



INTERVENCIÓN EN ATENCIÓN TEMPRANA DESDE TERAPIA OCUPACIONAL

Abril de 2.014

Elaborado por:

- Ana Isabel Martínez
- Idoia Cirez
- Pilar Durán
- Edurne Apestegui

Contenido:

Fundamentación de la Intervención.

Objetivos

Ámbitos de Actuación

Funciones del TO

Conclusiones

Evidencia científica

Bibliografía

Intervención del Terapeuta Ocupacional en la Atención Temprana en Navarra.



COLEGIO DE TERAPEUTAS OCUPACIONALES DE NAVARRA—NAFARROAKO LAN-TERAPEUTEN ELKARGOA



ELABORACIÓN:

Este material ha sido elaborado por un grupo de trabajo dentro del Colegio de Terapeutas Ocupacionales de Navarra—Nafarroako Lan—Terapeuten Elkargoa (COTONA_NALTE) para hacérselo llegar a los miembros de los Comités de Expertos creados en Navarra para el desarrollo de las líneas estratégicas del Plan de Salud Navarra 2014-2020.

Coordinación:

Edurne Apestegui Egea

Autoras:

Ana Isabel Martínez Muñoz. TO Centro de Desarrollo Infantil y Atención Temprana de Azuqueca de Henares. Guadalajara.

Idoia Cirez Garaioa. TO Centro de Personas Adultas con Discapacidad Intelectual Severa y Profunda “San José”. Navarra.

Pilar Durán Carrillo TO Clínica de Rehabilitación de Salud Mental SNS-Osasunbidea. Navarra

Edurne Apestegui Egea. TO Unidad de Hospitalización Psiquiátrica B. Complejo Hospitalario de Navarra. SNS-Osasunbidea

Maquetación:

Pilar Durán Carrillo

ISBN 978-84-617-9359-4

1-. Fundamentación de la TO en Atención Temprana:

Según el Libro Blanco de la **Atención Temprana** ésta se entiende como “*el conjunto de acciones coordinadas con carácter global e interdisciplinar, planificadas de forma sistemática y dirigidas al niño/a de 0 a 6 años con alteraciones en el desarrollo o riesgo de padecerlas, a su familia y a su entorno.*”

Actualmente la intervención es integral y contextualizada y se dirige no sólo al niño/a sino también y sobre todo a su familia y entorno ya que se les considera partes fundamentales e implicadas en todo este proceso.

Dentro de este enfoque ecológico y sistémico cobra especial sentido el papel de la **Terapia Ocupacional** cuyo objetivo es favorecer el bienestar y la calidad de vida de las personas, al fomentar la capacidad para participar en ocupaciones importantes y significativas como las actividades de la vida diaria, educación, trabajo, juego, esparcimiento u ocio.

Los medios utilizados para ello tienen una doble vertiente:

- La habilitación de las personas para realizar aquellas tareas y actividades que optimizarán su capacidad para participar.
- La modificación del entorno para que éste refuerce la participación.

Los servicios que se ofrecen en Terapia Ocupacional pueden consistir en la intervención centrada en cambiar los procesos biológicos, fisiológicos, psicológicos o neurológicos de los niños/as. También puede estar dirigida a enseñar nuevas habilidades, hábitos o comportamientos para permitir la participación en contextos relevantes. Y también la intervención se centra en la compensación, la adaptación o el cambio de contexto y el terapeuta ocupacional puede sugerir la adaptación de los requerimientos de las tareas, usando equipo adaptado o tecnología de asistencia (Hanft y Pillington, 2000)

Varios autores en el libro “Recomendaciones técnicas para el desarrollo de la Atención Temprana” señalan que la Atención Temprana tiene como objeto apoyar y promover el desarrollo personal y la autonomía cotidiana; fortalecer las capacidades y competencias de la familia y los cuidadores y garantizar los principios de normalización e integración en el entorno social. Estos objetivos llevan implícito la necesidad de que las acciones de apoyo se desarrollen en los llamados entornos naturales mediante acciones guiadas por un equipo interdisciplinario.

Las intervenciones de **Terapia Ocupacional en Atención Temprana** van dirigidas a la consecución de estos objetivos promoviendo la habilidad de aprender y participar en las actividades y ocupaciones propias de la edad en sus entornos naturales más allá de la superación de los síntomas o patologías médicas específicas.

La **Constitución Española** en su artículo 14 promulga que “los españoles son iguales ante la ley, sin que pueda prevalecer discriminación alguna por razón de nacimiento, raza, sexo, religión, opinión o cualquier otra condición o circunstancia personal o social”. Y en su artículo 49 señala que “los poderes públicos realizarán una política de previsión, tratamiento, rehabilitación e integración especializada que requieran y los ampararán especialmente para el disfrute de los derechos que este Título otorga a todos los ciudadanos”.

