre las posibles situaciones en que su hijo/a puede realizar un aprendizaje motor, aumentan las oportunidades de práctica y entrenamiento (32).

Las propuestas terapéuticas con respecto al niño o a la niña deben planificarse teniendo en cuenta: edad cronológica/corregida y edad cognitiva, grado de autonomía motora y funcional, los intereses lúdicos del niño o de la niña, los recursos técnicos y materiales necesarios que permitan al niño o a la niña realizar la actividad terapéutica o lúdica propuesta, las creencias culturales de la familia y los objetivos terapéuticos globales y específicos en función de la patología que presenta cada niño/a:

- A nivel físico (hipotonía, espasticidad, rigidez, distonía, atrofia, etc.).
- A nivel sensorial (ceguera, baja visión, problemas auditivos, sensorio-perceptivos, etc.)
- A nivel emocional (inhibición, pasividad, hiperactividad),
- A nivel psíquico (retraso cognitivo, psicosis, autismo, etc.)

El número de intervenciones y el tiempo de duración de cada una de ellas dependerá de las necesidades del niño o de la niña. En algunos casos, en función de su edad y características, el tratamiento se podrá realizar en grupos reducidos, de tres o cuatro niños/as como máximo. Debemos recordar que “una intervención eficaz no siempre es la suma de múltiples intervenciones aisladas, sino la óptima sincronía entre los diferentes miembros, incluyendo la familia” (28).

La intervención y abordaje terapéutico debe establecer prioridades de actuación, objetivos a corto plazo, y basados en la evidencia. El programa de intervención terapéutica debe incluir la temporalización de los objetivos, la re-evaluación de los objetivos y las formas de ejecución de los mismos.

El fisioterapeuta y la familia pueden emplear diferentes estrategias de ayuda para que sus hijos/as progresen en su vida diaria y todo comienza por entender en qué y cómo se centrará un fisioterapeuta, cómo trabajará durante sus sesiones para lograr esos objetivos, cómo trabajará en y con los entornos y qué debe hacer la familia para ayudar a trabajar hacia el éxito.

Desde un punto de vista general un fisioterapeuta en AT ayuda a:

- Ejercitar los hitos del desarrollo psicomotor, como el volteo, arrastre, sedestación, gateo, cambios de posición, desplazamientos en el suelo, bipedestación y marcha.
- Mejorar la fuerza, el equilibrio y la coordinación adecuados a la edad.
- Mejorar el tono muscular y el rango de movimiento debido a restricciones musculares (acortamientos) como, por ejemplo, en la tortícolis.
- Evaluar la necesidad de aparatos ortopédicos u otros equipos de soporte.
- Evaluar y confeccionar las opciones de ayudas posturales para la sedestación, bipedestación, así como ayudas de movilidad adecuadas.
- Ayudar a las familias a usar cualquier equipo de adaptación necesario (aparatos ortopédicos o sillas de ruedas)
- Ayudar a que el/la niño/a tome un papel activo en la familia y encontrar oportunidades para interactuar con sus iguales.
- Los servicios de AT son más efectivos cuando las estrategias de tratamiento se incorporan a las rutinas y se evalúan las fortalezas, necesidades y prioridades del niño o de la niña y su familia (33).

Ya sea en los CDIAT como en los domicilios u otros entornos, un fisioterapeuta puede:

- Enseñar a los padres/tutores a trabajar músculos específicos para mejorar la movilidad.
- Enseñar a jugar con el bebé y niños/as pequeños siendo creativos y de acuerdo con los objetivos terapéuticos.
- Discutir estrategias terapéuticas que permitan a las familias incorporarlas fácilmente las actividades de la vida diaria. Para ello se hace necesario, en algunos casos, los sistemas de soporte y/o ayudas de movilidad.
- Identificar la necesidad de realizar más pruebas o consultas con otros profesionales médicos.
- Consultar con otros profesionales del equipo si surgen otras preocupaciones de desarrollo.
- El objetivo es enseñar a cada familia cómo ayudar a sus hijos/as y promocionar o favorecer su desarrollo motor general, haciéndolas participes de tal objetivo.

El fisioterapeuta en AT puede tratar a niños/as de riesgo biológico, como los prematuros, además de una gran variedad de patologías infantiles, algunas de carácter transitorio, como por ejemplo la tortícolis congénita y otras que comportan una discapacidad permanente y limiten (en mayor o menor medida) la independencia y la adquisición de habilidades motoras del niño o de la niña. Debido a esta diversidad de patologías, las estrategias terapéuticas también varían. Para las patologías que comportan una discapacidad permanente y limitan la independencia física y motora, la evidencia científica recomienda una mayor práctica de las habilidades motoras que el/la niño/a pueda ser capaz de adquirir (34). Esto implica:

- Entrenamiento de habilidades motoras dirigida a objetivos funcionales.
- Programas de intervención a domicilio para mejorar las habilidades motoras.
- La no utilización de técnicas, métodos y conceptos cuyos principios se basen en el manejo del niño o de la niña de forma pasiva o refleja.

- El/La niño/a debe ser un participante activo en su proceso de aprendizaje motor ya que es así como se promueve la adquisición de habilidades y se activa la neuroplasticidad.
- A nivel de actividad y participación, valorar las fortalezas del niño o de la niña, sus intereses y motivaciones.
- Cuando se quiera actuar a nivel de estructura y funciones del cuerpo, el propósito principal, en algunas patologías será la de mitigar la evolución natural de la enfermedad (como por ejemplo la parálisis cerebral que conlleva secundariamente a múltiples alteraciones musculo-esqueléticas y el probable declive físico) en lugar de tratar de arreglar la condición (34).
- Actuar como un profesional de información: recurso para la familia, que incluya honestidad y apertura, divulgación sobre el pronóstico utilizando herramientas basadas en la evidencia que guíen las conversaciones delicadas y/o difíciles.
- Actuar como movilizador de recursos formales públicos y privados e informales, como comunitarios, a familiares, amigos, etc.
- Modificación de barreras y evaluación de facilitadores: para fomentar productos de apoyo, DAFOs, andadores, sillas, asientos moldeados y bipedestadores, etc.

Cuando la intervención del fisioterapeuta va dirigida a la población de riesgo, monitorizando su desarrollo, se implementará principalmente a base de orientaciones y talleres dirigidos a los padres con el fin de promocionar el desarrollo psicomotor de sus hijos/as en cada etapa y prevenir alteraciones posturales y motoras, en este grupo se encuentran, principalmente, los/as niños/as prematuros/as. Los talleres pueden ser presenciales o realizados de forma telemática cuando las situaciones familiares y sociales lo requieran.

La familia del niño o de la niña deberá estar informada y estar de acuerdo sobre las técnicas que se implementen en la intervención, y si es necesario, conocer el nivel de evidencia que las respalda. En este sentido, el fisioterapeuta de AT deberá tener a su disposición diferentes procedimientos que ofrecer a las familias y consensuar y adaptar la intervención a las prioridades o preferencias de la familia. Esto es muy importante para conseguir la colaboración de las familias y la adherencia a los tratamientos, ya que serán ellas las que desarrollen un manejo constante de su hijo/a que asegure el éxito de la intervención.

Muchas familias no permiten el acceso al hogar y prefieren que las intervenciones se lleven a cabo en el CDIAT. Por otro lado, hay estructuras o formas de trabajo de los CDIAT que no permiten el desplazamiento de los profesionales a los domicilios, ni el acceso de la familia a las diferentes intervenciones. Cuando esto ocurre, el fisioterapeuta, adaptándose a las preferencias de la familia, deberá desarrollar la intervención en los CDIAT centrándose principalmente en el planteamiento de objetivos funcionales que el/la niño/a pueda generalizar en su hogar y entorno natural, realizando las intervenciones con la familia SIEMPRE presente y haciéndola participe de todo el proceso de intervención.



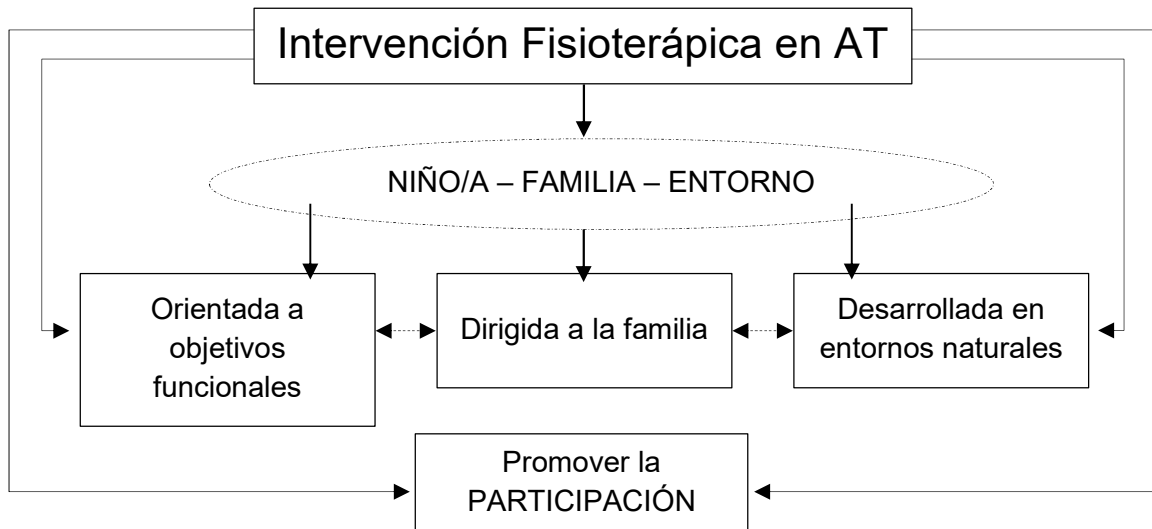


Fig. 10. Intervención fisioterapéutica en AT

Fuente: Francisco Javier Fernández Rego, desarrollado con la información contenida en Recomendaciones técnicas para el desarrollo de la Atención Temprana.

Madrid: Ed. Real Patronato sobre Discapacidad; 2005 y la CIF

### 4.3. – FORMACIÓN

La formación del fisioterapeuta en AT tiene una doble vertiente la referida a su propia disciplina y el marco común e interdisciplinar de formación que debe tener para poder desarrollar su trabajo en AT. El desarrollo de esta competencia del fisioterapeuta en AT se detalla en el capítulo V.

### 4.4. - INVESTIGACIÓN

Una de las funciones del fisioterapeuta en AT es la relativa a la investigación. En este sentido, el fisioterapeuta de AT deberá:

- Revisar y analizar críticamente los aportes de la medicina neonatal, del desarrollo y neuropediatría, fisioterapia pediátrica, psicología infantil y evolutiva; en las distintas bases de datos.
- Identificar mecanismos para difundir de forma efectiva la investigación actual seleccionada y relacionada con la fisioterapia en AT a los miembros del equipo, las familias y la población general.
- Desarrollar mecanismos para la implantación de los avances en investigación a la práctica clínica de la fisioterapia en AT (16).

## 5. – COMPETENCIAS TRANSVERSALES DEL FISIOTERAPEUTA EN AT

Las competencias/funciones transversales del fisioterapeuta de un CDIAT, son las mismas que para cualquier otro miembro del equipo interdisciplinar o transdisciplinar. Estas son:

- Coordinación interdisciplinar
- Coordinación interinstitucional (figura 11).

## 5.1. – COORDINACIÓN INTERDISCIPLINAR

El fisioterapeuta de AT debe aportar al equipo interdisciplinar o transdisciplinar la información resultante de la evaluación y estudio de sus casos, referentes al niño o la niña, la familia y el entorno. Con la información aportada por todo el equipo y el consenso y acuerdo con la familia se elabora, como ya hemos comentado, el PIAT.

En este sentido, el fisioterapeuta aportará al equipo:

- Impresión diagnóstica fisioterápica y pronóstico neuromotor.
- Nivel de desarrollo motor cuantitativo/cualitativo.
- Conductas motoras que se deben favorecer/evitar.
- Nivel de desarrollo orofacial y situación funcional: succión-deglución-respiración.
- Nivel de riesgo perinatal de los/as niños/as prematuros/as, según los factores de riesgo biológico.
- Pautas de crianza para ayudar a potenciar y fomentar la movilidad y comunicación.
- Objetivos específicos a nivel funcional.
- Orientaciones a familia sobre elementos facilitadores para ayudar al control postural y manejo del niño o de la niña en el hogar.
- Impresión sobre estado emocional de la familia y capacidad de colaboración.
- Fortalezas de los padres/cuidadores.
- Estrategias motoras para promocionar la participación en los distintos contextos de desarrollo del niño o de la niña con alteraciones motoras (27).

Para realizar las reuniones de coordinación interdisciplinar es necesario que el CDIAT disponga de un espacio para ello, además de tener en cuenta en la organización del centro, que los profesionales necesitan de un tiempo para poder realizar esta tarea de coordinación (27,28).

## 5.2. – COORDINACIÓN INTERINSTITUCIONAL

El fisioterapeuta de AT deberá llevar a cabo una coordinación con el resto de profesionales implicados en la intervención del niño o de la niña a nivel sanitario tanto en Atención Primaria (pediatras) como en Atención Especializada (médicos especialistas) a nivel educativo (con las educadoras de las escuelas infantiles, maestras y tutoras de los centros educativos así como con el personal de apoyo, con los Equipos de Orientación Educativa y Psicopedagógica (EOEP) y con los compañeros de los centros específicos de educación especial) y a nivel de servicios sociales (trabajador social de zona) para tener en cuenta el tipo de intervención que se está llevando a cabo con el/la niño/a y por parte de profesionales externos al CDIAT y adaptar nuestro tipo de intervención, además de que nos aporten información sobre el/la niño/a y la familia, al igual que nosotros se las aportamos a ellos.

De esta forma, la información que se le da a la familia puede ser coordinada y unificada, sin que se produzcan contradicciones que terminan por afectar la situación relacional con la familia y perjudicando la intervención. Según los casos, la

coordinación se puede establecer por medio de reuniones periódicas, informes, conversaciones telefónicas, etc dependiendo de las posibilidades de los profesionales. Para el desarrollo de esta competencia transversal la dirección de los CDIAT debe hacer una planificación adecuada de los tiempos de atención directa e indirecta compatibles con la jornada laboral del fisioterapeuta (27). Para ampliar información sobre la coordinación interinstitucional en AT, se puede consultar el capítulo IV.

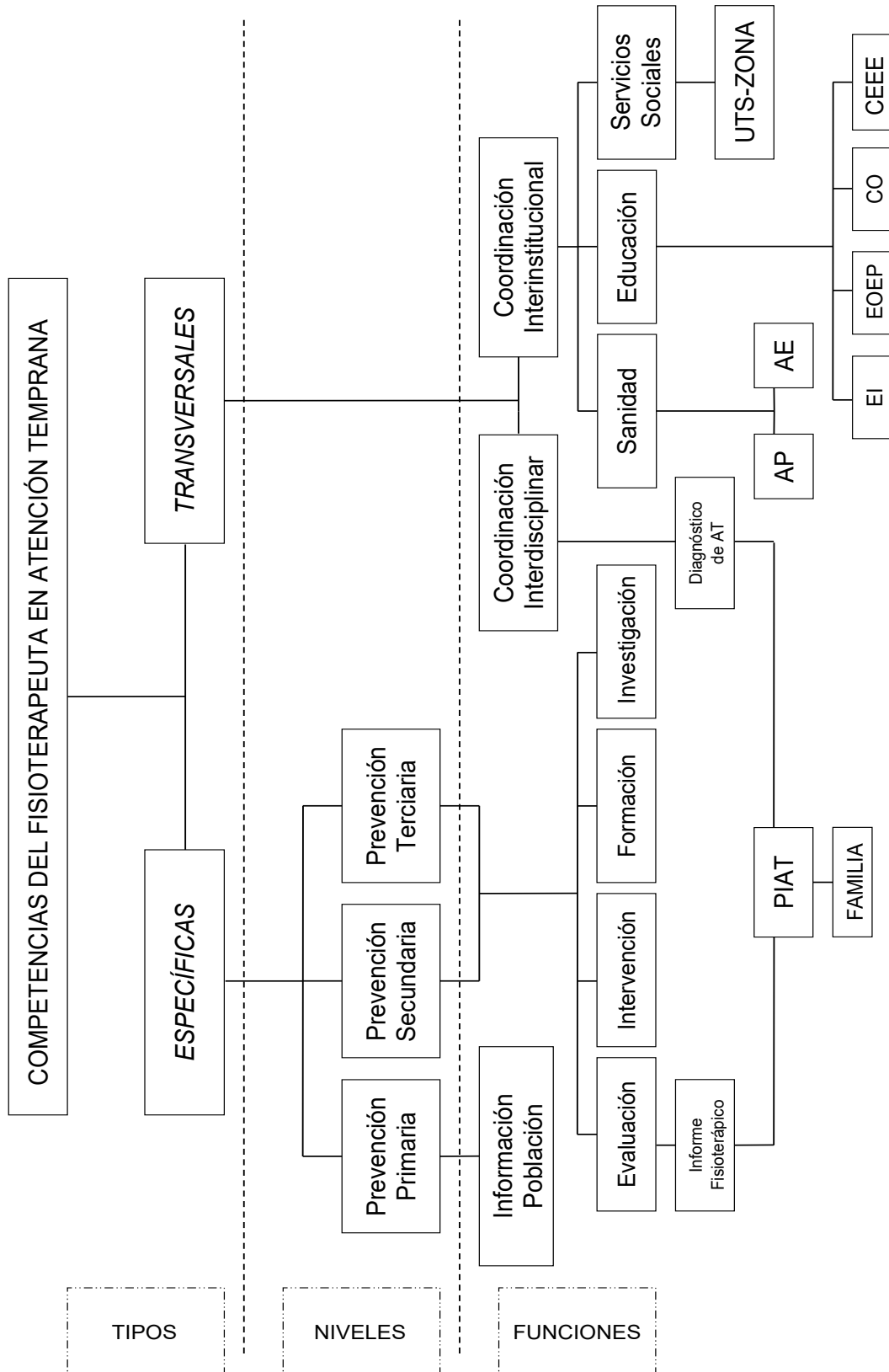


FIG. 11. COMPETENCIAS DEL FISIOTERAPEUTA EN ATENCIÓN TEMPRANA. PIAT: Plan Individualizado de AT; AP: Atención Primaria (Médicos Pediatras); AE: Atención Especializada (Médicos Especialistas); UTS-ZONA: Trabajador Social de zona; EI: Escuela Infantil; EOEP: Equipo de Orientación Educativa y Psicopedagógica; CO: Colegio Ordinario (Tutor y Apoyos); CEEE: Colegio Específico de Educación Especial (Coordinación con los distintos Especialistas)  
Fuente: Francisco Javier Fernández Rego, basándose en la información contenida en el Libro Blanco de la Atención Temprana. Madrid: Real Patronato de Prevención y de Atención a Personas con Minusvalía; 2000. Recomendaciones técnicas para el desarrollo de la Atención Temprana. Madrid: Ed. Real Patronato sobre Discapacidad; 2005

## BIBLIOGRAFÍA

1. Grupo de Atención Temprana (GAT). *Recomendaciones técnicas para el desarrollo de la Atención Temprana*. Madrid: Ed. Real Patronato sobre Discapacidad; 2005.
2. Eggbeer L, Fenichel E, Pawl JH, et al. *Training the trainers: Innovative strategies for teaching relationship concepts and skills to infant/family professionals*. *Infants Young Child* 1994; 7:53– 61.
3. Dinnebeil LA, Miller PS, Slayton VD. (eds). *DEC Personnel Preparation in Early Childhood Special Education: Implementing the DEC Recommended Practices*. Longmont, CO: Sopriswest; 2002.
4. Chiarello LA, Kolobe T. *Early intervention services*. In: Campbell S, Linden D, Palisano R, eds. *Physical Therapy for Children*, 3rd ed. Philadelphia: Elsevier; 2006.
5. Federación Estatal de Asociaciones de Profesionales de Atención Temprana (GAT). *Libro Blanco de la Atención Temprana*. 2000. Edita: Real Patronato sobre Discapacidad.
6. Chiarello LA, Shelden M, Rapport MJ, et al. *Natural Learning Environments Fact Sheet*. Alexandria, VA: Section on Pediatrics, American Physical Therapy Association; 2001.
7. Shonkoff JP, Meisels SJ. *Handbook of Early Childhood Intervention 2nd ed*. New York: Cambridge University Press; 2000.
8. Chiarello LA, Effgen SK. *Updated competencies for physical therapists working in early intervention*. *Pediatric Physical Therapy*, 2006, vol. 18, no 2, p. 148-158.
9. Campbell PH, et al. *Preparing therapists as effective practitioners in early intervention*. *Infants & Young Children*, 2009, vol. 22, no 1, p. 21-31.
10. Johnson CC, Long T. *Use of the Guide to Physical Therapist Practice by pediatric physical therapists*. *Pediatric Physical Therapy*, 2009, vol. 21, no 2, p. 176-186.
11. Vanderhoff, M, ACT Disabilities Education. *Maximizing your role in early intervention*. *PT Magazine*, 2004, p. 48-54.
12. Sweeney J.K, Heriza C, Blanchard Y. *Neonatal Physical Therapy. Part I: Clinical Competencies and Neonatal Intensive Care Unit Clinical Training Models*. *Pediatric Physical Therapy*, 2009. 21, 296-307.
13. Organización Mundial de la Salud. *International Classification of Functioning, Disability and Health*. Geneva, Switzerland: Organización Mundial de la Salud, 2001.
14. Palisano RJ. *A collaborative model of service delivery for children with movement disorders: a framework for evidence-based decision making*. *Physical Therapy*, 2006. 86, 1295–1305.
15. Jette AM. *Toward a common language for function, disability, and health*. *Physical Therapy*, 2006. 86, 726-734.
16. Fernández-Rego FJ. *Fisioterapia en neonatología*. En Piñero J, Pérez-López J, Vargas F, Candela AB. *Atención temprana en el ámbito hospitalario*. Madrid: Ediciones Pirámide; 2014. p. 189-236.
17. Palisano RJ, et al. *Participation-based therapy for children with physical disabilities*. *Disability and rehabilitation*, 2012, vol. 34, no 12, p. 1041-1052.
18. Novak I, Cusick A, Lannin N. *Occupational therapy home programs for cerebral palsy: double-blind randomized controlled trial*. *Pediatrics*, 2009; 124: e606-e614.

19. Levack WMM, et al. *Is goal planning in rehabilitation effective? A systematic review*. Clinical rehabilitation, 2006, vol. 20, no 9, p. 739-755.
20. Rosenbaum P, et al. *Family-centered service: A conceptual framework and research review*. Physical & Occupational Therapy in Pediatrics, 1998, vol. 18, no 1, p. 1-20.
21. Bailey JR, Donald B, et al. *Creating family-centered services in early intervention: Perceptions of professionals in four states*. Exceptional children, 1992, vol. 58, no 4, p. 298-309.
22. Novak I; Cusick A. *Home programmes in paediatric occupational therapy for children with cerebral palsy: Where to start*. Australian Occupational Therapy Journal, 2006, vol. 53, no 4, p. 251-264.
23. Algozzine B, et al. *Effects of interventions to promote self-determination for individuals with disabilities*. Review of Educational Research, 2001, vol. 71, no 2, p. 219-277.
24. King G, et al. *The development of expertise in pediatric rehabilitation therapists: Changes in approach, self-knowledge, and use of enabling and customizing strategies*. Developmental Neurorehabilitation, 2007, vol. 10, no 3, p. 223-240.
25. Federación Estatal de Profesionales de Atención Temprana (GAT). *Organización Diagnóstica en Atención Temprana (ODAT)*. Madrid: Ed. Real Patronato sobre Discapacidad; 2011.
26. Federación Estatal de Profesionales de Atención Temprana (GAT). *Nivel III de la ODAT: Intervención en Atención Temprana*. Madrid: Ed. Real Patronato sobre Discapacidad; 2008.
27. Fernández-Rego FJ. *Intervención temprana en las alteraciones motoras del desarrollo infantil*. En Pérez-López J, Brito de la Nuez AG. Manual de Atención Temprana. Madrid: Ediciones Pirámide; 2004. p. 259-274.
28. Macías L, Fagoaga J. *Fisioterapia en Pediatría*. 2ª ed. Madrid: Panamericana; 2018.
29. Bagnato S J. *The authentic alternative for assessment in early intervention: An emerging evidence-based practice*. Journal of Early Intervention, 2005, vol. 28, no 1, p. 17-22.
30. Rosenbaum P. The ABCs of clinical measures. Developmental Medicine & Child Neurology, 2015, vol. 57, no 6, p. 496-496.
31. Schemer AP, Sexton ME. "Prediction of developmental outcome using a perinatal risk inventory." Pediatrics, 1991, 88.6, p. 1135-1143.
32. Lobo M, Galloway J. *Enhanced handling and positioning in early infancy advances development throughout the first year*. Child Development. July 2012; 83(4):1290-1302.
33. Hohlfeld, ASJ, Harty, M, Engel ME. *Parents of children with disabilities: A systematic review of parenting interventions and self-efficacy*. African Journal of Disability, 2018, vol. 7, p. 1-12.
34. Novak I, McIntyre, S, Morgan C, Campbell L, Dark L, Morton N, et al. *A systematic review of interventions for children with cerebral palsy: state of the evidence*. Developmental Medicine & Child Neurology, 2013, vol. 55, no 10, p. 885-910.

## **CAPÍTULO III - ESTÁNDARES ACADÉMICOS Y CIENTÍFICOS DE CALIDAD DE ACTUACIÓN DE FISIOTERAPIA EN ATENCIÓN TEMPRANA**

### Autora:

- Dra. Lourdes Macías Merlo. Fisioterapeuta pediátrica del Centro de Desarrollo Infantil y Atención Temprana (CDIAP) de la Generalitat de Catalunya, Barcelona. Profesora asociada de la Universidad Internacional de Cataluña.

### Coordinadora:

- Dra. Raquel Chillón Martínez. Directora Académica del Grado en Fisioterapia. Centro Adscrito San Isidoro (UPO-Sevilla).

Los contenidos de este capítulo se han elaborado tanto en base a programas formativos nacionales e internacionales relacionados con formaciones en: atención temprana, fisioterapia pediátrica y discapacidad, como en base a consenso de expertos. Se ha tenido en cuenta la situación académica actual de la fisioterapia en nuestro país y la evolución del marco conceptual según evidencia científica en este campo de trabajo.

Los avances en las investigaciones relacionadas con neurofisiología, neurociencia, neuroeducación, biomecánica, control motor, aprendizaje motriz, desarrollo de la habilidad del movimiento y práctica psicomotriz han ido incorporando nuevas perspectivas teóricas con evidencia científica que animan hacia un cambio en todos los campos de la práctica fisioterápica en pediatría y, entre ellos, la atención temprana (AT). Estos avances han ido comportando un cambio en los enfoques terapéuticos basados en las teorías del desarrollo motor y la neuromaduración antiguas, como son los enfoques neurofisiológicos, neuromadurativos o neurofacilitadores. Estos enfoques se centran en establecer patrones normales de movimiento, controlar las experiencias sensoriomotrices, inhibir movimientos anormales, facilitar ajustes posturales para promover movimientos normales, etc. Sin embargo, las teorías actuales de desarrollo y aprendizaje motor demuestran que los fisioterapeutas especializados en pediatría, incluyendo la atención temprana, deben plantearse cambios en su práctica clínica.

Uno de los avances más significativos ha sido guiado por la Clasificación internacional de funcionamiento y discapacidad (CIF), la cual nos invita a conocer el entorno natural donde se desarrolla el/la niño/a con problemas en su desarrollo motor y/o discapacidad. Este aspecto considera que la toma de decisiones clínicas en el abordaje terapéutico debe tener en cuenta los entornos naturales donde vive y se relaciona el/la niño/a, para así poder proporcionar los cambios necesarios, contando con la familia y el resto de los profesionales involucrados en el proceso terapéutico. Es por ello por lo que la CIF conduce a un cambio conceptual que va mucho más allá de las prácticas clínicas, es decir, hace plantear qué nueva perspectiva tiene la discapacidad, no sólo a nivel médico, sino a nivel social, y cómo esa nueva visión debe cambiar los tipos de intervención.

La CIF alienta a los profesionales de la fisioterapia a aplicar una intervención eficaz, efectiva y eficiente (1), en un modelo de atención que debe crearse a partir de un marco conceptual de trabajo con las siguientes características:

- a) Centrado en las necesidades del niño o de la niña y la familia
- b) Centrado en la función, la participación y socialización, y no en la normalización del movimiento
- c) Que tenga en cuenta la globalidad del niño o de la niña sin parcializarlo
- d) Que considere al niño o a la niña como un participante activo en su proceso de aprendizaje del movimiento
- e) Basado en las necesidades de la familia, en la mejora y/o mantenimiento del estado de forma y en la promoción del bienestar y la calidad de vida, tanto del niño o de la niña como de la familia
- f) Que prevenga las deformidades musculoesqueléticas y promueva el entrenamiento de habilidades concretas

Por lo tanto, el fisioterapeuta pediátrico debe evolucionar en su modelo conceptual, de la misma forma que han evolucionado los modelos de intervención, las teorías del desarrollo y todo aquello que ha demostrado la neurociencia, debiendo adaptarse a estas formas de conocimiento y organización (2).

La AT es joven en nuestro país y aún existen diferentes modelos de intervención, desde un paradigma del “profesional experto”, orientado a decidir sobre los recursos que necesita el/la niño/a sin tener en cuenta la participación de la familia; el paradigma donde los profesionales planifican y definen los objetivos, prescriben las intervenciones que deben aplicar las propias familias, pero no se tiene en cuenta las actividades que hace el/la niño/a en sus rutinas diarias, o, el paradigma donde los objetivos de intervención se comparten conjuntamente con la familia y profesionales, convirtiendo a la familia, junto con el/la niño/a, en el foco de la AT (por ejemplo, el paradigma centrado en la familia en el cual lleva a cabo modelos basados en rutinas) (3).

La evolución de estos paradigmas o prácticas de intervención junto con la experiencia clínica, académica, científica, incluyendo los conceptos actuales de plasticidad cerebral con base biológica de los aprendizajes, también han desembocado en un cambio en la práctica de la fisioterapia que proporciona al niño o a la niña y a la familia una base para promover su desarrollo y una participación más activa en la comunidad.

Esta evolución ha favorecido en que los fisioterapeutas proporcionen al equipo de intervención temprana no solamente una contribución única a través de su competencia específica, sino también estrategias que fomentan la función familiar con sus valores y cultura. Por tanto, la formación del fisioterapeuta en AT también debe contemplar la diversidad de modelos y estructuras familiares. Reconocer que la “calidad de las relaciones que se establecen con los padres, cuidadores y profesionales del niño o de la niña”, puede mejorar o disminuir el efecto de cualquier abordaje terapéutico (4).

La formación y preparación de los profesionales que atienden a los/as niños/as pequeños/as y a sus familias exigen un enfoque que tiene aspectos diferentes y específicos al de los profesionales que atienden o prestan servicios a



niños/as mayores. Algunas de estas diferencias son debidas a las necesidades de desarrollo de los bebés y los/as niños/as pequeños/as, así como a las políticas que rigen la provisión de servicios de la atención temprana. Esta formación también incluye a los fisioterapeutas. La forma en que los fisioterapeutas pediátricos interpretan la "atención temprana" y su aplicación en la práctica clínica son esenciales. Hay diferentes formas en como un fisioterapeuta y la familia pueden ayudar a sus hijos/as a que progresen en su vida diaria y todo comienza en reconocer la interdependencia del niño o de la niña y de la familia en todos los aspectos de la prestación de servicios, a través de la implementación prácticas orientadas/centradas en la familia, cómo intervendrá durante sus sesiones, cómo trabajará en y con los entornos; ser culturalmente y socioeconómicamente sensible a la diversidad familiar; utilizando estrategias de colaboración entre padres y profesionales que lleven a la reflexión y comprensión para que ellos tomen sus decisiones según sus prioridades, y con el objetivo de mejorar las competencias prácticas para ayudar a la familia hacia el éxito (5).

### **Formación y estándares académicos**

El desarrollo de habilidades motoras gruesas es esencial para el desarrollo de habilidades sociales y de juego y, como tal, la fisioterapia es una disciplina valiosa en AT. Para ello se necesita una capacitación adecuada cuyo objetivo es ayudar a fomentar el desarrollo motor/físico de los/as niños/as y, en consecuencia, el desarrollo de otros dominios.

Para que se cumplan de forma adecuada los objetivos de la AT, los fisioterapeutas y profesionales que forman parte de los equipos de AT han de poseer una formación especializada que les proporcione una alta cualificación para ejercer sus funciones con la máxima eficacia.

La preparación académica implica, no solamente la obtención del título de graduado en fisioterapia, sino también una formación adicional, ya sea título de postgrado, experto o máster en fisioterapia pediátrica o en AT donde incluyan contenidos y áreas relacionados con la atención temprana. Además, esta formación adicional no solamente debe incorporar aspectos relacionados con la fisioterapia pediátrica, sino también incluir una visión integral del niño o de la niña y la capacidad de saber trabajar con la familia y en equipo, en un ámbito interdisciplinar y/o transdisciplinar (5).

Hay que tener en cuenta que la AT incluye tratar a niños/as que tienen desde trastornos/patologías transitorios a crónicos, además de la población infantil de riesgo (como los prematuros) y ello implica una formación amplia de las posibles patologías que pueden condicionar dichos trastornos.

El desarrollo y la formación profesional es fundamental para alcanzar y mantener las habilidades y competencias de la AT.

Los fisioterapeutas poseen habilidades y conocimientos especializados en áreas como la función sensorio-motricidad, desarrollo motor y perceptivo, estado musculoesquelético, organizaciones neuroconductuales, el estado cardiopulmonar y la adaptación al entorno. Deben ser capaces de aplicar estos conceptos a las primeras etapas de la vida de los/as niños/as. Más específicamente, los fisioterapeutas usan

el conocimiento específico de su disciplina para abordar la función de autocuidado, las necesidades de tecnología asistencial y los problemas médicos y de ciencias de la salud. El conocimiento relacionado con estos tres dominios, permite al fisioterapeuta comunicarse y colaborar de manera efectiva con los miembros de la familia y otros profesionales de la salud. La forma de comunicarse con la familia u otros profesionales puede ser presencial o vía telemática.

Trabajar con los padres, para apoyar un cambio positivo en las conductas motoras de sus hijos/as, es una habilidad fundamental para los fisioterapeutas de la AT. Si bien la educación del paciente y de la familia, en todos los aspectos de la salud, es un papel importante de un fisioterapeuta, uno de los aspectos más críticos en AT es la colaboración con los padres para enriquecer el entorno y favorecer la interacción con sus hijos/as, aumentando así los momentos de aprendizaje, siempre teniendo en cuenta los “conocimientos técnicos de los diversos abordajes terapéuticos específicos”.

Los contenidos específicos básicos que debe contemplar la formación de fisioterapeutas en AT han de estar relacionados con profundizar en (2, 4, 6-17):

- **Neurofisiología**

- Las teorías sobre el control y aprendizaje motor; aplicaciones clínicas en atención temprana. Entender que las habilidades motoras se aprenden a través de las actividades diarias y la vida cotidiana, tales como jugar, moverse, bañarse, vestirse, alimentarse, etc. Todo ello facilita el logro del comportamiento motor.
- La influencia de los sistemas sensoriales (visual, vestibular, somatosensorial y propioceptivo) en la adquisición del control postural y aprendizaje del movimiento controlado.
- Los principios funcionales del sistema nervioso, su evolución y plasticidad.