La ley 13/1982 de Integración Social de Minusválidos (**LISMI**) en su artículo 3.1 afirma que “los poderes públicos presentarán todos los recursos necesarios para el ejercicio de los derechos a que se refiere el artículo primero, constituyendo una obligación del Estado la prevención, los cuidados médicos y psicológicos, la rehabilitación adecuada, la educación, la orientación, la integración laboral, la garantía de unos derechos económicos, jurídicos sociales mínimos y la Seguridad Social”.

La Ley 14/1986 General de Sanidad (**LGS**) en el capítulo II de las Actuaciones Sanitarias del sistema de salud, artículo 18, de las Administraciones Públicas, a través de sus servicios de salud y los órganos competentes en cada caso, desarrollarán las siguientes acciones: “Los programas de atención a grupos de población de mayor riesgo y programas específicos de protección frente a factores de riesgos, así como los programas de prevención de las deficiencias, tanto congénitas como adquiridas”

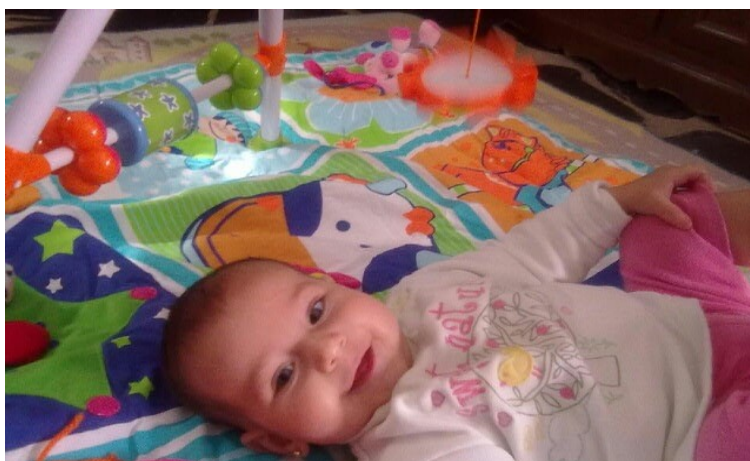
La Ley Orgánica 1/1990 de Ordenación General del Sistema Educativo (**LOGSE**) en el Art. 36, señala que “el sistema educativo dispondrá de los recursos necesarios para que los alumnos con necesidades educativas especiales, transitorias ó permanentes, puedan conseguir, dentro del mismo sistema, los objetivos establecidos con carácter general para todos los alumnos”. Y en el Art. 37 nos refiere que “para obtener los objetivos señalados en el artículo anterior el sistema educativo habrá de disponer de profesores de las especialidades correspondientes y de profesionales cualificados, como también de los medios y materiales didácticos necesarios para la participación de los alumnos en el proceso de aprendizaje. Los centros habrán de tener la debida organización escolar y habrán de llevar a término las adaptaciones y diversificaciones curriculares necesarias para facilitar a los alumnos la obtención de los objetivos indicados. Las condiciones físicas y materiales de los centros se adecuarán a las necesidades de estos alumnos”.

El Comité Español de Representantes de Personas con Discapacidad (**CERMI**), en sus propuestas generales de recursos humanos, alude a la contratación de profesionales no sólo de audición y lenguaje... sino ampliar el campo de actuación con terapeutas ocupacionales, ATS, educadores de personas sordas con dominio del lenguaje de signos en función de las necesidades específicas a atender.

La Federación Estatal de Asociaciones de profesionales de Atención Temprana (**GAT**) en sus “Recomendaciones técnicas para el desarrollo de la Atención Temprana” señala la importancia de “garantizar la existencia de recursos personales y materiales de apoyo a los alumnos con trastornos del desarrollo o riesgo de padecerlos en las etapas educación preescolar y educación infantil que aseguren una respuesta educativa apropiada a sus necesidades educativas especiales”.

En Navarra, en el **Documento Marco sobre la Atención Temprana** se contempla la figura profesional del terapeuta ocupacional dentro del equipo de profesionales que trabajan en el marco de la Atención Temprana dirigiendo su labor a maximizar el potencial individual de cada niño en su domicilio, en la escuela y en sus juegos mediante el uso de actividades terapéuticas.

En definitiva y por todo ello entendemos nuestra participación dentro de los programas de Atención Temprana como un recurso cuya intervención, preventiva y/o asistencial, está dirigida al niño/a, familia y entorno, fundamentando esta atención en los aspectos relacionales, lúdicos y funcionales.



2-. Objetivos de la TO en Atención Temprana:

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

Esta intervención se dirigirá más concretamente a:

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

3-. Ámbitos de Actuación:

Según la Carta de Ottawa (OMS, 1986), la salud pública incluye prevención de la enfermedad y promoción de la salud, que es el proceso de permitir que las personas tengan mayor control sobre su salud y la mejoren. La definición de promoción de la salud indica: “Para alcanzar un estado de completo bienestar físico, mental y social, un individuo o grupo debe poder identificar y realizar sus aspiraciones, satisfacer sus necesidades y modificar o alterar el ambiente. Por tanto la **salud** se contempla como un recurso para la **vida cotidiana** y no como el objetivo de la vida. La salud es un concepto positivo que destaca recursos sociales y personales, así como capacidades físicas. Así pues, la promoción de la salud no solo es responsabilidad del sector de la salud, sino que va más allá de los estilos de vida saludables para alcanzar al bienestar”.

Esta definición está en sintonía con la terapia ocupacional y con su objetivo de mantener y aumentar la salud. A través de las ocupaciones las personas realizan sus aspiraciones, satisfacen sus necesidades y cambian el ambiente o lo afrontan.

La intervención poblacional de los terapeutas ocupacionales es un proceso dinámico en el que trabajan junto con otras personas de diversos campos. En Atención Temprana los principales **ámbitos de actuación** de los terapeutas ocupacionales son los siguientes:

- Centros de desarrollo infantil y atención temprana.
- Servicios sanitarios
- Servicios sociales
- Servicios educativos

Los terapeutas ocupacionales especializados en infancia atienden a niños con riesgo psicosocial, discapacidades congénitas o adquiridas (síndromes, cromosomopatías) y trastornos asociados a los primeros años de vida. Un niño puede ser referido a Terapia Ocupacional por dificultades en las áreas de autocuidado, productividad, ocio y tiempo libre o por dificultades en componentes del desarrollo sensoriomotores, cognitivos y psicosociales, que pueden interferir en el proceso de aprendizaje (AOTA, 1999).

La Terapia Ocupacional **aborda**, entre otras, las siguientes patologías o dificultades en el desarrollo:

- Prematuridad y bebés de alto riesgo
- Parálisis Cerebral Infantil
- Síndromes: Síndrome de Down, síndrome de X-frágil y otros.
- Espina bífida y mielomeningocele
- Disfunción cardiopulmonar en los niños (cardiopatías, trastornos pulmonares: fibrosis quística...)
- Retraso en el desarrollo
- Problemas de motricidad
- Alteraciones y/o lesiones físicas (amputaciones, agenesias, parálisis braquial obstétrica, lesión medular, traumatismo craneoencefálico...)
- Disfunciones de integración sensorial: dispraxia y apraxia evolutiva, inseguridad gravitacional, defensa táctil-hipersensibilidad, alteración vestibular bilateral, alteraciones del aprendizaje, otros.
- Alteraciones sensoriales: Deficiencia visual o ceguera, sordoceguera, pérdida de audición, baja visión, privación sensorial, otros.
- Enfermedades neuromusculares: Distrofias musculares
- Autismo y otros trastornos del espectro autista
- Trastornos psiquiátricos (esquizofrenia de inicio en la infancia, trastornos de la conducta alimentaria...)
- Dificultades psicoafectivas y/o emocionales.
- Trastorno por déficit de atención e hiperactividad (TDAH).
- Problemas de aprendizaje
- Etcétera.



4-. Funciones de la TO en Atención Temprana:

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

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

4.1-. Evaluación:

El terapeuta ocupacional deberá colaborar con el **equipo** interdisciplinar en la evaluación del niño/a y del entorno familiar y escolar del mismo.

La evaluación ocupacional tiene como **objetivo** “detectar todo aquello que es o podría ser un obstáculo o una imposibilidad para el desarrollo normal de una actividad y, por tanto, ocasiona disfunción ocupacional, es decir, aquello que pone límites al ejercicio de una ocupación en conjunto o en parte, de forma transitoria o permanente, para una persona determinada”.

El terapeuta ocupacional identifica las capacidades, destrezas y/o habilidades personales, y las oportunidades de los contextos ocupacionales, que permitan a las personas funcionar de una forma lo más autónoma y satisfactoria en sus vidas.