- **Fisiopatología**

- Los cuadros clínicos en el desarrollo infantil, que pueden obedecer a trastornos transitorios o crónicos, posible etiología, su naturaleza, características, evolución y pronóstico, así como las medidas preventivas y terapéuticas más eficaces en cada caso.
- Las principales patologías que pueden comportar un retraso en el desarrollo psicomotor y/o discapacidad; su historia natural, etiología, características, pronóstico, problemas asociados, etc. (parálisis cerebral, enfermedades neuromusculares, hipotonía de origen central, síndromes neurológicos, mielodisplasia, artrogriposis, parálisis braquial obstétrica, traumatismos cráneo-encefálicos, amputaciones y agenesias, acondroplasia, osteogénesis imperfecta, malformaciones músculo-esqueléticas congénitas, trastornos del desarrollo de la coordinación etc.).
- Las principales patologías cardio-respiratorias que pueden afectar al desarrollo psicomotor y las opciones terapéuticas para mejorar su capacidad ventilatoria.
- Otros trastornos del neurodesarrollo que no cursan con trastornos del tono muscular, pero que pueden verse beneficiados de una intervención fisioterapéutica como: el trastorno del espectro autista, trastorno por déficit de atención, etc.

- **Valoración**

- Las valoraciones más adecuadas de los diferentes sistemas orgánicos: tegumentario, respiratorio, nervioso, etc.
- Las principales herramientas de valoración que facilitan información objetiva sobre las posibles alteraciones del desarrollo, los puntos fuertes del niño o de la niña y su desempeño habitual, además de la progresión de su evolución en el tiempo. Estas también ayudarán a los terapeutas a colaborar con las familias a la hora de ajustar los objetivos funcionales, planificar la intervención, evaluar los resultados y los cambios asociados con las intervenciones o programas terapéuticos.

- **Desarrollo del niño**

- El desarrollo psicomotor infantil, tanto en los procesos típicos y atípicos, la evolución en las distintas edades, las formas de relación en cada una de ellas, la crianza en las diferentes culturas.
- El desarrollo musculoesquelético en la primera infancia, cómo se puede alterar ante la presencia de las alteraciones del tono muscular y prevenir sus consecuencias.
- Los factores de riesgo que afectan el desarrollo y control postural del niño o de la niña.
- La introducción a la psicología evolutiva infantil.
- Los principios fundamentales de la psicología de la dinámica familiar: comprender el sistema familiar, sus peculiaridades culturales, económicas, organizativas, los ciclos vitales, etc.
- Los paradigmas o modelos orientados y/o centrados en la familia, sus bases y los modelos o enfoques que se pueden utilizar para llevar a cabo esas prácticas, las herramientas que permitan capacitar a las familias, educadores y otros cuidadores principales del menor, mejorando la interacción entre el/la niño/a y sus cuidadores para convertir todos los entornos en los que el/la niño/a realiza sus actividades diarias, en entornos competentes y por lo tanto, aumentando los momentos de aprendizaje.
- El impacto que comporta un/a niño/a con necesidades especiales en una unidad familiar y en todo el ciclo de vida.

- **Fisioterapia**

- La historia de la fisioterapia en pediatría, incluyendo los métodos que han contribuido a desarrollarla, incluyendo las hipótesis teóricas derivadas del conocimiento en patología neurológica de cada época.
- Las principales corrientes filosóficas y científicas que han ido influyendo, históricamente en el desarrollo de diferentes prácticas y modelos de intervención en fisioterapia pediátrica y su evidencia científica actualizada.
- La evolución en la práctica clínica y características de la situación actual bajo la evidencia científica. La evidencia científica ha demostrado que las intervenciones clínicas, basadas en realizar técnicas concretas con el objetivo de normalizar el tono y el movimiento, obligar a que los/as niños/as realicen un desarrollo lineal por etapas, en actividades pasivas, pasivo-reflejas, o sin motivación o actividad relevante para el/la niño/a, no provocan cambios en la

actividad diaria. Es decir, no influyen en la plasticidad neuronal ni en el desempeño funcional de los/as niños/as en su vida cotidiana. Tampoco influyen en las alteraciones secundarias de patologías neurológicas.

- Las estrategias de estimulación del desarrollo visual en los/as niños/as con baja visión, ya sean déficits de origen periférico o central.
  - El masaje del tejido conectivo, la movilización articular y de los tejidos blandos. Por ejemplo, tratar los músculos tensos/mejorar el rango de movimiento de la articulación debido a restricciones musculares (por ejemplo, tortícolis).
  - Los productos de apoyo y tecnología (ortesis, ayudas posturales y de movilidad, etc.) que ayudan en el proceso terapéutico y funcional.
  - El entrenamiento de marcha y locomoción, con o sin dispositivos de movilidad o asistencia.
  - La identificación de la necesidad y habilidad de productos de apoyo provisionales (asientos moldeados, bipedestadores, splints o férulas de tremoplástico de pie-tobillo), indicaciones y objetivos terapéuticos.
  - Las estrategias para promover la autonomía, la actividad y la participación, identificando, si es necesario, la necesidad de ayudas de soporte.
- **Conocimiento compartido**
    - Los principios de psicopedagogía del aprendizaje y de la motivación aplicados a la etapa infantil.
    - Las características del juego que contribuyen al desarrollo psicomotor.
    - Conocimientos transversales como, por ejemplo, trastornos de la alimentación y deglución, y estrategias terapéuticas; sistemas de comunicación aumentativa y alternativa, etc.
    - Las actividades recreativas terapéuticas (actividad acuática, hipoterapia) y como contribuyen a objetivos terapéuticos, al bienestar físico y emocional.
    - Las formas de trabajo en equipo, dinámicas de grupos, distribución de roles, estrategias de toma de decisiones, etc.
    - Los conocimientos de las competencias del resto del equipo multidisciplinar inter-transdisciplinar (especialistas médicos, terapeutas ocupacionales, logopedas, trabajadores sociales, educadores, psicólogos, etc.), que permita trabajar conjuntamente de forma interdisciplinar o transdisciplinar en las guías para la evaluación y la intervención, incluyendo la retroalimentación. Una intervención eficaz no es la suma de múltiples intervenciones aisladas, sino la óptima sincronía entre los diferentes miembros, que llegan a lograr sus objetivos con eficiencia y en beneficio del usuario.
    - Los conocimientos básicos de los tratamientos médicos y quirúrgicos que comportan algunas patologías.
    - La planificación de abordajes terapéuticos, atendiendo al principio de individualidad, usando estrategias terapéuticas expuestas por la comunidad científica y atendiendo a los avances científicos actuales de cada época.
    - La aproximación a la metodología de investigación, búsqueda de información, que generen actitudes para contrastar las distintas posibilidades de la intervención.

- **Administrativo/legislativo**

- El conocimiento de la realidad legislativa, institucional, normativas, características sociales y antropológicas, hábitat y entorno geográfico de la comunidad.
- Las guías éticas profesionales sobre las prácticas basadas en la mejor evidencia, definidas como un proceso de toma de decisiones "integrando la mejor evidencia disponible, junto con la experiencia y los valores familiares y profesionales".
- El rol del fisioterapeuta en las unidades de cuidados intensivos neonatales.

A partir de los conocimientos específicos básicos, el fisioterapeuta en AT necesita adquirir una serie de habilidades y aptitudes, que le capacite para poder ser un miembro que contribuya, plenamente, dentro de un equipo colaborativo, como son los servicios de AT. Además, la educación y formación basada en habilidades y aptitudes constituye una base sólida para la organización. Las principales capacidades, aptitudes y habilidades derivadas de una formación teórica y práctica están relacionados principalmente en los siguientes puntos (2, 4, 11-17):

**1. Aptitud y habilidad en:**

- Comunicación en las relaciones interpersonales que deriven en potenciar el desarrollo físico del niño o de la niña, la participación familiar y la colaboración del equipo interdisciplinar o transdisciplinar.
- Utilizar las tecnologías de la información y la comunicación de forma eficaz, para asegurar una actualización profesional permanente y una actuación basada en la evidencia científica.
- Gestionar la información de forma óptima para transformarla en conocimiento aplicable al ejercicio profesional, ya sea en la atención al niño o a la niña o a sus familiares al entorno comunitario (escuela infantil, escuela ordinaria, etc.) y al resto del equipo.

**2. Aptitudes para:**

- Identificar las normativas y organización de los sistemas institucionales relacionados con el servicio de atención temprana, ya sea a nivel sanitario, de servicios sociales y educativos.
- Dirigir, coordinar y ejecutar el plan de intervención en fisioterapia atendiendo al principio de individualidad del usuario, utilizando las herramientas terapéuticas específicas de la fisioterapia pediátrica; donde se incluya un plan individual de apoyo familiar, aportando los conocimientos propios de nuestra disciplina.
- Defender la intervención en fisioterapia pediátrica con argumentos y justificaciones de forma clara, precisa y apropiada al contexto y valorar las aportaciones del resto del equipo.
- Establecer un proceso de aprendizaje cooperativo y continuo junto con los profesionales del equipo.
- Promover la fisioterapia pediátrica en la sociedad para conformar una idea clara de la figura y las competencias del fisioterapeuta pediátrico, a través de información fundamentada en la evidencia científica.

- Actuar como un profesional de información para la familia, que incluya honestidad y apertura, divulgación sobre el pronóstico utilizando herramientas basadas en la evidencia que guíen las conversaciones delicadas y/o difíciles.
- Interpretar las observaciones y pruebas realizadas por otros profesionales de la salud.

### **3. Habilidades para:**

- Informar y formar a los cuidadores, de forma reflexiva y colaborativa, sobre el desarrollo infantil, el efecto del entorno como facilitador de aprendizajes, juegos y juguetes, incluidos sus peligros y medidas de seguridad.
- Escoger procedimientos de evaluación en fisioterapia pediátrica de validez y fiabilidad contrastadas.
- Identificar los objetivos terapéuticos y capacitar a la familia o educadores para la observación de oportunidades de aprendizaje en los diferentes momentos del día.
- Integrar las estrategias de intervención terapéutica en el hogar y la comunidad.
- Evaluar las fortalezas, recursos y preocupaciones de la familia y sus prioridades.
- Seleccionar y priorizar las herramientas de valoración, test o escalas en base a la historia clínica, la utilidad clínica, el costo fisiológico al niño o a la niña y en relación con los datos que se quieren obtener.
- Identificar las limitaciones de la actividad y las restricciones en la participación y su relación con los resultados de las valoraciones.
- Apreciar la eficacia y la efectividad de las herramientas de valoración, de intervención y de los productos de apoyo y/o movilidad.
- Aplicar procesos diagnósticos en fisioterapia pediátrica y estrategias terapéuticas expuestos por la comunidad científica.
- Documentar y registrar la “historia clínica”, los logros de los/as niños/as según los objetivos propuestos y medibles.
- Coordinarse con los sistemas institucionales sanitarios, de servicios sociales y/o educativos a los que se halla sujeto el centro.
- Defender la intervención en fisioterapia pediátrica con argumentos y justificaciones de forma clara, precisa y apropiada al contexto y valorar las aportaciones de otras personas, incluyendo a la familia.
- Trabajar en colaboración con otros miembros del equipo y en especial con la familia del niño o de la niña, fomentando la participación de la familia en el proceso de la AT.

### **4. Capacidad para:**

- Evaluar y valorar las habilidades y fortalezas del niño o de la niña.
- Emplear, cuando sea necesario, la habilidad manual en la aplicación de diferentes estrategias fisioterapéuticas aplicadas al niño o a la niña para su valoración y facilitación en las diferentes acciones motoras o de postura.
- Aplicar los conocimientos sobre desarrollo, aprendizaje y control de movimiento del niño o de la niña y cómo puede estar interferido en las diferentes patologías.
- Rediseñar y adecuar el abordaje terapéutico a partir del análisis de la evolución de los resultados obtenidos en la intervención y en relación con los objetivos marcados y los criterios de resultados establecidos.

- Defender la intervención de fisioterapia en atención temprana (defender la necesidad de la figura del fisioterapeuta en los equipos de atención temprana) con argumentos y justificaciones de forma clara, precisa y apropiada al contexto y valorar las aportaciones de otras personas.
- Promover la coordinación con otros recursos asistenciales y educativos de la red de atención a la primera infancia.
- Aplicar conceptos, principios, teorías y modelos nuevos, innovadores y actualizados con base científica.
- Seguir los principios éticos de actuación en los procesos terapéuticos.
- Coordinarse con los profesionales de los ámbitos sanitarios, educativos y sociales que intervienen en la atención del niño o de la niña.
- Adaptar la valoración, intervención y seguimiento a las necesidades de las familias y de la sociedad, usando vías no presenciales, como la vía telemática, cuando sea necesario y para seguir atendiendo, acompañando y orientando a las familias.

Una condición para contar con servicios cualificados en AT es la elaboración de planes regulares formativos que cubran, suficientemente, las necesidades del sector y la exigencia de experiencia profesional supervisada y continua. Por otro lado, una forma de ayudar a la formación y práctica de los futuros profesionales sería la posibilidad de habilitar los centros de Desarrollo Infantil y Atención Temprana (CDIATs) como unidades docentes cualificadas que ayuden a participar de forma activa en las intervenciones bajo la supervisión de profesionales con experiencia (9).

Se hace necesario fomentar el espíritu crítico que invite a contrastar, empíricamente, las distintas posibles modalidades de intervención, así como la preocupación por conocer, seleccionar y poner en marcha las propuestas cuya eficacia haya sido demostrada.

El aprendizaje, las tutorías y las supervisiones, ya sean dirigidas a todo el equipo o al profesional en particular, en los propios centros de AT también son una forma de preparar a los fisioterapeutas, ya que facilita la “transferencia de conocimientos y habilidades al practicante novato” (4).

La atención e intervención con familias, cuyos hijos/as tienen discapacidad o limitación del potencial de independencia física, implica la transmisión de sentimientos, dificultades respecto al trastorno y evolución del hijo/a, o esperanzas e ilusiones preconcebidas con el tratamiento de fisioterapia. Es por ello, que el fisioterapeuta necesita una formación, experiencia y, a veces, supervisión para tener capacidad de afrontar estas situaciones. El tipo de supervisión dependerá de las necesidades particulares del profesional (ya sea un psicólogo/fisioterapeuta/trabajador social con experiencia). Pues el fisioterapeuta debe detectar si los padres/familia necesitan la intervención de otro profesional del equipo para ayudarles a afrontar su situación.

### **Elaboración de la historia clínica**

Elaborar una historia clínica también requiere un entrenamiento y formación, y en AT es una de las funciones y habilidades de cualquier profesional, incluyendo el fisioterapeuta. La formación, experiencia y el pensamiento crítico, junto con el

complemento enriquecedor del resto del equipo, ayuda a la elaboración de una historia clínica ágil y funcional.

Existen mucha variedad de historias clínicas en AT y una de las razones puede ser porque la derivación inicial a los servicios de AT se caracteriza, en la mayoría de los casos, por una gran variedad de cuadros clínicos con etiología diferente. A partir del motivo de derivación, el fisioterapeuta tiene que elaborar una impresión o hipótesis diagnóstica (refleja no solamente las posibles limitaciones y/o déficits sino también el conjunto de las posibilidades y capacidades) que dista del diagnóstico médico. Esta impresión/hipótesis diagnóstica puede ser compatible con el diagnóstico inicial fisioterápico.

En la mayoría de los servicios de AT de nuestro país los/as niños/as que inician AT no tienen aún un diagnóstico médico (excepto aquellos, por ejemplo, que nacen con características sindrómicas, como el síndrome de Down, o aquellos con antecedentes que hacen que sea un/a niño/a de riesgo, como la prematuridad o aquellas patologías derivadas de posibles lesiones perinatales o postnatales). Cuando aún no existe un diagnóstico médico, generalmente el motivo de derivación a un servicio de AT suele ser de “retraso en el desarrollo motor”, pero en un futuro puede derivar a un diagnóstico con patología orgánica, ya sea de índole físico/motora, pero también puede derivar hacia un trastorno conductual o retraso madurativo intelectual. También la impresión diagnóstica y/o el diagnóstico fisioterápico inicial puede ir variando, a medida que el/la niño/a va evolucionando en las diferentes áreas del desarrollo y, especialmente, en el comportamiento motor.

Un ejemplo de diagnóstico en fisioterapia en un/a niño/a de 12 meses, que acude por un retraso motor y según la valoración inicial podría incluir: hipertonia/espasticidad de miembros inferiores en isquiotibiales y tríceps sural bilateral; hipotonía axial con déficit en el control de tronco; adecuado control cefálico con estabilización de la mirada; adecuado seguimiento visual; ausencia de estabilidad para la sedestación funcional a pesar de su interés para las actividades de alcance y manipulación; volteo esporádico a ambos lados para alcanzar objetos en el suelo, inicio del rastreo para desplazarse o intentar moverse tirando con fuerza con sus brazos y manteniendo las piernas en extensión; le gusta estar de pie pero con tendencia a la flexión plantar de ambos pies; adecuada interacción con los juguetes, con los padres y adultos conocidos. Esta información que se puede obtener en las primeras sesiones también puede ser útil para el especialista a la hora de iniciar el proceso de diagnóstico médico.

Generalmente la historia clínica en los servicios de AT suele ser conjunta y cualquier miembro del equipo tiene acceso a ella, incluidos los anexos, mientras que, en otros servicios, aparte de existir una historia conjunta, cada profesional elabora los anexos con las escalas que va administrado. Estos anexos pueden ser test o escalas propias de cada especialidad.

Teniendo en cuenta la diversidad de historias clínicas que pueden existir, se incluirán los aspectos que debe contemplar la historia clínica incluyendo los aspectos más específicos de fisioterapia.



- **Datos básicos:**
  - a) Fecha de nacimiento, edad actual, lugar de nacimiento, antecedentes familiares y del niño o de la niña
  - b) Embarazo (cómo se desarrolló, vivencias de la familia...), parto, etc.
  - c) Datos al nacimiento: peso, talla, incubadora, semanas de gestación al nacimiento, etc.
  - d) Período neonatal: adaptación madre-bebé (calidad del vínculo emocional), etc.
  - e) Salud del niño o de la niña: salud actual, enfermedades anteriores, desarrollo psicomotor hasta la fecha, etc.
  - f) Hospital de referencia, especialistas con seguimiento, informes o pruebas complementarias (si le han hecho)
  - g) Hábitos: alimentación, sueño, control de esfínteres, etc.
  - h) En caso de adopción, fecha de la misma y país de origen del niño o de la niña
  - i) Otros datos de interés / observaciones adicionales.
  
- **Entornos del niño o de la niña:**
  - a) Organización familiar: unidad de convivencia, relaciones de la familia (“redes de apoyo”), relaciones con el entorno comunitario, procedencia familiar, idioma familiar, nivel cultural, impresión del nivel socio-económico, salud familiar, sistema socio-familiar, etc. (información más relevante)
  - b) Asistencia a una escuela de educación infantil, escuela ordinaria o especial o a otro servicio de atención temprana
  - c) Desarrollo de las actividades de la vida diaria: organización de la vida diaria familiar y de los fines de semana con el/la niño/a, dificultades de los padres en la crianza, etc.
  - d) Desarrollo del juego: tipo de juego según la familia (organizado, desorganizado, inexistente), horario de juego, etc.
  - e) Otras observaciones: observación de la movilidad espontánea del niño o de la niña, observación de la relación padres-niño/a durante las primeras entrevistas, comentarios espontáneos, dificultades de los padres en el proceso diagnóstico, etc.
  
- **Evaluación del desarrollo:** datos importantes de la evaluación de todas las áreas del desarrollo (comunicación y lenguaje, cognición, autonomía y conducta adaptativa, emocional, motora fina y gruesa, etc.) entre los diferentes profesionales del equipo (logopeda, psicólogo, terapeuta ocupacional, etc.). Además, se evaluará el desarrollo funcional (desempeño habitual) siguiendo los tres dominios funcionales de éste que son: participación activa, autonomía y relaciones sociales en su vida rutinaria.

### **Aspectos específicos del comportamiento y habilidad motora**

- Registrar la impresión/hipótesis diagnóstica o diagnóstico fisioterápico y diagnóstico médico (si existe).
- Si no hay diagnóstico médico, se puede incluir el diagnóstico fisioterápico que puede ser compatible con un diagnóstico médico. En el ejemplo inicial, que se ha puesto de ejemplo como diagnóstico de fisioterapia, podríamos decir que es

compatible con una diparesia espástica que evoluciona hacia un nivel II según el sistema de clasificación de la función motora gruesa en la parálisis cerebral (GMFCS); sin embargo, hasta los dos años no podemos definir bien el nivel de este sistema de clasificación funcional.

- Registrar si el/la niño/a ha recibido otras intervenciones, ya sea de fisioterapia en otros servicios u otros abordajes terapéuticos, ya sean externos o del mismo equipo (por ejemplo, si también recibe o ha recibido logopedia u otras intervenciones).
- **Valoración específica del área motora.** La valoración del comportamiento motor se puede ir describiendo en un apartado de seguimiento dentro de la historia y a medida que va cambiando y/o evolucionando o se puede usar a la vez alguna/as escalas o test. Cuando se elige una escala de valoración hay tener en cuenta diferentes factores, entre ellos la franja de edad y las áreas o aspectos del desarrollo que incluye dicha valoración. Para evaluar el crecimiento físico, con mediciones antropométricas, existe unanimidad técnica y las metodologías son simples y definidas. Respecto a la evaluación del desarrollo, la situación es más compleja, pues la valoración funcional del desarrollo psicomotor es una forma indirecta de examinar el sistema nervioso central (SNC). Hay escalas que valoran el desarrollo motor en base a la actividad motriz espontánea y evalúan los cambios en el comportamiento motor, resultado de la propia maduración y/o la intervención terapéutica, como por ejemplo la escala Alberta Infant Motor Scale (AIMS). Otras ayudan a identificar un posible retraso en el desarrollo a la hora de planificar una intervención, como por ejemplo La Bayley Scales of Infant Development (BSID); otras evalúan la calidad de los movimientos espontáneos (General Movements Assessment) y tienen una función complementaria al examen neurológico; hay test que determinan si el desarrollo motor del niño o de la niña está dentro del rango esperado para su edad e identifican las dificultades neurosensoriales y motoras, como por ejemplo el Neurosensory Motor Development Assessment (NSMDA). Otras escalas estiman la competencia motora del niño o de la niña y tienen un valor para el aprendizaje motor, permitiendo establecer los objetivos terapéuticos individuales, por ejemplo el Peabody Developmental Motor Scales (PDMS), otras están diseñadas para proporcionar una evaluación completa de las habilidades motoras, junto con el desempeño ocupacional y funcional, etc. Por tanto, dependiendo del objetivo, impresión diagnóstica y motivo de derivación al servicio de AT, se usan la/s escala/s más adecuadas a estos objetivos. En la elección del o los instrumentos de evaluación se debe asegurar que incluyan las áreas y franja de edad adecuadas, con una validez y fiabilidad demostradas (ampliar esta información viendo el capítulo II).
- **Valoración y seguimiento de la evolución del niño o de la niña:** debe estar basado en un modelo de desarrollo integral, incluyendo información relevante de las diferentes áreas del desarrollo. Es básico registrar las competencias en el resto de las áreas como: la audición, la comunicación, la función cognitiva, el área social, etc. En algunos/as niños/as esta información puede derivar de otros profesionales (ya sea del propio equipo o de profesionales de otros entornos). En otros/as niños/as, será el propio fisioterapeuta quien detecte lagunas en otras áreas del desarrollo. La información al resto del equipo involucra la decisión de la

valoración y/o intervención de otro profesional. O recibir su asesoramiento. Es por ello que el fisioterapeuta debe tener una formación básica del desarrollo de la evolución típica de las diferentes áreas del desarrollo.

Es básico en el seguimiento enfatizar las capacidades funcionales, identificar las competencias con los puntos fuertes actuales, aquellos que el/la niño/a es capaz de conseguir, y estar en relación e interacción con el/los cuidador/es, como piedra angular. Es un proceso de colaboración. Por ejemplo, la entrevista basada en las rutinas (EBR) es una información excelente que proporciona la familia sobre las actividades que el/la niño/a hace en casa y en los diferentes entornos donde se mueve. Esta información es útil para poder extrapolar los objetivos terapéuticos junto con los cuidadores. La escala Goal Attainment Scale (GAS) es útil para evaluar los objetivos funcionales que se vayan estableciendo.

- **Sistemas de clasificación:** Algunas patologías, especialmente cuando hay una lesión del sistema nervioso central (parálisis cerebral), clasifican el desempeño de la función motora gruesa, con descripción de las habilidades funcionales y las limitaciones propias de cada grupo de edad, como el GMFCS en la parálisis cerebral. Con el resto del equipo también es interesante incluir los diferentes sistemas de clasificación: el sistema de la habilidad manual (Manual Ability Classification System, MACS), el sistema de clasificación de la capacidad de comer y beber (Eating & Drinking Ability Classification System, EDACS); el sistema de clasificación de comunicación funcional (Communication Functional Classification System, CFCS) y; el sistema de clasificación de la función visual (Visual Functional Classification System, VFCS). A partir de la edad donde se puede clasificar el nivel, permite registrar en la historia clínica el nivel de afectación, evolución y pronóstico en las diferentes áreas funcionales que ayuda a determinar, entre otras razones, los productos de apoyo.
- **Valoración musculoesquelética.** Se realiza cuando el/la niño/a presente en el nacimiento alguna alteración de este tipo (desde plagiocefalia, pies equinovaros, escoliosis del lactante, artrogriposis, mielomeningocele, etc), o para ir evaluando las posibles alteraciones musculoesqueléticas que pueden aparecer a lo largo del crecimiento en la primera infancia (patologías que por su historia natural conducen al desarrollo de alteraciones musculoesqueléticas, como por ejemplo la parálisis cerebral). Según la condición, se puede ir registrando:
  - Las alteraciones en los diferentes segmentos implicados.
  - El rango de movimiento de los músculos que pueden perder flexibilidad y extensibilidad (por ejemplo, en presencia de espasticidad en determinados músculos).
  - Maniobras o test musculoesqueléticos estandarizados (por ejemplo, test de Ortolani, Ely, etc.).

El conocimiento y formación sobre el desarrollo musculoesquelético en la primera infancia es esencial para reconocer cuando hay desviaciones con respecto a los parámetros normativos, sobre todo en presencia de las alteraciones del tono muscular. La valoración musculoesquelética debe unirse a la valoración del control postural, ya que de ahí se deriva la necesidad de productos de apoyo.

- **Test/valoraciones para determinadas patologías.** Por ejemplo, la escala Gross Motor Function Measure (GMFM) específico para niños/as con parálisis cerebral y síndrome de Down. Valoraciones/escalas para detectar signos y síntomas específicos, por ejemplo, en presencia de espasticidad con la escala modificada de Ashworth o el test modificado de Tardieu; en niños/as con distonía la escala de Distonía de Barry-Albright (BAD); en enfermedades neuromusculares, por ejemplo la escala Chop-Intend (AME tipo I), la escala de Hammersmith o la Measure de la Fontion Motrice.
- **Test con diferentes objetivos.** Existe gran variedad de test para obtener diferente información, desde test de calidad de vida en patologías concretas (Pediatric Quality of Life Inventory – PEDSQoL), test de autonomía personal, autoayuda, motricidad y función social (Pediatric Evaluation of Disability Inventory – PEDI), test para valorar parámetros de la marcha (6 minutos marcha - 6 MWT), cuestionarios que pretenden obtener información desde el punto de vista de los padres y cuidadores sobre la participación en los distintos entornos en los que interactúan los/as niños/as (Participation and Environment Measure Children and Youth - PEM-CY), etc., y en los diferentes dominios de la CIF (para más información consultar el capítulo II). Por tanto, el fisioterapeuta, según vaya formándose en las diferentes herramientas de valoración, puede ir incorporándolas en la historia clínica y según los objetivos a detectar / valorar / investigar, etc. (19). Cabe destacar que se recomienda el uso de escalas validadas a la población/país donde se usan. En España hay muy pocas escalas validadas a nuestra población y urge este trabajo para mejorar esta función de nuestra profesión.
- **Productos de apoyo.** Ayudan a mantener el control postural cuando es deficitario en una situación de alineación, para mejorar la función. Asimismo, ayudan a prevenir o minimizar alteraciones musculoesqueléticas. Entre ellos cabe destacar: los asientos y sillas posturales, los bipedestadores, las ortesis, las ayudas de movilidad, los entrenadores de marcha y aquellos dispositivos de tecnología que ayudan al niño o a la niña con discapacidad a incrementar su actividad y participación. Una vez consensuado/pactado con la familia es importante que se decida en que rutinas diarias el/la niño/a va a usar estos productos de apoyo. En la historia clínica deben ser expuestos los productos de apoyo necesarios junto con los objetivos, incluyendo el tiempo que el/la niño/a lo ha requerido (ya que algunos productos de apoyo pueden ser usados por un periodo corto de tiempo). Algunos productos o ayudas posturales los confeccionará el fisioterapeuta (asientos moldeados, bipedestadores, splints) al ser ayudas provisionales, mientras que otros necesitan la prescripción médica. En este caso, es necesario realizar una nota informativa solicitando al médico especialista la necesidad de aquel/llos productos de apoyo que pueden ayudar a diferentes objetivos terapéuticos y funcionales. Es por ello que una formación adecuada ayuda al fisioterapeuta a elaborar un adecuado informe que ayude a la justificación y/o necesidad de los productos de apoyo.
- **El seguimiento y la re-evaluación** del desarrollo debería ocurrir en el contexto de la vida diaria del niño o de la niña y/o actividades que se van observando en los contextos de la AT. Es por ello que en la historia suele haber un apartado de

seguimiento donde registrar diferentes acontecimientos: información de los padres sobre los avances en el rendimiento motor en el domicilio, mejoras en la evolución según los objetivos propuestos, posibles cambios en las actividades rutinarias que han afectado, tanto positivamente como negativamente, en la conducta del niño o de la niña, así como cualquier aspecto relevante que promueva la necesidad de hablar/informar/acompañar y/o pactar con la familia, necesidad de coordinarse con el resto del equipo o con otros recursos/entidades.

El crecimiento y evolución del niño o de la niña en los primeros años suele ser muy rápida y ello implica una re-evaluación constante. Los/as niños/as que evolucionan positivamente y van alcanzando los objetivos terapéuticos, será necesario que se vaya plasmando en la historia clínica, junto con una reformulación de otros objetivos terapéuticos. En niños/as gravemente afectados los cambios suelen ser más lentos y los objetivos terapéuticos no suelen cambiar de forma rápida por lo que hay que fraccionar más los objetivos. Teniendo en cuenta que el seguimiento y las evoluciones posteriores se pueden hacer de forma presencial como por vía telemática, es importante que las formas en que se ha realizado este trabajo queden plasmadas en la historia.

- **Informe de epicrisis o de alta del centro.** Suele plasmar desde el motivo de derivación al centro, datos relevantes de las valoraciones e impresión diagnóstica inicial, plan terapéutico y evolución del proceso, situación y diagnóstico en el momento del alta del servicio, indicaciones a la familia, derivaciones recomendadas si cabe, etc. Esta información es muy válida, tanto para la familia como para los profesionales que le atenderán posteriormente.

## BILBIOGRAFÍA

1. Palisano RJ. A collaborative model of service delivery for children with movement disorders: a framework for evidence-based decision making. *Phys Ther.* 2006; 86(9): 1295-305.
2. Macías L, Fagoaga J. *Fisioterapia en Pediatría*. 2ª ed. Madrid: Panamericana; 2018. ISBN 9788491102120.
3. Shonkoff Jack P, Meisels Samuel J. *Handbook of early childhood intervention*. Cambridge university press. 2000.
4. Chiarello L., Effgen SK. Updated competencies for physical therapists working in early intervention. *Pediatr Phys Ther.* 2006 Summer;18(2):148-58.
5. Bruder MB, Dunst CJ. Disciplines Personnel Preparation in Recommended Early Intervention Practices: Degree of Emphasis Across. *Topics in Early Childhood Special Education* 2005; 25; 25.
6. Weaver Priscilla, Cothran Donetta, Dickinson Stephanie, Frey Georgia. Physical Therapists' Perspectives on Importance of the Early Intervention Competencies to Physical Therapy Practice. *Infants & Young Children: October/December 2018 - Volume 31 - Issue 4 - p 261–274.*
7. Novak, I., McIntyre, S., Morgan, C., Campbell, L., Dark, L., Morton, N., et
8. al. (2013). A systematic review of interventions for children with cerebral
9. palsy: the state of the evidence. *Developmental Medicine & Child Neurology*, 55(10), 885–910.

10. Campbell S, Philippa H.; Chiarello Lisa Wilcox, M. Jeanne; Milbourne, Suzanne. Preparing Therapists as Effective Practitioners in Early Intervention. *Infants & Young Children*: January-March 2009 - Volume 22 - Issue 1 - p 21–31.
11. Effgen S, Chiarello L. Physical therapist education for service in early intervention. *Infants & Young Children: An Interdisciplinary Journal Of Special Care Practices*. April 2000;12(4):63-76.
12. Able, Harriet; West, Tracey A.; Lim, Chih Ing. Ethical Issues in Early Intervention. *Infants & Young Children*, Volume 30, Number 3, July/September 2017, pp. 204-220(17)
13. Field, Eliana, Moyer, Margaret Role and training of physical therapists for practice in early intervention: a review of the literatura. Northeastern university. <http://hdl.handle.net/2047/d20003267>
14. Lobo M, Galloway J. Enhanced handling and positioning in early infancy advances development throughout the first year. *Child Development*. July 2012;83(4):1290-1302.
15. Bagnato SJ: The authentic alternative for assessment in early intervention: An emerging evidence-based practice. *J Early Intervention* 28(1): 17-22, 2005.
16. Campbell P, Chiarello L, Wilcox MJ, Milbourne S. Preparing therapists as effective practitioners in early intervention. *Infants and Young Children*, 22(1), 21-31, 2009.
17. Hayes M, McEwen I, Lovett D, Sheldon M, Smith D. Next step: survey of pediatric physical therapists' educational needs and perceptions of motor control, motor development and motor learning as they relate to services for children with developmental disabilities. *Pediatric Physical Therapy*. December 1999;11(4):164-182.
18. Hohlfeld ASJ, Harty M, Engel ME. Parents of children with disabilities: A systematic review of parenting interventions and self-efficacy. *Afr J Disabil*. 2018 Oct 17;7:437.
19. Ideishi R, O'Neil M, Chiarello L. Perspective of therapist's role in care coordination between medical and early intervention services. *Physical and Occupational Therapy in Pediatrics*, 30(1), 28-42, 2010.
20. American board of physical therapy residency and fellowship education. Description of Residency Practice Pediatric. American Physical Therapy Association 2017. [http://www.abptrfe.org/uploadedFiles/ABPTRFEorg/For\\_Programs/DRPs/DRP\\_Pediatrics.pdf#search=%22pediatrics%22](http://www.abptrfe.org/uploadedFiles/ABPTRFEorg/For_Programs/DRPs/DRP_Pediatrics.pdf#search=%22pediatrics%22)
21. <https://pediatricapta.org/includes/fact-sheets/pdfs/13%20Assessment&screening%20tools.pdf>

## **CAPÍTULO IV - COORDINACIÓN INTERINSTITUCIONAL: EDUCACIÓN, SANIDAD Y SERVICIOS SOCIALES. ROL DEL O DE LA FISIOTERAPEUTA**

### Autor:

- David Mazoteras Delgado. Fisioterapeuta pediátrico y Director de Centro Kaplan de atención infanto-juvenil de Torrejón de Ardoz (Madrid). Profesor asociado de la Universidad Europea de Madrid.

### Coordinadoras:

- Jone Miren Noain. Fisioterapeuta pediátrica en el Centro de Atención Temprana del Gobierno de Navarra.
- M<sup>a</sup> Ángeles Ballesta Serrano. Vicesecretaria de la Junta de Gobierno del ICOFRM y vocal del Comité Ejecutivo del Consejo General de Colegios de Fisioterapeutas de España.

## **1. INTRODUCCIÓN**

Como se menciona con anterioridad, son varias las instituciones que participan en la atención del niño o de la niña susceptible de tratamiento en el ámbito de la etapa de 0 a 6 años, llamada para estas instituciones, Atención Temprana (AT).

A grosso modo, dichas instituciones están englobadas a nivel general en el ámbito de la educación, de la sanidad y de los servicios sociales. Durante el capítulo, iremos intentando reflejar cómo cada una de ellas interviene en las actuaciones, los mecanismos de coordinación que existen en este momento, el rol del fisioterapeuta en esta estructura y desde este análisis hacer una serie de propuestas de mejora.