La evaluación e intervención en terapia ocupacional **se centran** en:

- Áreas de desempeño Ocupacional: actividades de la vida diaria (básicas, instrumentales y avanzadas), educación, trabajo, juego, esparcimiento u ocio, y participación social.
- Habilidades y destrezas de desempeño ocupacional: motoras, de procesamiento y de comunicación e interacción.
- Patrones de desempeño ocupacional: hábitos, rutinas y roles.
- Demandas de la actividad: objetos utilizados y sus propiedades, demandas espaciales, demandas sociales, secuencia y regulación / ritmo, acciones requeridas, requerimientos funcionales del cuerpo, requerimientos estructurales del cuerpo.
- Factores de la persona: función del cuerpo y estructuras del cuerpo.
- Intereses y motivaciones de la persona.
- Contextos de actuación: cultural, físico, social, personal, espiritual, temporal y virtual.

El terapeuta ocupacional evalúa el comportamiento ocupacional, es decir, los aspectos de la persona, ocupación y ambiente, además de la relación entre ellos, basándose en los modelos reconocidos para la práctica profesional.

El terapeuta ocupacional conoce y utiliza los **instrumentos** necesarios para **valorar** en cada situación, el impacto de las patologías en el desempeño ocupacional de las personas. Algunas de las formas de evaluar son mediante fuentes indirectas (Historia, informes, entrevistas a familiares y/o integrantes del equipo interdisciplinar...) y/o fuentes directas propias de terapia ocupacional, que identifican la necesidad y el grado de intervención (herramientas observacionales, listados y cuestionarios de autoevaluación, entrevistas...).

4.2-. Intervención:

Independientemente de los problemas que presente el niño/a y de los modelos conceptuales utilizados, los servicios terapéuticos en el contexto de intervención temprana deben ser siempre **centrados en la familia**.

La intervención del terapeuta ocupacional debe basarse en los valores y preferencias familiares, sus roles, intereses, el ambiente, y la cultura en la que viven.

El terapeuta ocupacional favorece que las intervenciones que realiza puedan ser integradas por los padres o cuidadores en las rutinas diarias del niño/a. Apoyándose en el conocimiento de que los niños/as aprenden y se desarrollan mejor cuando los aprendizajes se desarrollan de forma natural en su entorno.

El terapeuta ocupacional identifica el modelo conceptual que se adecua de mejor manera a las necesidades del niño/a. Los más comunes en intervención temprana son: el modelo de integración sensorial, el modelo de neurodesarrollo (NDT), el modelo de la ocupación humana, modelo DIR/ Floortime y el modelo biomecánico.

Nuestra intervención más específicamente se va a concretar en:

- Potenciar, en lo posible, la autonomía e independencia de los niños/as en la realización de las **tareas de la vida diaria** como el vestido-desvestido, aseo-higiene, alimentación y manejo de útiles escolares con el objeto de que el desarrollo personal sea lo más satisfactorio y funcional posible.
- Favorecer la adquisición de **habilidades y destrezas** motoras, perceptivo-cognitivas y socio-afectivas del niño/a través del juego para lograr un desarrollo armonioso y equilibrado. Concebimos al niño/a como un ser global donde los siguientes aspectos están íntimamente interrelacionados entre sí:
 - ◇ Aspectos motores: coordinación dinámica general, coordinación visomanual y visopedal, equilibrio estático y dinámico, tono muscular, postura, fuerza muscular, integración bilateral, prensión, alcance, manipulación... Aspectos necesarios para el desarrollo motor grueso (volteo, arrastre, gateo, marcha, carrera...) y fino (escritura, manejo y uso de objetos...).
 - ◇ Aspectos senso-perceptivos: modulación, registro, discriminación e integración de la información sensorial (principalmente vestibular, propioceptiva, táctil, visual y auditiva, aunque también olfativa y gustativa) captada por los diferentes sistemas sensoriales. Eficiencia de estos procesos sensoriales, procesamiento visuomotor, somatosensorial (táctil), vestibular y propioceptivo, autoregulación y capacidad de planificación motora.
 - ◇ Aspectos perceptivo-cognitivos: sensaciones propioceptivas y exteroceptivas, percepciones auditivas, visuales y táctiles; conciencia corporal y esquema corporal; asociar, discriminar y nombrar conceptos espaciales, temporales, formas, colores, tamaños; atención, memoria, lenguaje (gestual, verbal, gráfico o plástico; comprensión y expresión), imaginación, creatividad, capacidad de resolver problemas, anticipación... presentes desde la exploración más básica hasta la representación.
 - ◇ Aspectos socio-afectivos: interés por el entorno físico y humano, requisitos básicos de comunicación (contacto ocular, contacto corporal, postura correcta, intención comunicativa, establecimiento de turnos...), conocimiento de sus posibilidades y limitaciones, miedos e inseguridades, iniciativa, tolerancia a la frustración, comprensión de reglas básicas...
- Realización de las **adaptaciones** en el aseo, vestido, alimentación, deambulación, juego y material escolar que favorezca la integración del niño/a en el entorno que le rodea, de manera que pueda vivenciar sus acciones y sentirse autor de las mismas.
- Asesoramiento a la **familia y a su entorno** sobre el manejo ante determinadas circunstancias y de los productos de apoyo y adaptaciones necesarias eliminando o minimizando las barreras existentes que dificultan o imposibilitan la autonomía del niño/a en su hogar. En muchas ocasiones se hace imprescindible la valoración y la utilización de todos estos productos de apoyo y adaptaciones que puedan mejorar el nivel de autonomía y que faciliten en lo posible la integración del niño/a en su entorno más cercano. Para ello el terapeuta ocupacional asesora y acude, si se cree conveniente, al domicilio para valorar la necesidad de posibles modificaciones y adaptaciones que permitan desenvolverse de forma competente, tanto al niño/a como a sus familiares y entorno más cercano. Estos productos de apoyo pueden ser tanto productos disponibles en el mercado general a los que se le ha encontrado una aplicación inteligente para resolver un problema funcional como una modificación de dicho producto al que se le realiza una adaptación. De esta manera el terapeuta ocupacional podrá realizar ciertos productos de apoyo, adaptaciones, órtesis o férulas para lograr los objetivos de funcionalidad y satisfacción propuestos.

- Realizar **seguimientos** periódicos del niño/a para observar la posible evolución y valorar los logros en la autonomía de las actividades de la vida diaria y asesorar a los padres de las posibles modificaciones en los hábitos y en las adaptaciones realizadas.

5-. Conclusión:

Los niños/as con discapacidades corren el peligro de una menor participación en las actividades diarias y, a medida que crecen tienen un riesgo más elevado de una menor participación en las ocupaciones del adulto (Brown y Gordon, 1987).

La Terapia Ocupacional en la infancia va a promover esta participación de los niños/as en **ocupaciones significativas** según su edad y su propio contexto. De esta forma vamos a ayudarles a crecer y desarrollarse, a comprender las expectativas de la sociedad y a ganar las habilidades necesarias para desenvolverse de la forma más autónoma posible en su casa, colegio y comunidad.

El terapeuta ocupacional se centra no sólo en la intervención de las habilidades adaptativas del niño/a sino también en la educación de las familias y en la habilitación de su contexto para promover el mayor grado de inclusión y participación posible.

Desde esta concepción global, multidimensional y ecológica de la persona la Terapia Ocupacional constituye un verdadero recurso en los programas de atención a la infancia cuyo objetivo es el de mejorar la **calidad de vida** de los niños/as que presentan cualquier disfunción ocupacional o riesgo de padecerla.

6-. Evidencia Científica de la Intervención de Terapia Ocupacional en Atención Temprana.

Para la elaboración de este documento nos hemos basado en varios documentos que señalamos a continuación:

⇒ **EL PROGRAMA DE INTERVENCIÓN TEMPRANA EN EL ESTADO DE ILLINOIS Y LAS CONTRIBUCIONES DEL TERAPEUTA OCUPACIONAL - PARTE I y II**

Por Judith Abelenda, MS, OTR/L . Julio 2007

En este programa se refieren los diferentes profesionales que participan de la atención temprana y señala que:

Los profesionales mencionados en la ley de intervención temprana como posibles proveedores de servicios y sus áreas de incumbencia son los siguientes:

- Terapeuta ocupacional: sus servicios se orientan hacia las necesidades funcionales del niño relacionadas con la participación en las actividades de la vida diaria y el juego, y con el desarrollo sensorial, motor y postural con especial énfasis en el desarrollo de la motricidad fina, la integración sensorial y la autorregulación. Las tareas del terapeuta ocupacional incluyen la identificación, evaluación e intervención. Sus estrategias de intervención incluyen entre otras la adaptación del ambiente, la facilitación de la adquisición de habilidades funcionales, educación y apoyo familiar,

y la selección, diseño y fabricación de adaptaciones para promover el desarrollo (férulas, etc.). Más información sobre el rol del terapeuta ocupacional en este programa se ofrecerá en un próximo artículo.