Por el bien de las familias de estos menores es imprescindible una coordinación interinstitucional fluida, rápida y accesible, que esté protocolizada y acordada por los diferentes agentes, servicios y profesionales que intervienen. Sería deseable que cualquier actuación a nivel estatal que se realice quede registrada y se pueda poner en conocimiento de cualquier profesional que participe en el tratamiento del menor. En este momento, se habla de protocolos de coordinación entre los equipos pero realmente no existe un documento consensuado al que se deban ceñir y cada Comunidad Autónoma (CC. AA.), unidad o servicio establece estos protocolos en base a sus criterios.

La comunicación y coordinación entre servicios sanitarios, educativos y sociales debe estructurar los procedimientos de detección, valoración y derivación y propiciar la mejor atención integral en la atención del niño/a y su familia en los diferentes entornos y momentos. Debe así mismo ayudar a mejorar el intercambio de información sobre la evolución y necesidades clínicas, educativas y sociales de este alumnado. El riesgo fundamental a evitar es la falta de coordinación, la parcelación en la respuesta, la repetición de las demandas y el desconcierto que se puede crear en las familias por las indicaciones de los profesionales que trabajan con ellos. Por ello, se impone una buena comunicación y unos eficaces mecanismos de coordinación tanto entre los profesionales del equipo como entre servicios. (1-3).

## 2. ATENCIÓN TEMPRANA: MARCO NORMATIVO Y DE FUNCIONAMIENTO

### A nivel estatal:

La Constitución Española clasifica y jerarquiza en tres grupos los derechos y deberes fundamentales (4):

- a. "Derechos fundamentales y libertades públicas".
- b. "Derechos y deberes de los ciudadanos".
- c. "Principios rectores de la política social y económica".

El tercer bloque, que recoge la mayoría de los derechos sociales, informa de la legislación positiva, la práctica judicial y la actuación de los poderes públicos, pero no los vincula ni son directa e inmediatamente exigibles, sino que su plena eficacia depende de las leyes que los desarrollen, y tampoco gozan de los procedimientos y recursos específicos citados.

Por otro lado, el 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 (5) y de su inclusión social, en sus capítulos I, II y III, recoge los distintos derechos relacionados con la salud, los equipos multiprofesionales y la atención integral.

En la Ley General de Discapacidad, el Código de Discapacidad (6) en su capítulo II, artículo 14 dice que las prestaciones de atención a la dependencia podrán tener la naturaleza de servicios y de prestaciones económicas e irán destinadas, por una parte, a la promoción de la autonomía personal y, por otra, a atender las necesidades de las personas con dificultades para la realización de las actividades básicas de la vida diaria.

Además, en los artículos 14 y 15 refieren que tendrán carácter prioritario y se prestarán a través de la oferta pública de la Red de Servicios Sociales por las respectivas Comunidades Autónomas mediante centros y servicios públicos o privados concertados debidamente acreditados.

### A nivel autonómico:

En primer lugar, debemos referirnos a las Leyes Orgánicas que aprueban los Estatutos de Autonomía, ya que, a pesar de tratarse de leyes estatales, las incluimos en este apartado por constituir la normativa básica de las CC. AA. Los primeros Estatutos de Autonomía (1979-83) se centraron en la regulación de sus instituciones y la concreción de las competencias, pero los reformados (a partir de 2006) incluyen en sus textos los derechos y deberes de las personas.

Por otra parte, debemos señalar que algunas CC. AA., siguiendo los pasos de Ley 13/1982, de 7 de abril, de Integración Social de los Minusválidos, optaron por una regulación de carácter sectorial, como Ley 1/1999, de 31 de marzo, de Atención a personas con discapacidad en Andalucía, Ley de Cantabria 6/2001, de atención y protección a las personas en situación de dependencia o la Ley 11/2003, de 10 de abril, de la Generalitat Valenciana, sobre el Estatuto de las Personas con Discapacidad (2003).

También dictaron leyes en materia de protección de menores y sanidad, así como diversas normas relacionadas con la educación, incluyendo niños/as con necesidades educativas especiales. Entre las normas que incidieron más



directamente en la AT fueron las leyes de servicios sociales (1982-92) y disposiciones de desarrollo, produciendo, asimismo, normativa específica dedicada a la AT (1986-2006), ya sea con carácter substantivo, organizativo o planificador, algunas de ellas son:

- Cataluña (Orden de 29 de julio de 1985, de creación del Programa Sectorial de Estimulación Precoz; Decreto 261/2003, de 21 de octubre, por el que se regulan los servicios de atención precoz)
- Galicia (Decreto 69/1998, de 26 de febrero, por el que se regula la atención temprana a discapacitados en la Comunidad Autónoma de Galicia)
- Navarra (Orden Foral 170/1998 de 16 de noviembre, del Consejo de Salud por la que se establece el programa de detección precoz de hipoacusias en el periodo neonatal)
- Aragón (Orden 8 de 20 de enero de 2003, por la que se regula el Programa de AT)
- Castilla y León (Plan de acción de AT, 2003-2006).
- País Vasco (DECRETO 13/2016, de 2 de febrero, de intervención integral en AT).

En el Estado social español, la oferta pública de prestaciones sanitarias es prácticamente universal y la educativa lo es plenamente para los niveles obligatorios. Por el contrario, la oferta pública de servicios sociales es selectiva. Las CC. AA. proclaman en sus leyes de esta rama el universalismo pero, sobre todo para las prestaciones más onerosas, salvo excepciones, no lo garantizan. Ello les permite aplicar, en primer lugar, políticas de racionamiento de la oferta que varía en intensidad de unas CC. AA. a otras y también entre ayuntamientos. Esta situación da lugar a exclusiones (7).

En la mayoría de las CC. AA., la AT se rige en virtud de algún Decreto que regula la intervención integral de la Atención Infantil Temprana, mediante las actuaciones coordinadas de los sectores sanitario, educativo y social.

En general la AT depende de su Dirección General de Servicios Sociales. En un número mínimo de Comunidades, donde no existe específicamente un Decreto o una Ley como tal, se generaliza en el Sistema Sanitario Público de dicha Comunidad.

La detección temprana carece de toda efectividad si no va seguida inmediatamente de las medidas de atención e intervención precisas en cada caso. Es por eso que la prontitud en la detección temprana ha de acompañarse de la inmediatez en la respuesta, sin que medie intervalo temporal que demore la puesta en marcha de las actuaciones que cada niño/a requiere.

Con este objetivo se considera que el servicio que ha localizado la alteración o discapacidad o situación de riesgo es quien se encuentra en mejor posición para establecer la necesidad de una respuesta de AT.

### **3. MARCO ACTUAL DE LA ATENCIÓN TEMPRANA. DIVERSIDAD Y NECESIDAD DE COORDINACIÓN ENTRE LOS DIFERENTES SERVICIOS INVOLUCRADOS**

La franja de edad de tratamiento no es fija en todo el territorio español, cada CC. AA. tiene su rango de edad. En la mayoría de las Comunidades la población que se atiende es la de 0 a 6 años, en algunas como Asturias o Cantabria, se tratan de 0 a 3 años y los/as niños/as de 3 a 6 años que no estén escolarizados, en otras, como la Comunidad Valenciana, aunque se tratan de 0 a 6 años, se da prioridad a los/as niños/as de 0 a 4 años y en otras como Aragón también atienden entre los 6 y 14 años y están instaurando la atención pos-temprana.

En cuanto a la derivación del niño o de la niña para evaluación por parte de los centros o unidades de AT, por norma general se lleva a cabo por cualquiera de los profesionales en contacto directo con el/la niño/a, ya sea desde el ámbito sanitario, social o educativo. No es así en el caso de Andalucía y Galicia, que se efectúa a través de atención primaria del servicio sanitario, ni tampoco en Ceuta y Melilla, en las que lo más habitual es que la realice el neurólogo.

En cuanto a la derivación del niño/a para evaluación por parte de los centros o unidades de AT, por norma general se lleva a cabo por cualquiera de los profesionales en contacto directo con el/la niño/a, ya sea desde el ámbito sanitario, social o educativo. No es así en el caso de Andalucía y Galicia, que se efectúa a través de atención primaria del servicio sanitario, ni tampoco en Ceuta y Melilla, en las que lo más habitual es que la realice el neurólogo.

Es en la parte de valoración y tratamiento donde hay menos unanimidad. Existen unidades de valoración y unidades de tratamiento, pero, mientras en algunas Comunidades éstas son unidades diferenciadas en otras ambas funciones, la valoración y el tratamiento, se llevan a cabo en la misma unidad.

Por ejemplo, actualmente en la Comunidad de Madrid existe el Centro Regional de Coordinación y Valoración Infantil (CRECOVI), que es un órgano adscrito a la Consejería de Políticas Sociales y Familia, cuyas funciones son la planificación, valoración, evaluación, organización y coordinación de la actuación integral de la atención temprana en el ámbito de la Comunidad de Madrid. Este centro dispone de una Unidad de Valoración que aúna en un único espacio de referencia y acogida las diferentes valoraciones que puedan requerir los menores de seis años que precisan de apoyos terapéuticos y sociales específicos en su proceso de desarrollo como son: reconocimiento de grado de discapacidad, reconocimiento de la situación de dependencia y determinación de la necesidad de AT. Después del dictamen del CRECOVI, se derivará al Centro de Atención Temprana (CAT) de su zona de residencia, donde recibirá el tratamiento que se estipule (8).

Otro ejemplo lo encontramos en Cataluña, que como en la Comunidad de Madrid, el origen de la necesidad de valorar al niño o la niña puede provenir de diversas instituciones: de la escuela, de la atención primaria, iniciativa de los padres, etcétera, siendo posteriormente derivados al Centro de Desarrollo Infantil y Atención Precoz (CDIAP), públicos o concertados, los cuales se organizan en una red asistencial sectorizada por todo el territorio de Cataluña, según el que le corresponda a la familia por su zona. El CDIAP hace el diagnóstico al niño o la niña y, desde el CDIAP, también se facilita el tratamiento necesario: logopedia, fisioterapia, tratamiento psicológico,

etcétera. En caso de niños o niñas con alguna discapacidad, se podrá tramitar el reconocimiento del grado en el centro de atención a personas con discapacidad (CAD) correspondiente en función del territorio (9).

Un último ejemplo sería Extremadura, donde existen unas Unidades de Promoción de la Autonomía (UPA), que se conciben como un servicio especializado e interdisciplinar orientado a la promoción de la autonomía personal. Estas unidades valoran las necesidades de los menores y sus familias y derivan si procede al Equipo de Valoración y Orientación del Centros de Atención a la Discapacidad de Extremadura (CADEX), donde se lleva a cabo valoración integral, establecimiento de la intervención y el seguimiento de los/as niños/as y su tratamiento (10).

#### **4. NECESIDAD DE COORDINACIÓN**

Aunque existe un marco legal, donde la Educación Temprana aparece como un compromiso claro y donde esta garantizado que se desarrollen las acciones necesarias, en los decretos posteriores no se ha concretado suficientemente el modo en que todas y cada una de las administraciones deben asumir la corresponsabilidad en la coordinación de los servicios y desarrollo, de forma conjunta, de los planes de actuación con todos los niños que a causa de su discapacidad presentan necesidades especiales de tipo sanitario, psicosocial y educativo (11).

Por lo que se observa, cada Comunidad ha desarrollado sus propias estrategias de coordinación, acorde a su propia situación y al desarrollo de sus recursos, no existe un consenso común en todo el territorio.

En la protección y atención a los menores están directamente implicados el sistema sanitario, el educativo y los servicios sociales, y sería deseable que existieran mecanismos de coordinación eficaces que eviten la fragmentación, que permitan la optimización de los recursos y garanticen la continuidad del proceso de detección-diagnóstico-derivación-evaluación-seguimiento-intervención.

Para garantizar este continuo sería necesario generar una cultura de corresponsabilidad entre los servicios y profesionales implicados en la atención a menores y se pudiera establecer un marco normativo que sustentara estos procesos y protocolos y facilitara el intercambio de información.

Se debería de garantizar intervenciones conjuntas y coordinadas a través de protocolos de detección precoz e itinerarios de derivación, emprendiendo acciones para la prevención primaria, prevención secundaria y prevención terciaria de las alteraciones en el desarrollo y sus factores de riesgo.

Por ejemplo en un Decreto del Gobierno (12) en su artículo 8, establece en la Comunidad de Madrid:

*“Los profesionales que intervengan en atención temprana actuarán bajo los principios de coordinación y cooperación en la intervención, el seguimiento, el intercambio de información y, si procede, la derivación de casos. Para el intercambio de información y la derivación entre sistemas se aprobará un protocolo de coordinación de atención temprana que respetará en todo caso la normativa vigente en esta materia”.*

Al hilo se creó la Organización Diagnóstica para la Atención Temprana (ODAT) que pretende convertirse en un sistema de comunicación común entre los profesionales de la AT. La ODAT puede ser utilizada por cualquier profesional, en cualquier centro de tratamiento de AT, como un instrumento de recogida de información y como clasificación diagnóstica

Los datos registrados deberían incluir obligatoriamente la variable de sexo de tal manera que se permitiera una explotación estadística con enfoque de género para facilitar la adopción de medidas y políticas que fomenten la igualdad entre niños y niñas (13).

Por otra parte, dentro de esta estrategia global, sería importante centrar la atención en las coordinaciones de los fisioterapeutas con otros profesionales implicados en la intervención del niño/a a todos los niveles sanitario (primaria y especializada), educativo y social. De todas estas coordinaciones, tal vez hay dos que en este momento requieren una mención especial pues involucran directamente al fisioterapeuta. Por una parte está la coordinación con los servicios educativos y cómo la falta de una regulación en este sentido, condiciona el desarrollo del trabajo del fisioterapeuta en condiciones óptimas y en equipo con el resto de los profesionales. Este punto será analizado y desarrollado más ampliamente en este mismo capítulo. Por otra parte la coordinación del fisioterapeuta con el ámbito sanitario y más específicamente la coordinación fisioterapeuta-medico rehabilitador.

Para el desarrollo adecuado de la intervención llevada a cabo por el fisioterapeuta que trabaja en AT, independientemente del servicio al que pertenezca, es imprescindible la adecuada coordinación con los servicios sanitarios y especialmente con la figura del médico rehabilitador. Parte de las funciones específicas que corresponden a ambos están en íntima relación y tienen una interdependencia que puede condicionar la consecución de los objetivos funcionales. La visión técnica de cada perfil en colaboración es lo que permite que se lleve a cabo una adecuada prevención a nivel ortopédico y se prescriban las ayudas técnicas adecuadas para posibilitar la autonomía y desarrollo de los niños y de las niñas. Sería necesario establecer unos criterios acordados y consensuados por las dos partes y basados en la evidencia científica y establecer en base a esos criterios unos estándares de coordinación e intercambio de información que permitiera determinar adecuadamente en tiempo y forma las necesidades y prescripciones más adecuadas. Estos criterios debieran ser reevaluados por una comisión formada por representantes de ambas partes de forma periódica y en base a la necesidad de ir adecuándose a los nuevos protocolos y recomendaciones sustentadas en la investigación y la evidencia.

## 5. OBJETIVOS DE MEJORA

De cara a conseguir que sea una realidad la coordinación interinstitucional se plantean posibles acciones en base a objetivos concretos.

- **Objetivo 1:** Establecer la coordinación entre los colectivos de profesionales de los diferentes sistemas y servicios involucrados en la AT de los menores con alteraciones en el desarrollo o riesgo de padecerlo, facilitando el intercambio de información que garantice dicha atención.

El objetivo no es un mero intercambio de información sino la creación de procedimientos ágiles y consensuados que permitan una intervención eficaz cubriendo todas las necesidades de la familia y el niño o la niña, sin duplicidades ni parcelaciones entre los diferentes servicios y profesionales.

**Acciones a desarrollar:**

- Elaboración de protocolos entre los diferentes sistemas, sanitario, social y educativo, en el proceso de evaluación de las necesidades de los menores y de su familia o tutores.
  - Elaboración de procedimientos de coordinación y comunicación entre los diferentes niveles sanitarios, sociales y educativos, durante el proceso de intervención.
  - Elaboración de procedimientos de coordinación y comunicación previos a la escolarización del menor y durante el periodo de transición a la escolaridad, entre el Equipo de Intervención y los servicios educativos responsables de la escolarización.
- **Objetivo 2:** Facilitar el apoyo y asesoramiento técnico entre los colectivos de profesionales de los diferentes servicios implicados, para poder asegurar un mejor conocimiento del funcionamiento y manera de hacer de cada servicio facilitando la toma de decisiones consensuadas y basadas en el conocimiento e intercambio de información.

Esto permitiría establecer criterios de coordinación más ajustados y basados no solo en las necesidades sino también en el mejor conocimiento de cada servicio y en la confianza que da compartir criterios comunes.

**Acciones a desarrollar:**

- Generar espacios de colaboración entre los diferentes profesionales que son parte activa en la intervención con la familia y el/la niño/a para establecer el programa, su evaluación y la toma de decisiones.
  - Encuentros sistemáticos de profesionales de los diferentes servicios implicados como por ejemplo las Escuelas Infantiles o Guarderías, los profesionales de salud, los trabajadores sociales, profesionales del CAT, entre profesionales con el mismo perfil profesional, etc.; en torno a cada caso y con acciones concretas para cada familia, entorno y momento, etc.
- **Objetivo 3:** Posibilitar el acceso de los colectivos de profesionales del sector a información de calidad, precisa y directa, sobre los aspectos relacionados con la atención temprana, habilitación y rehabilitación.

**Acciones a desarrollar:**

- Sistematizar la recogida y protocolización de la información, con el objetivo de estar disponible para los y las profesionales e investigadores de la atención temprana y la rehabilitación.
- Desarrollo de una Base de Datos única, o compatible, para que la persona usuaria disponga de su historial y a disposición de los distintos sistemas implicados –de acuerdo con los distintos perfiles

de acceso— en la atención de los menores de tres años en situación de dependencia o en riesgo de desarrollarla en concordancia con la Ley 15/1999, de Protección de Datos (11, 14).

## **6. ATENCIÓN TEMPRANA EN EL ENTORNO EDUCATIVO**

Los Equipos de Orientación Educativa y Psicopedagógica (EOEP) son los responsables de la orientación educativa en las etapas de Educación Infantil y Primaria. Están organizados en sectores, desarrollando el asesoramiento, apoyo y colaboración con el profesorado/educadores y con la familia para la mejora de la calidad educativa, con especial dedicación a las necesidades educativas especiales del alumnado.

Hay tres tipos de EOEP:

- EOEP de Atención Temprana: intervienen, principalmente, en las Escuelas Infantiles (0-3 años).
- EOEP generales: desarrollan su actuación en los Centros de Educación Infantil y Primaria (3-12 años).
- EOEP Específico:
  - Discapacidad Auditiva
  - Discapacidad Motora
  - Discapacidad Visual
  - Alteraciones Graves del Desarrollo

Los EOEP tienen como función principal el establecimiento de medidas educativas que favorezcan la inclusión de los alumnos con necesidades educativas y de atención especial (ACNEAE) bajo los principios de inclusión y normalización (15).

Dichos Equipos cuentan con profesionales de distinto perfil (profesorado de la especialidad de psicología/pedagogía, maestros especialistas en pedagogía terapéutica y/o audición y lenguaje, entre otros), El fisioterapeuta, está presente en las unidades de intervención de AT y en los centros educativos pero no pertenece a este equipo. La inclusión del fisioterapeuta en el equipo que atiende a un niño/a-familia, se organiza de forma diferente de una comunidad a otra y en muchos casos no tienen definido un protocolo de coordinación con los demás profesionales que trabajan con el/la niño/a-familia. El hecho de que este protocolo no esté definido es a la vez causa y consecuencia de la falta de conciencia a nivel institucional de la importancia de no parcializar y de que todos los profesionales puedan formar parte del equipo no como una parte más sino como una parte integrada dentro de un proyecto común y consensuado cuyo objetivo es atender de forma global y eficaz a cada familia-niño/a. Para que esto se pueda dar es necesario protocolizar y dotar de tiempo los espacios de coordinación interprofesional (dentro de la escuela), con la familia e interdepartamental (con servicios sanitarios, sociales), etc.

En este momento las coordinaciones que se realizan interprofesionales son reuniones puntuales de intercambio de información (nuevas escolarizaciones y niños escolarizados que comparten intervención con los CAT) que desde luego

permiten dar cierto grado de coherencia a la intervención que se hace desde los diferentes espacios pero sería necesario enmarcarlas en una estructura más ambiciosa donde no solo se comparta información sino que se tomen decisiones consensuadas y las actuaciones de cada servicio y profesional tengan un sentido en el programa global del niño o de la niña.

En el caso de las escuelas infantiles, no existe como tal la figura del fisioterapeuta dentro del equipo de orientación sino que es el fisioterapeuta del CAT el que atiende las necesidades motrices que requieren la especificidad de este perfil profesional. En este caso, también hay falta de regulación y esto provoca diferencia de oportunidades entre CC. AA. pues mientras que en algunas esta colaboración está regulada y es posible, en otras no se contempla. En las CC. AA. que está contemplado, no existen unos criterios comunes sino que cada servicio se organiza según sus posibilidades y criterios.

Por tanto, los fisioterapeutas que atienden a los niños/as en el tramo 0-3 suelen pertenecer al departamento de política social o salud y en el tramo 3-6 a política social o salud. De lo que se deduce que para que el fisioterapeuta pueda desarrollar su trabajo de forma adecuada cubriendo todas las necesidades de forma coherente con el resto de profesionales, lo primero que tendrá que darse son unos correctos criterios de coordinación interdepartamental que hagan que la inclusión de los fisioterapeutas en los diferentes entornos se pueda hacer de forma adecuada independientemente de la CC. AA. y del departamento al que pertenezca.

Es por esta situación de variabilidad de unas Comunidades a otras y por este funcionamiento poco estable que se plantea la importancia de que se trabaje para que la figura del fisioterapeuta esté presente en el ámbito de la educación de 0 a 6 años, no sólo en los colegios específicos de motóricos, si no a nivel de los equipos de orientación y de la escuelas infantiles, participando activamente en la evolución del niño o de la niña y no externamente con reuniones esporádicas con profesionales educativos o del ámbito sanitario.

En este sentido y con una visión más amplia que trasciende la figura del fisioterapeuta pero donde el fisioterapeuta estaría incluido, la meta sería crear un equipo en torno al niño. Ese "equipo" estaría compuesto por profesionales pertenecientes a varios ámbitos (salud, social, educativo, etc.), y el objetivo sería un funcionamiento ágil, funcional y consensuado en la toma de decisiones a lo largo de todo el proceso. Partiendo de un programa común, realista y ajustado a cada caso, es más fácil que cada uno se ocupe de lo que le compete en consonancia y coordinación con el resto evitando que se queden aspectos sin cubrir pero también solapamientos y contradicciones. Los encuentros no tendrían que ser de muchos profesionales sino de los que en cada momento sea necesario pero con actuaciones y decisiones realistas, enmarcadas dentro de ese encuadre común inicial y con traspase de información a todo el equipo (16).

## **7. RELACIÓN DE LOS PROFESIONALES DE ATENCIÓN TEMPRANA (FISIOTERAPEUTAS) CON LAS FAMILIAS**

Tras el análisis de las encuestas del establecimiento de protocolos para los procesos de intervención familiar, los resultados de los profesionales de todos los ámbitos de AT muestran que sólo un 40,73% de los profesionales afirman disponer de protocolos para los procesos de intervención familiar (17).

Es el ámbito social el que dice disponer de protocolos para la intervención familiar en un porcentaje mayor que en el ámbito educativo (un 75,90%).

En el ámbito educativo un 75,27% de los profesionales dicen no disponer de protocolos de intervención familiar.

Estos datos apuntan una conciencia creciente de la importancia de trabajar con las familias, ya que los primeros años de la infancia son un periodo crítico para apoyar a las familias en sus funciones de cuidado, crianza y estimulación oportuna.

Tanto la Educación Infantil y como la AT comparten las funciones de prevención, educativa, integradora y compensadora, entendemos que son un marco inmejorable para trabajar conjuntamente. Por ello es necesario que el ámbito educativo coordine sus actuaciones de formación para familias con el resto de ámbitos de AT, ya que los niños pasan el mayor número de horas en contexto escolar y cuanto más pequeño es el niño, más importante es el establecimiento de relaciones entre familia-escuela-entorno (18).

Se observa que en los últimos años, copiando el modelo de AT Europeo, de la European Agency for Development in Special Needs Education, se está haciendo hincapié en el respeto de los derechos y las necesidades de los niños y de sus familias.

Esta prioridad está en relación con la necesidad de crear servicios responsables y centrados en la familia que trabajen para éstas y sus hijos/as e impliquen a los padres/madres en todos los niveles de la planificación y desarrollo de los niños y niñas.

Se está teniendo en cuenta en mayor medida la familia por lo que el profesional debe trabajar en la forma en que la información se da a las familias y en programas de formación enfocados a la capacidad para el trabajo en equipos multiprofesionales, compartiendo criterios comunes, objetivos y trabajo eficaz con las familias.

La tendencia en el futuro debe proponer que los niños y las familias estén en el centro de todas las actuaciones en el proceso de la AT. Los deseos de las familias deberían respetarse, incluyendo la posibilidad de elección.

La información compartida entre los profesionales y ofrecida adecuadamente a las familias debería ser alta prioridad. Los responsables de la organización de los servicios deberían tener la responsabilidad de garantizar que todas las familias tienen acceso al derecho a la información que necesitan.

En algunos grupos de trabajo sobre la infancia (GENMA, PADI, GEMYSI) y en documentos marco de referencia, Programa Helios II-1994-96, Criterios Básicos



de Salud Materno-Infantil de 1990, los Módulos de criterios de Calidad de Centros de A.T. de INSERSO, CM y FADEM de 1990 y PADI-1996, el Libro Blanco de AT del 2000 y 2005, el Manual de Buenas Prácticas de AT de FEAPS de 2001, el Plan de Actuación del CERMI de 2004, etc, se recogen el principio de coordinación y señalan la interdisciplinariedad como criterio de calidad, resaltando la necesidad de coordinación interinstitucional i interdisciplinar (19).

## 8. ESTRATEGIAS GENERALES DE MEJORA

1. Necesidad de concretar y delimitar los elementos o puntos de conexión de los tres ámbitos: servicios sociales, sanidad y educación. Sería necesario establecer un marco normativo que sustentara estos procesos y protocolos y facilitara el intercambio de información para generar así una cultura de corresponsabilidad entre los servicios y profesionales
2. Necesidad de generalizar la comunicación, entre las organizaciones oficiales y los profesionales de los centros de atención directa. De cara a generar protocolos interdepartamentales funcionales, dotados de espacios y tiempo que garanticen el trabajo en equipo con decisiones consensuadas y la optimización de recursos.
3. Necesidad de unificar un protocolo informatizado de anotación y de intercambio de información que sea accesible a los profesionales que trabajan con el paciente y una base de documentación sobre AT de ámbito Nacional donde se recojan los modelos, servicios y actuación en AT y, en concreto con las familias.
4. Necesidad de creación de unos criterios unificados de valoración desde el ámbito fisioterápico, con presencia de éstos en los Equipos de Valoración. En el ámbito específico de la fisioterapia, después de la realización de este capítulo y al recabar la información con los diferentes profesionales, se observa que en el proceso de la valoración y derivación a tratamiento del niño/ a los centros asistenciales, es realizada por profesionales generalmente no vinculados a la sanidad, lo que conlleva que dichos profesionales decidan si debe recibir tratamiento fisioterápico o no sin tener conocimientos específicos, por lo que en algunos casos se produce una derivación incompleta o errónea desde el ámbito fisioterápico. Se plantea que debieran revisarse estos procedimientos y que en aquellas CC. AA. donde se realiza una derivación con indicación de la intervención debería existir, dentro del equipo de valoración, la figura de un fisioterapeuta con formación específica en pediatría y AT para realizar dicha valoración, siguiendo un protocolo similar en todas las CC. AA., y garantizando una valoración adecuada de necesidades fisioterápicas que permita efectuar una adecuada derivación al fisioterapeuta del centro asistencial evitando así derivaciones incompletas o erróneas.
5. Teniendo en cuenta la alta valoración que las familias hacen del trabajo realizado en equipo con ella, sería importante conseguir que a nivel institucional se valore la importancia de esta forma de trabajo generando una estructura que permita un trabajo no centrado en el número de sesiones sino en la necesidad de tiempos para trabajar en colaboración con la familia y coordinar con otros servicios consiguiendo así una atención de más calidad.

6. Introducir los mecanismos necesarios que permitan trabajar desde un enfoque centrado en la familia y servicios responsables que trabajen para los niños/as y sus familias y que impliquen a los padres en cada uno de los niveles de la planificación y el desarrollo de los servicios de AT para sus hijos/as.
7. Propiciar la reflexión del profesional sobre su propia práctica y sobre cómo mejorarla fomentando puntos de encuentro y formación con otros profesionales de la atención temprana.
8. Creación de una base de investigación sobre actividades y programas para padres en AT.
9. Incluir la figura del fisioterapeuta en los distintos equipos de detección, Equipos de Atención Temprana y EOEP.
10. Dar apoyo desde los Colegios Profesionales de Fisioterapia a los fisioterapeutas que trabajan en AT a través de acciones formativas y elaboración y divulgación de estudios de investigación.
11. Generar un espacio de encuentro o comisión con los Médicos Rehabilitadores para establecer unos criterios acordados y consensuados por las dos partes y basados en la evidencia científica y la periódica revisión de los mismos en base a la a los nuevos protocolos

La reglamentación y el asesoramiento debería poner el énfasis en el trabajo colaborativo entre los diferentes profesionales, los servicios y las familias como parte central de la AT. Sin embargo, el conocimiento de la naturaleza del trabajo conjunto debería hacerse extensivo al reconocimiento del valor de implicar a las familias, en la formación de profesionales, la revisión de los servicios y la planificación para facilitar la mejora.

## BIBLIOGRAFÍA

1. Real Patronato de Prevención y de atención a personas con minusvalía. (2000). Libro banco de la atención temprana Ministerio de trabajo y asuntos sociales.
2. Comunidad de Madrid. [Internet]. [Consultado 20 abril 2019]. Disponible en: <http://www.madrid.org/cs/Satellite?c=Page&cid=1267496299042&pagename=ComunidadMadrid%2FEstructura>.
3. Grande Fariñas P. Coordinación interdisciplinar en atención temprana en la Comunidad de Madrid (área 10). Revista Educación Inclusiva. 2011; 4(2):45-63.
4. Constitución Española. Boletín Oficial del Estado, 29 de diciembre de 1978. Título I. Artículo 9.3.
5. En España, Real Decreto Legislativo 1/2013, de 29 de noviembre, Ley General de derechos de las personas con discapacidad y de su inclusión social.
6. En España, la Ley 39/2006, de 14 de diciembre, de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las personas en situación de dependencia.
7. Casado Pérez D. La atención temprana en España. Jalones de su desarrollo organizativo. Polibea. 2005; 79:11-16.
8. Centro Regional de Coordinación y Valoración Infantil (CRECOVI). [Internet]. [Consultado 20 abril 2019]. Disponible en: <http://www.comunidad.madrid/centros/centro-regional-coordinacion-valoracion-infantil-crecovi>.

9. Ajuntament Barcelona. [Internet]. [Consultado 25 abril 2019]. Disponible en: <https://ajuntament.barcelona.cat/infancia/es>
10. Servicio extremeño de promoción de la autonomía y atención a la dependencia (SEPAD). [Internet]. [Consultado 7 mayo 2019]. Disponible en: <https://saludextremadura.ses.es/sepap/reconocimiento-y-valoracion-de-la-discapacidad>.
11. Comunidad de Madrid. [Internet]. [Consultado 20 abril 2019]. Disponible en: <http://www.madrid.org/cs/Satellite?c=Page&cid=1267496299042&pagename=ComunidadMadrid%2FEstructura>.
12. En España, la Ley 2/2006, de 3 de mayo, de Educación.
13. En España, la Ley Orgánica 8/2013, de 9 de diciembre, de ley orgánica para la mejora de la calidad educativa.
14. Andreu, M. T. Coordinación interinstitucional en el ámbito de la atención temprana de la CAM. Tesis Doctoral, Universidad Complutense, Madrid. 1997.
15. En España, la Ley 39/2006, de 14 de diciembre, de Promoción de la Autonomía Personal y atención a las personas en situación de dependencia.
16. Paniagua, G. y Palacios, J. Educación Infantil. Respuesta educativa a la diversidad. Alianza: Madrid). 2005.
17. Andrés Viloria C. La atención a la familia en atención temprana. un estudio desde la perspectiva de los profesionales de los servicios y centros de atención temprana. [Doctorado]. Universidad Autónoma de Madrid; 2011.
18. Decreto 46/2015, de 7 de mayo, del Consejo de Gobierno, por el que se regula la coordinación en la prestación de la atención temprana en la Comunidad de Madrid y se establece el procedimiento para determinar la necesidad de atención temprana.
19. Grande Fariñas P. Coordinación interdisciplinar en atención temprana en la Comunidad de Madrid (área 10). Revista Educación Inclusiva. 2011; 4(2): 51.

## CAPÍTULO V - ESTRATEGIAS DE ACTUACIÓN COMUNITARIA

### Autor:

- Kattalin Sarasola Gandariasbeitia. Fisioterapeuta Pediatrica en Centro de neurorehabilitacion infantil Airoa de Bilbao.

### Coordinadoras:

- Jone Miren Noain. Fisioterapeuta pediátrica en el Centro de Atención Temprana del Gobierno de Navarra.
- M<sup>a</sup> Ángeles Ballesta Serrano. Vicesecretaria de la Junta de Gobierno del ICOFRM y vocal del Comité Ejecutivo del Consejo General de Colegios de Fisioterapeutas de España.

## 1. INTRODUCCIÓN

Aunque la Atención Temprana (AT) se desarrolla en Centros de Desarrollo Infantil y Atención Temprana (CDIAT), (reciben otra terminología según cada Comunidad Autónoma, véase el apartado de acrónimos); sus actuaciones deben de tener una repercusión en la comunidad, especialmente en el contexto socio-sanitario y educativo.

La fisioterapia Comunitaria se centra en el desarrollo de la capacidad para prestar una atención integral - fomento de la salud, prevención de la enfermedad y cuidados adecuados mediante la identificación de necesidades de salud de las personas, la familia y la comunidad a lo largo del ciclo vital, y en cada uno de los procesos de salud o enfermedad a los que se enfrenten.

Aspectos como la construcción social de la salud y la enfermedad, la contribución de factores sociales y otros factores a la salud, así como las teorías sistémicas, se toman en consideración para conceptualizar la fisioterapia comunitaria (1).

El papel del fisioterapeuta en la comunidad puede incluir un número amplio de estrategias, desde intervenciones terapéuticas con grupos, hasta prevención y procesos de educación para la salud (1, 2).

En cualquier caso, trabajar con comunidades debería dirigir al profesional a un proceso reflexivo, en el que se analicen las condiciones no saludables en que viven las personas y animar a la comunidad a hacer cambios globales para incrementar los índices de salud de las personas (1, 2).

En esta ocasión, hablamos de estrategias de actuación comunitaria desde la fisioterapia en el marco de la AT por lo tanto, estas actuaciones irán dirigidas a niños/as de 0-6 años con discapacidad o riesgo de padecerla y a sus familias, a niños/as de 0-6 años sanos y a sus familias y a personas que próximamente van a crear una familia (embarazadas, parejas esperando para procesos de adopción).

Teniendo en cuenta que el movimiento del ser humano interviene en multitud de funciones básicas durante la infancia (respiración, alimentación, control postural, diferentes formas de desplazamiento, prensión y manipulación de objetos, exploración del entorno, juego, deporte y actividades recreativas, etc.) y teniendo en

cuenta que la fisioterapia actúa en todos los sistemas, queda justificada la variabilidad de ámbitos de intervención de esta disciplina en la edad pediátrica.