- Fisioterapeuta
- Logopeda
- Trabajador Social/Servicios psicológicos
- Terapeuta del desarrollo
- Coordinador de servicios



Respecto al papel específico del terapeuta ocupacional subraya que:

El terapeuta ocupacional tiene diversos roles en este programa. Los principales son: evaluador inicial (como parte del proceso de elegibilidad) y proveedor directo de servicios terapéuticos. En su rol de evaluador inicial el terapeuta ocupacional asiste a la primera evaluación de equipo cada vez que la familia del niño o la persona derivante (pediatra, trabajador social comunitario, etc.) haya indicado preocupación en alguna sus áreas de competencia de acuerdo con lo establecido por las regulaciones de intervención temprana en el estado de Illinois. Estas son: actividades de la vida diaria (AVD), integración sensorial/autorregulación, y motricidad fina. En ocasiones, es posible que el terapeuta ocupacional no participe de la evaluación inicial de equipo, pero si en la evaluación global realizada por el terapeuta del desarrollo se identifica un retraso significativo en el área de motricidad fina o en las AVDs, el terapeuta ocupacional es llamado a evaluar al niño en esa área a posteriori. Frecuentemente el equipo en su conjunto identifica, al realizar la evaluación inicial en ausencia de un terapeuta ocupacional, posibles problemas de procesamiento sensorial que parecen afectar aspectos de la conducta del niño. En esos casos se requiere una evaluación de terapia ocupacional para explorar el procesamiento sensorial del niño.

Sobre los modelos conceptuales Judith Abelenda afirma lo siguiente:

Conociendo los resultados que la familia espera obtener de la intervención, es el rol del terapeuta identificar los modelos conceptuales que mejor se adecuan a los problemas identificados. Los modelos conceptuales más comúnmente utilizados por el terapeuta ocupacional en intervención temprana son el modelo de integración sensorial, el modelo de neurodesarrollo (NDT), el modelo de la ocupación humana y el modelo biomecánico. Algunos terapeutas usan el modelo Floortime/DIR (Greenspan & Wieder, 2006) que aunque no es aún reconocido como un modelo de terapia ocupacional, ha sido desarrollado por un grupo interdisciplinario del cual terapeutas ocupacionales forman parte y es muy apropiado para lactantes y niños pequeños. A continuación se presentan algunos de los modelos mencionados.

Integración Sensorial

Basado en el trabajo de A. Jean Ayres con niños con discapacidades del aprendizaje, integración sensorial es uno de los modelos conceptuales más utilizados por los terapeutas ocupacionales que trabajan con niños. Los lactantes y niños pequeños se encuentran en pleno proceso de aprender a organizar la información obtenida a través de los sentidos no solamente para interactuar con su ambiente, sino también para aprender a regular sus estados (Williamson y Anzalone, 2001).

Niños con una variedad de diagnósticos pueden tener dificultades de integración sensorial, entre ellos niños prematuros, niños que han sido expuestos a drogas y alcohol durante su gestación, niños con síndrome de Down, aquellos en el espectro autista, con parálisis cerebral, y muchos otros.

Intervención

La intervención en integración sensorial con niños pequeños consta de tres aspectos fundamentales:

- **Educación familiar.** Ayudar a la familia a entender cómo el perfil sensorial del niño contribuye a los problemas que han identificado constituye el primer paso hacia la solución. Facilitar en los padres la lectura de señales de advertencia e indicios que los niños suelen dar cuando un estímulo sensorial en particular es demasiado irritante, o cuando necesitan mayor intensidad de estímulo para poder orientarse hacia otro, abre las puertas para una mejor comunicación entre los padres y el infante, y favorece el desarrollo del niño.
- **Modificación del ambiente.** Para lograr una mayor congruencia entre los recursos sensoriales del niño y las demandas ambientales, suele ser necesario hacer modificaciones al ambiente en el que el niño pasa sus días. Graduar la cantidad y la intensidad de estímulos visuales, táctiles, auditivos que el ambiente ofrece de acuerdo con las necesidades individuales favorece una mayor regulación y participación.
- **Intervención directa.** Las características más salientes de la intervención directa en integración sensorial incluyen la provisión de un ambiente rico en experiencias sensoriales, en el cual el niño es un activo participante. No se trata de experiencias sensoriales artificiales, sino de aquellas que son componentes naturales de la actividad. El terapeuta sigue la motivación intrínseca del niño mientras favorece la experiencia, y la exploración y la resolución compartida de problemas.

Tratamiento de Neurodesarrollo (NDT)

El tratamiento de neurodesarrollo es uno de los modelos más utilizados con niños que presentan disfunciones del movimiento como resultado de lesiones o daño del sistema nervioso central. Originado en el trabajo de los Bobath, hoy en día incorpora las teorías más actualizadas sobre el control, el aprendizaje, y el desarrollo motores (Howle, 2004).

Intervención

El primer paso al diseñar una sesión de tratamiento es identificar las tareas que el niño quiere o necesita realizar. Estas tareas tienen que ser apropiadas para su edad, motivadoras, y significativas para el niño. Una vez que la tarea ha sido identificada, es necesario poner atención al ambiente o entorno de la tarea y a los patrones de movimiento que están presentes en el niño. Así, podemos identificar las barreras para el desempeño. ¿Son éstas físicas (poca resistencia cardiovascular, poca fuerza, tono muscular muy alto/muy bajo), sensoriales (dificultades para tolerar experiencias vestibulares, hiper-reactividad táctil), o cognitivo/emocionales (miedo a lo nuevo, dificultades para aprender)? Adaptar la tarea y el entorno a las necesidades y posibilidades presentes del niño es parte de la intervención.

Una vez que la tarea ha sido elegida, el terapeuta procede a la preparación del niño, que incluye alinear la base postural del niño, la elongación de los músculos antagonistas y la modificación de la base postural para lograr un tono postural lo bastante estable para permitir el movimiento pero no tan estable que lo impida. Luego, se procede a la facilitación del movimiento en una actividad funcional. Es importante repetir la secuencia de movimiento muchas veces para dar la oportunidad de lograr cambios duraderos en los patrones de movimiento. El terapeuta debe dar oportunidades al niño de resolver problemas motores por él mismo, ya que los aprendizajes realizados sobre la propia experiencia son más estables y más apropiados para la transferencia a situaciones similares; asimismo, facilitar que el niño aprenda de sus propios errores se considera importante durante el tratamiento. Finalmente, es posible usar los patrones de movimiento ejercitados en la actividad elegida al principio, y observar si se han producido cambios. Es de esperar que algún cambio se produzca en cada sesión de tratamiento.

El Modelo de la Ocupación Humana

El modelo de la ocupación humana puede ser usado para guiar el tratamiento de los niños en intervención temprana porque permite entender cómo el interjuego entre la volición del niño, sus hábitos y rutinas, sus capacidades, y el ambiente en que vive facilitan o limitan la participación en ocupaciones. Este modelo sostiene que a medida que el niño participa en diversas ocupaciones con diferentes grados de éxito, cambia sus capacidades, ideas y sentimientos sobre sí mismo, y su disposición a actuar (Kielhofner, 2006). En general, con los niños pequeños este modelo es usado en combinación con otros modelos de la práctica.

Intervención

Usando el modelo de la ocupación humana como guía para la intervención, el terapeuta puede facilitar el desarrollo de la volición del niño proveyendo oportunidades de exploración, puede apoyar a la familia en la instauración de rutinas o hábitos que posibiliten un mejor desempeño ocupacional, puede promover el aprendizaje de habilidades, y recomendar modificaciones ambientales. A medida que los cambios se van instaurando de manera progresiva, es importante evaluar constantemente si van teniendo el impacto esperado en el nivel volicional del niño y en su participación ocupacional y continuar modificando la intervención consecuentemente.

⇒ EL ENFOQUE DE LA INTEGRACIÓN SENSORIAL DE LA DOCTORA AYRES.

Beadry Bellefeuille, I. El enfoque de la integración sensorial de la doctora Ayres. TOG (A Coruña) (revista en internet). 2013; Disponible en: <http://www.revistatog.com/num17/pdfs/historia1.pdf>

Este artículo hace referencia a recientes investigaciones con métodos científicos adecuados que proporcionan pruebas que defienden la utilización del enfoque de la integración sensorial.

“Una reciente revisión de las investigaciones realizadas hasta 2001 sobre la eficacia del enfoque creado por Ayres reveló los resultados positivos logrados por la intervención basada en el enfoque de la integración sensorial, especialmente si los comparamos con los resultados habidos sin tratamiento.

Recientes investigaciones realizadas con métodos científicos adecuados continúan proporcionando pruebas que defienden la utilización del enfoque de la integración sensorial. Actualmente se está llevando a cabo un ensayo clínico controlado y aleatorizado, bajo el patrocinio económico de la Autism Speaks Foundation. Los resultados preliminares revelaron que 7 niños a quienes se aplicó el tratamiento basado en el enfoque de la integración sensorial mostraron una clara superioridad en la consecución de los objetivos terapéuticos respecto al grupo de control. Además los resultados conseguidos por el grupo de tratamiento superaron ampliamente las expectativas iniciales.

Aunque es patente la necesidad de un mayor número de estudios con muestras de mayor tamaño y grupos de control, se puede afirmar que la evidencia, especialmente la que se desprende de estudios realizados a partir de 2007, refuerza el uso de la intervención basada en el enfoque de la integración sensorial con niños cuyos problemas de participación ocupacional están causados por dificultades en el procesamiento y la integración de información sensorial”.