Además, los fisioterapeutas trabajan dentro del marco de la Clasificación Internacional del Funcionamiento, Discapacidad y Salud (CIF) y en asociación con la familia y su hijo/a y por esto se hace necesario establecer y revisar los objetivos en relación con las necesidades identificadas del niño o de la niña, trabajando estrechamente con las familias y los cuidadores como proveedores importantes de programas para mejorar la participación de sus hijos/as en la comunidad.

Ahora bien, ¿cómo se traduciría esto desde una actuación comunitaria en los Centros de Atención Temprana (CAT)? A rasgos generales, las actuaciones deben de realizarse en tres niveles que ya han sido expuestos con anterioridad. A continuación, se exponen algunos ejemplos:

- **Prevención primaria:** acciones dirigidas a evitar las condiciones que pueden llevar a la aparición de discapacidades o trastornos en el desarrollo infantil:
  - Futuros padres
  - Niños/as sanos
- **Prevención secundaria:** Acciones dirigidas a evitar problemas en individuos propensos a manifestarlos:
  - Niños/as con riesgo biológico
  - Niños/as con riesgo socio ambiental.
  - Niños/as sin patología evidente que muestran retraso/alteraciones en su desarrollo
- **Prevención terciaria:** Acciones dirigidas a favorecer la inclusión y la participación de los niños/as con discapacidad y sus familias en actividades lúdico deportivas dentro de la comunidad.

## 2. PROGRAMAS COMUNITARIOS EN CENTROS DE ATENCIÓN TEMPRANA EN ESPAÑA

Desde los CAT se están llevando a cabo a nivel estatal diferentes acciones comunitarias a modo de talleres, charlas, seminarios, actividades y proyectos. A continuación, exponemos algunos de ellos.

### 2.1. Actuaciones comunitarias para la prevención primaria

- Promoción del ejercicio durante el embarazo

Realizar ejercicio físico durante el embarazo ayudará a tener una mejor condición física para enfrentarse al parto, disminuyendo las intervenciones obstétricas y acortando la fase activa del parto. También reducirá factores de riesgo como la obesidad materna, la diabetes gestacional, la preclamsia, etc. (3).

Desde los CAT se realizan charlas informativas para promocionar la actividad física durante el embarazo como forma de mejorar la salud del futuro niño/a y su madre.

Dado que el sistema sanitario muchas veces no ofrece este tipo de actividades, algunos CAT, (buscando la manera de satisfacer tales necesidades), están poniendo en marcha algunas actividades relacionadas con el movimiento para las madres gestantes como pueden ser el yoga o el Pilates guiadas por un fisioterapeuta con conocimientos en obstetricia.

- Charlas Informativas sobre crianza y desarrollo psicomotor Infantil

Con el debilitamiento de la familia tradicional crece la demanda de fórmulas alternativas de apoyo a la socialización de los/as hijos/as. En la práctica cotidiana de los CAT cada vez es más frecuente la presencia de peticiones de valoración en temas del desarrollo infantil o estimulación precoz que no tienen que ver con situaciones de crisis o de discapacidad, sino con las necesidades de orientación de padres que desean educar y estimular mejor a sus hijos/as o que piden consejo a la hora de tomar decisiones concretas. En este sentido, la apertura del ámbito de intervención de los equipos puede ir al encuentro de la demanda de asesoramiento de las nuevas familias facilitando un aprovechamiento óptimo de la experiencia adquirida en AT y ofreciendo un sistema de servicios con garantía de calidad.

Desde los CAT se están realizando charlas informativas sobre desarrollo infantil y orientaciones para ayudar a desarrollar de manera natural las diferentes adquisiciones en las diferentes áreas de desarrollo.

Así pues, en la primera infancia (0-3 años) destacamos la importancia del fisioterapeuta como figura de acompañamiento a las familias a la hora de facilitar el movimiento libre del niño o de la niña. El movimiento libre basado en la actividad autónoma favorece en el/la niño/a el descubrimiento de sus propias capacidades, la utilización de sus propias adquisiciones, y el aprendizaje a partir de sus propios fracasos y logros. A nosotros nos corresponde asegurar las condiciones para una motricidad libre sin forzar el desarrollo inconcluso de cada etapa acelerando la siguiente (4).

- La importancia del juego libre en la infancia como fuente de movimiento e interacción

El/La niño/a necesita moverse en libertad para formarse íntegramente como ser humano. Desde que comienza a andar y hasta los siete años, el/la niño/a debe tener la oportunidad de crecer en un ambiente de juego libre donde pueda explorar y descubrir el mundo y a las personas que le rodean (4). El juego es el verdadero trabajo del niño o de la niña. Todas las habilidades intelectuales, psicológicas y sociales se hallan integradas en el juego pero para que el/la niño/a realice un auténtico aprendizaje, debemos dejarle jugar en libertad.

Durante los primeros años de vida, se desarrolla el juego sensoriomotor que consiste en consisten en repetir una y otra vez una acción por el puro placer del movimiento y conocimiento del propio cuerpo (5). Arrastrarse, gatear, caminar, balancearse, etc. son acciones que se consideran juegos de ejercicio con el propio cuerpo donde se domina el espacio gracias a los movimientos. Morder, chupar, lanzar, golpear, agitar, etc. son juegos de ejercicio con objetos, donde se manipula y se exploran sensorialmente las cualidades de los objetos. Sonreír, tocar,

escondarse, etc. son juegos de ejercicio con personas, donde se favorece la interacción social.

Desde los CAT se están impartiendo talleres y charlas para familias sobre cómo favorecer el juego durante la infancia. En estos talleres participan diferentes profesionales pero la figura del fisioterapeuta es esencial en la etapa sensoriomotora (0-2 años) donde el propio movimiento es el juego.

- Talleres de masaje infantil

Desde el nacimiento los bebés necesitan ser tocados y acariciados. El masaje infantil facilita el espacio y el tiempo para que se establezca un diálogo que beneficia tanto al que lo recibe como al que lo da.

El contacto respetuoso, temprano y único con ambos progenitores, ayuda a eliminar las inseguridades y miedos que suelen generarse en los primeros meses después del nacimiento. Diferentes investigaciones confirman que el masaje tiene un efecto positivo en el desarrollo saludable del bebé y revelan la necesidad de tacto nutritivo promueven el vínculo madre-hijo/a y es como fundamental en los primeros años de vida. El masaje también tiene beneficios a nivel digestivo y de descanso (6, 7).

En muchos CAT se organizan talleres de masaje infantil donde la figura del fisioterapeuta especializado en masaje infantil es esencial a la hora de enseñar a las familias las diferentes técnicas.

- Talleres de porteo ergonómico

El porteo es un sistema de transporte que asegura un contacto constante entre el bebé o el/la niño/a (portado/a) y el adulto o porteador. Para que pueda aportar todos sus beneficios, el portabebés utilizado debe ser ergonómico; es decir, que respete la fisiología y fisionomía del bebé y del adulto.

Para los bebés, ser porteados aporta muchos beneficios: los de ir en brazos o los de cualquier otro tipo de contacto afectivo (caricias, masaje, etc.). Estos efectos positivos son, presumiblemente, mediados por la oxitócica, tanto en los padres como en los bebés. El contacto es imprescindible para la auto-organización física, sensorial y sensoriomotriz, así como de la formación de la personalidad y de las relaciones sociales del bebé (6, 7).

En lo referente al desarrollo musculo esquelético y a la prevención de deformidades también podemos enumerar diferentes beneficios como por ejemplo la prevención de plagiocefalias posturales y la protección del desarrollo de la espalda y de las caderas entre otros (8).

En algunos CAT se están empezando a organizar talleres de porteo ergonómico donde los fisioterapeutas pediátricos explican a las familias los beneficios del porteo y la forma adecuada de llevarlo a cabo.

## 2.2. Actuaciones comunitarias para la prevención secundaria

- Grupos de Crianza en bebés de alto riesgo

Se consideran bebés de alto riesgo aquellos que han tenido algún problema pre o perinatal pero sin diagnóstico de ninguna patología (bebés prematuros, bebés con sufrimiento/ hipoxia neonatal, etc.).

Esta actividad se basa en organizar grupos de padres, donde se realizan de manera continuada (semanal o quincenal) encuentros *donde se dan herramientas y estrategias y se comparten inquietudes y dudas* sobre aspectos generales de la atención/crianza al niño o a la niña en lo que se refiere a control postural, aporte de estímulos sensoriales, activación de los prerrequisitos comunicativos y habilidades comunicativas y del contacto afectivo. Este tipo de grupos están dinamizados por diferentes profesionales (logopeda, psicólogo, fisioterapeuta, trabajo social, etc.) y cada profesional aporta información y estrategias a las familias referente a su área de desarrollo. Generalmente se organizan juntando niños/as de características / edades similares y dependiendo de las dificultades que se ven en los pequeños y las inquietudes de las familias se van abordando diferentes temas.

- Talleres de fisioterapia respiratoria para bebés/niños/as de alto riesgo

Organización de talleres para familias con bebés/niños/as de alto riesgo susceptibles de desarrollar patología respiratoria como la bronquiolitis aguda. En este grupo entrarían todos los bebés prematuros y los bebés que presenten alguna dificultad respiratoria durante los primeros meses. En este tipo de talleres se habla sobre todo de prevención y se explica a las familias cómo disminuir el riesgo de desarrollar bronquiolitis u otras patologías respiratorias, cómo puede ayudarles la fisioterapia respiratoria una vez el/las niño/a está enfermo/a y cómo deben hacerse los lavados nasales entre otras cosas (9).

## 2.3. Actuaciones comunitarias para la prevención terciaria

- Programas de inclusión en actividades deportivas

En el deporte inclusivo, la persona con discapacidad practica un deporte de forma recreativa junto a personas sin discapacidad. En este caso son las personas las que se adaptan al deporte, y no el deporte a ellas. De entre todas las formas de realizar ejercicio, esta es muy recomendable, puesto que además de aportar bienestar físico y mental, consigue mejorar la calidad de vida y la inclusión social.

Desde los CAT se realizan charlas para las familias que tienen hijos/as con alguna discapacidad sobre los beneficios del deporte inclusivo y en algunas ocasiones se organizan actividades deportivas inclusivas, junto con profesionales con formación en el ámbito deportivo. La figura del fisioterapeuta es importante a la hora de ayudar a la familia/colegio a realizar las adaptaciones necesarias para que el/la niño/a pueda realizar la actividad con los demás (natación inclusiva, danza inclusiva, etc.).

- Apoyo del fisioterapeuta en las actividades de ocio



El 80% de los aprendizajes se dan en situaciones no formales, a partir de la observación y el intercambio de experiencias entre iguales. La necesidad vital, la emoción y la satisfacción son el motor del aprendizaje. Las actividades de ocio durante la infancia son un derecho que en muchas ocasiones los/as niños/as con discapacidad no pueden disfrutar (10).

Desde los CAT debemos informar a las familias de las posibilidades en actividades recreativas, así como ofrecer recursos comunitarios. En algunas ocasiones, podemos ofrecer apoyo y seguridad y realizar acompañamientos si las familias así lo desean.

Algunos ejemplos: Orientación por la montaña con silla Joëlette, paseos a caballo, actividades plásticas, facilitar agendas de ocio disponibles en la comunidad como cuenta-cuentos u otras actividades para familias, etc.

- Talleres de adaptación de juguetes para niños/as con dificultades motrices

Jugar es un derecho de la infancia y los adultos hemos de velar por su cumplimiento en todos y cada uno de los niños y niñas, aunque en algunas situaciones se encuentren en serias dificultades para el desarrollo de esta actividad (5, 10).

Desde algunos CAT se están realizando talleres de adaptación de juguetes tanto para familias de niños/as con discapacidad como para distintos profesionales que trabajan con esta población. Generalmente es el fisioterapeuta junto con el terapeuta ocupacional quién se encarga de dichos talleres.

Los criterios básicos que marcarán el tipo y grado de adaptación del juguete son la capacidad de movimiento del niño o de la niña, sus capacidades de manipulación y sus posibilidades de percepción sensorial.

- Programas de inclusión en los recreos escolares

Desde un planteamiento globalizador e integrador, la escuela infantil se convierte en el contexto idóneo para atender las necesidades especiales derivadas de una dificultad o alteración en el desarrollo. La esencia de este planteamiento reside en una máxima que, aunque resulte evidente, hoy día sigue sin ser asumida por el conjunto de la sociedad: los/as niños/as y las personas con dificultades en su desarrollo viven y van a tener que vivir en un contexto que, en términos absolutos, “es el mismo para todos”.

Por desgracia, la imagen de niños y niñas con diversidad funcional solos en el patio del recreo, sin relacionarse con sus compañeros, es una realidad en muchos centros educativos. Fruto de esta situación, nuevas corrientes metodológicas vienen pidiendo un cambio de visión. El juego, como parte fundamental en el desarrollo infantil, debe ser inclusivo si queremos garantizar que los derechos a la educación de todos los/as niños/as están atendidos (11, 12).

Desde los CAT se está impartiendo formación a centros escolares sobre como dinamizar los recreos para que estos sean inclusivos. El objetivo fundamental

es que todos los profesores o miembros de las comunidades educativas se animen a incluir este tipo de metodologías en sus tiempos de recreo para favorecer la inclusión del alumnado con diversidad funcional. Esta formación corre a cargo de los diferentes profesionales del equipo, entre ellos el fisioterapeuta.

### **3. PROPUESTA DE ACTIVIDADES QUE PODIAN REALIZARSE DESDE LOS CENTROS DE ATENCIÓN TEMPRANA**

- Charlas informativas para familias/comunidad médica sobre el aprendizaje en la infancia y la importancia que tienen los entornos naturales

No descubrimos nada nuevo si decimos que los/as niños/as aprenden en todo momento, a lo largo de todo el día, poco a poco, a base de repetición y, especialmente a través de un aprendizaje contextualizado.

En la familia del niño o de la niña con necesidades de AT y en su entorno inmediato, podemos encontrar y potenciar los recursos y las competencias necesarias para generar un entorno competente para facilitar el desarrollo del niño o de la niña. No para llevar a cabo una intervención rehabilitadora, que reproduzca en el hogar los patrones de intervención terapéutica que se lleva a cabo a nivel ambulatorio, sino simplemente, para asegurar oportunidades de aprendizaje en actividades plenamente contextualizadas insertadas de forma natural en las rutinas diarias de esa familia y de ese entorno natural. Obviamente esta práctica consigue aumentar el tiempo de oportunidades de aprendizaje (4, 5, 13).

Desde los CAT podrían realizarse charlas de este tipo tanto para familias como para la comunidad médica, lo que ayudaría a entender cómo aprenden los/as niños/as y el potencial del entorno natural para la mejora del desarrollo psicomotor.

Estas charlas podrían ser impartidas por cualquiera profesional que trabaje en AT, entre ellos el fisioterapeuta.

- Charlas para comunidad médica/familias de niños/as con dificultades motrices sobre la importancia de la movilidad temprana con diferentes dispositivos

Los beneficios de la auto-locomoción son muy importantes para el desarrollo psicológico, social y cognitivo de un/a niño/a. La experiencia motora auto-inducida ayuda a desarrollar la maduración del sistema nervioso central, estimula un nuevo nivel de autoconciencia, reduce los patrones de apego a cuidadores y aumenta las interacciones. Esto puede permitir que el/la niño/a desarrolle un sentido de competencia e iniciativa, y le otorga una nueva capacidad para lidiar con las tensiones del entorno (13, 14, 15).

A día de hoy contamos con suficiente evidencia científica que nos dice que los bebés y los/as niños/as pequeños/as que buscan exploración en sus entornos desde una edad temprana muestran a la larga, mejores rendimientos cognitivos, académicos y neurofisiológicos. Esto puede deberse a que la posibilidad de explorar e interactuar dentro de su entorno y con otros/as niños/as hará que continúen

desarrollando un entorno propio que será estimulante, variado y desafiante. Las interacciones motoras permiten por lo tanto aprender acerca de su propio poder y capacidad para hacer que las cosas sucedan (14, 15).

Desde los CAT, los fisioterapeutas podrían realizar charlas informativas, ya sea a nivel presencial como por vía telemática, tanto a la comunidad médica como a familiares de niños/as con dificultades motrices sobre la importancia de la auto-locomoción temprana en los/as niños/as y sobre qué dispositivos existen en el mercado cuando el/la niño/a tiene dificultades para conseguirlo por sí mismo. Algunos ejemplos: coches de juguete modificados, rastreadores, gateadores, andadores, entrenadores de marcha, triciclos adaptados, sillas eléctricas, sillas autopropulsadas, etc.

- Talleres de iniciación al deporte adaptado (multi-deporte) para niños/as de 5-6 años

El deporte adaptado es una actividad físico-deportiva que acepta variaciones para que personas con diferentes discapacidades puedan llevar a cabo su práctica. Estas discapacidades pueden ser físicas, psíquicas o sensoriales y en la actualidad existen cada vez más equipos y federaciones que apuestan por el deporte adaptado.

Dado que los niños y las niñas de desarrollo típico comienzan sus extraescolares deportivas entre los 5 y los 6 años, y en vista de que muchas federaciones de deporte adaptado ofrecen sus servicios a niños/as con discapacidad a partir de los 8 años, es obvio que existe un vacío durante los primeros años de inicio de la práctica deportiva.

Desde los CAT en colaboración con las federaciones de deporte adaptado, podrían realizarse talleres de iniciación al deporte adaptado. El objetivo de este tipo de taller sería tener un contacto temprano con el deporte en aras a promover la actividad física con sus iguales. En este sentido, la figura del fisioterapeuta es esencial a la hora de evaluar las adaptaciones necesarias para los niños y las niñas con dificultades motrices, trabajando en coordinación con los terapeutas ocupacionales y licenciados en actividad física y deporte.

- Talleres de Tummy-Time para bebés

Debido a que, en 1994, en Estados Unidos se lanzó la campaña nacional "Dormir de espalda" para promover la posición supina o boca arriba durante el sueño para evitar la muerte súbita del lactante, en los últimos años han aumentado los bebés menores de 6 meses con plagiocefalia posicional (8, 16).

Desde los CAT se está informando a las familias sobre cómo evitar la plagiocefalia posicional pero muchas veces, estos/as niños/as nos llegan ya con esta deformidad. Además, se podrían organizarse talleres con familias y bebés donde se den pautas e ideas para practicar el Tummy-Time o tiempo boca abajo con el fin de evitar la aparición de deformidades tanto en bebés sanos, bebés de riesgo o con alguna patología motriz.

De esta manera, el Tummy Time es una herramienta imprescindible para prevenir la plagiocefalia posicional, además de tener muchos otros efectos beneficiosos sobre la salud y desarrollo del bebé como por ejemplo ayudar a reforzar los músculos del cuello y hombros desarrollando la musculatura que le ayudará más tarde a voltearse por sí solo, a permanecer sentado sin ayuda y a desplazarse por el suelo. Esta postura previene igualmente la rigidez de la musculatura cervical, por lo que es muy aconsejable en casos de tortícolis. Se trata básicamente de jugar con el bebe en posiciones de boca abajo mientras este está despierto.

Desde los CAT se está informando a las familias sobre cómo evitar la plagiocefalia posicional pero muchas veces, estos/as niños/as nos llegan ya con esta deformidad. Además, se podrían organizarse talleres con familias y bebés donde se den pautas e ideas para practicar el Tummy-Time o tiempo boca abajo con el fin de evitar la aparición de deformidades tanto en bebés sanos, bebés de riesgo o con alguna patología motriz.

#### **4. EVALUACIÓN DEL DESARROLLO DE LOS PROGRAMAS DE PREVENCIÓN Y PROMOCIÓN SANITARÍA EN LA INFANCIA**

Son muchas las instituciones implicadas en la tarea de planificar y gestionar las acciones en educación para la salud. Son un ejemplo de ello los programas mundiales a cargo de la Organización Mundial de la Salud y los que desarrolla la Unión Europea.

En España, los programas oficiales se llevan a cabo principalmente desde el Ministerio de Sanidad, a través de las consejerías de Sanidad y de los servicios de salud pública que ofrecen las comunidades autónomas (CC.AA) (11).

Situados en el entorno más cercano a las personas se encuentran los ayuntamientos, que comunican y realizan las campañas por medio de sus concejalías de Sanidad, Educación, Familia y Medio Ambiente. En esta labor participan también los colegios profesionales de los titulados sanitarios.

Referente a los programas oficiales enumeraremos las acciones que se llevan a cabo desde los pediatras de atención primaria en los primeros años de vida.

- Programas de prevención y promoción sanitaria desde el servicio de pediatría

La atención sanitaria a la población infantil constituye actualmente un elemento básico de la Atención Primaria de Salud. La implantación del Programa del Niño/a Sano/a, desde hace más de una década, ha hecho posible la **prevención primaria**, ya que las principales causas de mortalidad se relacionan con hábitos que comienzan a desarrollarse en la infancia (17).

El objetivo general es alcanzar un alto grado de salud en la población infantil, disminuyendo su morbimortalidad mediante la prevención primaria y secundaria. Los objetivos específicos son:

- Fomentar hábitos saludables en la población pediátrica
- Favorecer un adecuado ambiente familiar y social
- Prevenir la aparición de enfermedades infecciosas mediante la vacunación
- Realizar una detección precoz de anomalías congénitas y de riesgos para la salud

El Protocolo de Salud Infantil es dividido en tres periodos con diferentes objetivos específicos en cuanto a la detección de enfermedades y cuidados en el/la niño/a:

- **0 a 23 meses.** Centrado en la prevención de enfermedades infecciosas y congénitas y en facilitar la adaptación de los padres al cuidado del bebé.
- **2 a 5 años.** En el que se incide especialmente en detectar problemas de desarrollo y defectos sensoriales y en la educación de hábitos básicos (sueño, higiene, etc.).
- **6 a 14 años.** En el que se adquieren los hábitos definitivos de alimentación, higiene, conducta, sueño, etc., fruto de la situación de cambio en la adolescencia. Es importante trabajar con los padres el ambiente familiar.

Los centros de Atención Primaria, por tanto, han establecido un calendario de revisiones recomendadas, que se pautan según la edad del niño o de la niña, con unos contenidos básicos adaptados al desarrollo normal.

Aquellos/as niños/as en los que se detectan signos de alerta o se sospecha que hay alteración en el desarrollo en cualquiera de sus áreas, se derivarán a servicios especializados para confirmar su diagnóstico (Neuropediatría, Oftalmología, Salud Mental, etc.) y a servicios de AT.

Aunque en la actualidad no se lleva a cabo, sería interesante la colaboración del fisioterapeuta en los ambulatorios donde se pudiera:

- Explicar en qué consisten los servicios de atención temprana y además más en concreto la labor de fisioterapeuta.
  - Compartir información importante a nivel de prevención durante la crianza para prevenir aspectos como plagiocefalias posturales.
  - Signos de alarma a nivel motor, como abordar desviaciones del desarrollo motor normal cuando no parece haber patología asociada.
- Programas de prevención y promoción sanitaria desde los centros de educación infantil/escuelas infantiles

Las escuelas infantiles y centro de educación infantil tienen un papel importante a la hora de detectar desviaciones en el desarrollo de los/as niños/as. Los equipos docentes tienen formación y conocimientos sobre el desarrollo infantil típico y sobre las desviaciones de este. Cuando detectan alguna señal de alarma lo comunican a las familias y estas al pediatra de atención primaria o directamente al CDIAT (según las vías de derivación previstas en cada comunidad autónoma).

Desde ese momento el pediatra valorará realizar una derivación a equipos interdisciplinarios especializados (neuropediatra, equipos de salud mental, rehabilitación, CDIATS, etc.).

A pesar de que solamente se lleve a cabo en ciertas CC. AA., sería interesante la colaboración del fisioterapeuta con los centros de educación infantil/escuelas infantiles para:

- Compartir información importante a nivel de prevención durante la crianza: Uso excesivo de dispositivos como hamacas, importancia del Tummy Time, etc.
  - Dar información sobre signos de alarma a nivel motor.
- Programas de prevención y promoción sanitaria desde equipos de Valoración y Orientación

En el momento que se detecta alguna alteración del neurodesarrollo o riesgo de padecerlo, los/as niños/as son derivados a equipos de valoración y orientación. Los trabajos concretos del Equipo de Valoración y Orientación son:

- Decidir la idoneidad o no de iniciar una intervención en AT: derivación a CAT.
  - Realizar la valoración de las situaciones de discapacidad y hacer un documento que se llama Dictamen Técnico-Facultativo que manda a la Dirección General de Políticas Sociales de la Comunidad Autónoma.
  - Transmitir a la Dirección General de Políticas Sociales, las diferentes situaciones exigidas para que la persona tenga derecho a las ayudas sociales y económicas previstas en la Ley.
  - Comunicar a la Dirección General si la persona con discapacidad necesita de otra persona que le ayude en su vida diaria.
  - Otras funciones relacionadas con las personas con discapacidad y con las personas en situación de dependencia.
- Programas de prevención y promoción sanitaria desde los equipos interdisciplinares (Hospitales)

Desde el ámbito Hospitalario los/as niños/as acuden a diferentes especialistas, según las necesidades que se hayan detectado. Estos especialistas trabajan coordinados entre sí y valorarán la necesidad o no de derivar a el servicio de AT.

Como conclusión; aunque se ha adquirido una gran mejora en los últimos años, la falta de coordinación de los recursos comunitarios en las zonas sanitarias, educativas y sociales sigue siendo uno de los asuntos pendientes a mejorar. Durante los últimos veinte años se ha creado en España una extensa red de hospitales, centros de salud con pediatría y enfermería pediátrica, escuelas infantiles y guarderías, equipos interdisciplinarios de AT, equipos de salud mental infanto- juvenil, equipos psicopedagógicos, profesores de audición y lenguaje y pedagogía terapéutica, fisioterapeutas que trabajan en escuelas, centros de servicios sociales y unidades de trabajo social, equipos de menores, entidades de apoyo social, asociaciones de padres, asociaciones de voluntariado, etc. Se trata de una nueva generación de expertos, que arriban a un mundo en cambio en el cual resulta complejo ubicarse, diferenciar funciones y roles profesionales y, particularmente, coordinar esfuerzos. La asignatura pendiente sigue siendo la

necesidad de orientar los recursos comunitarios hacia los intereses del niño y la familia, intentando optimizar las aportaciones de cada servicio para evitar duplicidades y contradicciones. En base a todo lo anterior, es importante remarcar la labor del fisioterapeuta dentro del equipo multidisciplinar en la atención a la comunidad, la familia y los niños/as, teniendo en cuenta los componentes de funcionamiento y discapacidad y los factores contextuales, con el objetivo de que se aborden desde las determinantes sociales, ya que, pueden influir tanto en el proceso evolutivo del niño como en el estilo y modo de vida familiar.

## BIBLIOGRAFÍA

1. B. Paz Lourido V.M. da Rocha. Community Physiotherapy: The way from conceptualization to intervention with the community. *Fisioterapia*. 2008; 30(5): 224-250.
2. Rajan P. Community physiotherapy or community-based physiotherapy. *Health Promot Perspect*. 2017 Mar 5;7(2):50-51.
3. Connolly CP, Conger SA, Montoye AHK, Marshall MR, Schlaff RA, Badon SE, Pivarnik JM. Walking for health during pregnancy: A literature review and considerations for future research. *J Sport Health Sci*. 2019 ;8(5):401-411.
4. Pikler, Emmi *Moverse en libertad. Desarrollo de la motricidad global*. Ed. Narcea. Madrid, 2014.
5. Vygotsky, L. S. *El desarrollo de los procesos psicológicos superiores*. Ed. Austral. 2012.
6. Cleveland L, Hill CM, Pulse WS, DiCioccio HC, Field T, White-Traut R.J. Systematic Review of Skin-to-Skin Care for Full-Term, Healthy Newborns. *Obstet Gynecol Neonatal Nurs*. 2017; 46(6):857-869.
7. Moore ER1, Anderson GC, Bergman N, Dowswell T. Early skin-to-skin contact for mothers and their healthy newborn infants. *Cochrane Database Syst Rev*. 2012 May 16;(5)
8. John M. Graham, Mayela Gomez, Andy Halberg, Dawn L. Earl, Xiuqing Guo. Management of deformational plagiocephaly: Repositioning versus orthotic therapy. *The Journal of Pediatrics*. 2005; 146 (2): 258-262.
9. Conesa-Segura E, Reyes-Dominguez SB, Ríos-Díaz J, Ruiz-Pacheco MÁ, Palazón-Carpe C, Sánchez-Solís M. Prolonged slow expiration technique improves recovery from acute bronchiolitis in infants: FIBARRIX randomized controlled trial. *Clin Rehabil*. 2019 Mar;33(3):504-515
10. Agenda 2030, Declaración de Incheon, UNESCO, Foro Mundial Educación 2015. Convención Internacional de los derechos de las personas con discapacidad (art. 24, 28, 30), 2006. Comité sobre los derechos de las personas con discapacidad (CRPD), 2016 “Oportunidades de aprendizaje para todos, en todos los contextos y en todos los niveles educativos”. Informe CRPD /C/20/3 2017.
11. Chang HJ, Chiarello LA, Palisano RJ, Orlin MN, Bundy A, Gracely EJ. The determinants of self-determined behaviors of young children with cerebral palsy. *Res Dev Disabil*. 2014 Jan;35(1):99-109
12. *Pacios y parques dinámicos. Programa y herramienta de inclusión social para personas con TEA*. Gey Lagar, ediciones trabe SI, Oviedo 2015.

13. Dunst, C. J., Bruder, M. B., Trivette, C. M., Hamby, D., Raab, M. y McLean, M. (2001). Characteristics and consequences of everyday natural learning opportunities. *Topics in Early Childhood Special Education*, 21, 68–92.
14. Practice considerations for the introduction and use of powermobility for children. ROSLYN LIVINGSTONE, |GINNY PALEG. *DEVELOPMENTAL MEDICINE & CHILD NEUROLOGY*. September 2013. *Pediatr Phys Ther*. 2015 Summer;27(2):200-6.
15. Promoting Self-exploration and Function Through an Individualized Power Mobility Training Program. Kenyon LK1, Farris J, Brockway K, Hannum N, Proctor K.
16. Palmer CF1, Rindler D2, Leverone B3. Moving into tummy time, together: Touch and transitions aid parent confidence and infant development. *Infant Ment Health J*. 2019 Mar;40(2):277-288.
17. Previnfad (grupo de trabajo de Prevención en la Infancia y Adolescencia, AEPap/PAPPS semFYC) [www.aepap.org/previnfad](http://www.aepap.org/previnfad)



## LIMITACIONES Y PROSPECTIVA DEL DOCUMENTO MARCO SOBRE LA FISIOTERAPIA EN ATENCIÓN TEMPRANA

A continuación, vamos a enumerar algunos de los aspectos que, como **limitaciones** de este trabajo, consideramos oportuno reseñar con el objetivo de visibilizar las debilidades de este documento para una mejor contextualización y comprensión del mismo:

- Aunque en este documento se ha realizado un esfuerzo importante para describir las competencias profesionales del fisioterapeuta en Atención Temprana, la complejidad existente vinculada con la diversidad en la regulación normativa de la Atención Temprana, la heterogeneidad de estrategias procedimentales y, especialmente, las brechas de desigualdad existentes en cuanto a la distribución de recursos en las diferentes comunidades autónomas de nuestro país, supone un hándicap que debe ser tenido en consideración y que influye, sin duda alguna, en este documento.
- La variabilidad de datos publicados sobre Atención Temprana en España es un sesgo de extraordinaria relevancia y que ha dificultado la elaboración de este informe y quizá de otros que quisieran realizarse en un futuro inmediato, pues existen datos de prevalencia realmente dispares por comunidades autónomas, circuitos de intervención diferenciados por autonomías, distintos criterios de derivación a Atención Temprana, inexistencia en muchas comunidades de programas específicos de actuación, por ejemplo, en casos de prematuridad o Trastorno del Espectro Autista y una enorme cantidad de singularidades que, realmente, han dificultado la realización de este documento de forma significativa.
- Los/as fisioterapeutas participantes en este proyecto como autores/as de los diferentes capítulos han desarrollado sus trayectorias académicas y profesionales influenciados por los diferentes modelos de trabajo en Atención Temprana existentes y que, evidentemente, también dependen de una falta de homogeneidad regulatoria y normativa de ámbito nacional. Esta diversidad profesional puede ser un sesgo en el análisis de aspectos generales que se pretenden sean de utilidad para todas las personas que consulten este documento, por lo que debe tenerse en consideración.
- Existe un déficit de información respecto a cómo se puede y debe permitir a las familias acceder a los recursos existentes en la comunidad para fomentar la participación de sus hijos/as, quizá por ello el capítulo dedicado a describir este aspecto en el documento marco pueda reflejar algún sesgo o limitación, pues somos conscientes que son muchas las estrategias comunitarias que se están llevando a cabo en nuestro país, sin embargo, son pocos los registros documentales existentes.

- Este documento no pretende ser una guía de práctica profesional en fisioterapia, siendo conscientes que este hecho puede ser una limitación por no cumplir quizá algunas expectativas que pudieran tener, a priori, algunos lectores de este documento, debiendo aclarar que en ningún caso es objetivo de este trabajo.
- La actuación del fisioterapeuta en Atención Temprana debe triangular acciones y sinergias en el ámbito preventivo y promotor de salud, clínico-asistencial, investigador y gestor, siendo este último perfil el menos desarrollado en este documento, pues la gestión en Atención Temprana presenta una gran complejidad y el fisioterapeuta puede y debe integrarse en la compleja red gestora de actuación en este ámbito y que entendemos puede abordarse de forma completa en otros proyectos quizá de tipo comunitario, para ajustarse a la idiosincrasia legislativa, normativa y sociosanitaria de cada comunidad autónoma.
- La precariedad laboral de los fisioterapeutas que ejercen en Atención Temprana es un rasgo que dificulta la regularización competencial actual, pues siempre es importante dotar de reconocimiento y estabilidad profesional para que puedan fluir más proyectos como el que se presenta en este informe, y a pesar de que este documento no pretende ser de tipo reivindicativo, sí queremos dejar constancia de la limitación que supone para el desarrollo de estos informes la exigencia de una “especialización” de Fisioterapia en Atención Temprana que aún está sin estandarizar ni regularizar, pero que se exige desde el punto de vista del rol profesional.

Asimismo, vamos a enumerar a continuación algunas de las **líneas estratégicas** que como plan de mejora se podrían desarrollar en **futuros proyectos**:

- En este documento no se recoge la evaluación de la Calidad en Atención Temprana, especialmente en los propios centros de Atención Infantil Temprana, por lo que entendemos que es fundamental diseñar un proyecto que permita identificar los aspectos relevantes que en torno a la calidad pueden suponer motivo de análisis, profundización, crítica y mejora; donde se incluya esa intervención hacia los niños y niñas y sus familias.
- El uso de la técnica y la tecnología, no sólo en el ámbito de la intervención fisioterapéutica, sino, de forma general, en todos los aspectos vinculados con la comunicación, educación y participación de los/as niños/as exigiría un mejor análisis, pues supone un cambio de paradigma en la forma de entender la Atención Temprana en el siglo XXI.
- La actualización y mejora de los planes de gestión de datos y de las Historias Clínicas e informes educativos de los/las niños/as exigiría un análisis exhaustivo, especialmente tras los últimos cambios legislativos en materia de protección de datos y de protección al menor.

- La asistencia en formato on-line a través de diversas plataformas y la “teleasistencia” suponen una enorme posibilidad de recursos que debemos poner en valor y que deberían analizarse en futuros estudios, especialmente cuando existen dificultades en los procesos de asistencia física y presencial vinculados con la dispersión geográfica, rasgos demográficos o sociosanitarios, brechas de comunicación, singularidades culturales o lingüísticas u otros.
- La elaboración de un Documento Marco en Atención Temprana de forma conjunta con las diferentes disciplinas y áreas implicadas en este ámbito, también sería de interés, pues sólo con un abordaje inter y transdisciplinar se puede alcanzar una actuación eficaz y eficiente en Atención Temprana.
- La revisión y actualización de este documento debería ser forma periódica con la adaptación léxica específica para visibilizar los avances que se produzcan en todos los ámbitos.
- Se deberían diseñar programas formativos comunes para la actuación fisioterapéutica en Atención Temprana siguiendo los estándares académicos y científicos existentes.