⇒ EFFECT OF SENSORY INTEGRATION THERAPY ON GROSS MOTOR FUNCTION IN CHILDREN WITH CEREBRAL PALSY

Iran J Child Neurology, Jan 2009

A.R. Shamsoddini MSc 1

M.T. Hollisaz MD 2

Disponible en: www.sid.ir

Este artículo muestra la efectividad de la Terapia Ocupacional utilizando el Modelo de Integración Sensorial en la función motora gruesa en niños con parálisis cerebral.

Abstract

Objetivo

El principal problema en niños con parálisis cerebral (PC), que se deriva con frecuencia a terapia ocupacional, es la disfunción motora gruesa. El presente estudio fue diseñado para investigar los efectos de la terapia de integración sensorial (SIT) en la motricidad gruesa en los pacientes con PC.

Materiales y Métodos

Veinticuatro niños con parálisis cerebral espástica dipléjica fueron divididos aleatoriamente en dos grupos: El primer grupo (n = 14,6 niñas, 8 niños), rango de edad de 2 a 6 años, con una edad media 3,9 años; el segundo o el grupo control (n = 10, 5 niñas y 5 niños), rango de edad de 2 a 6 años y una edad media de 3,4 años. Formación SIT fue dado al primer grupo y sólo el programa, quien realizó para el segundo grupo. Todos los niños fueron evaluados con medición de la función motora gruesa (GMFM 88) para rodar, sentarse, gatear, pararse y caminar posición antes y después de la intervención. La duración del tratamiento para ambos grupos fue de 1 hora, 5 días a la semana durante un período de 12 semanas.

Resultados

Función motora gruesa en los niños del grupo de casos mejoró significativamente mejor que en el grupo control, después de la intervención en la sedestación (p = 0,02), el gateo (P = 0,001) y posiciones de pie (P = 0.03); sin embargo no se observaron diferencias significativas en la evaluación de la habilidad del volteo (P = 0,65) y la marcha (P = 0,69).

Conclusión

Este estudio mostró los efectos beneficiosos del programa de formación SIT para niños con parálisis cerebral; la intervención SIT tuvo un efecto significativamente positivo sobre la función motora gruesa de los niños con parálisis cerebral espástica dipléjica. Además, los resultados del presente estudio mostraron que la integración sensorial y la estimulación vestibular fueron eficaces en niños con parálisis cerebral.

Abstract

Objective

The primary problem in children with cerebral palsy (CP), frequently referred for occupational therapy, is gross motor dysfunction. The current study was designed to investigate the effects of sensory integration therapy (SIT) on gross motor skills in CP patients.

Materials & Methods

Twenty-four children with diplegic spastic CP were randomly divided into two groups: First group (n=14,6 girls, 8 boys), age range 2 to 6 years, mean age 3.9 years; the second or control group (n=10, 5 girls, 5 boys), age range 2 to 6 years, mean age 3.4 years. SIT training was given to the first group and only the home program was given for the second group. All children were evaluated with gross motor function measurement (GMFM 88) for rolling, sitting, crawling, standing

and walking position before and after intervention. Treatment duration for both groups was 1 hour, 5 days per week for a period of 12 weeks.

Results

Gross motor function in children of the case group improved significantly better than in the control group, after intervention in sitting ($P=0.02$), crawling ($P=0.001$) and standing ($P=0.03$) positions; however no significant difference was seen in rolling ($P=0.65$) and walking ($P=0.69$) ability assessment.

Conclusion

This study showed the beneficial effects of the SIT training program for children with CP; the SIT intervention had a significantly positive effect on gross motor function in the children with diplegic spastic CP. Moreover the results of the present study showed that sensory integration and vestibular stimulation were effective in children with cerebral palsy.

⇒ **EVIDENCE FOR THE EFFECTIVENESS OF DIFFERENT SERVICE DELIVERY MODELS IN EARLY INTERVENTION SERVICES.**

Karrie Kingsley and Zoe Mailloux

Este artículo muestra la evidencia de que las familias perciben de forma positiva de los enfoques basados en la rutina - centrados en la familia que proporciona la intervención de la terapia ocupacional.

“Considerar la evidencia de todos los aspectos de la prestación de servicios es una preocupación cada vez más relevante en los terapeutas ocupacionales, entre ellos los que proporcionan la intervención temprana para niños y familias. Se realizó una revisión de la literatura para descubrir la evidencia que existía para determinar la efectividad de los diferentes modelos de prestación de servicios y los métodos que se utilizan para mejorar el rendimiento en el trabajo de los niños y las familias que reciben servicios de intervención temprana. A través de una búsqueda exhaustiva, se revisaron y resumieron estudios, buscando temas comunes de los enfoques basados en la rutina - centrados en la familia y el entorno, el servicio, y la inclusión de la participación de los padres y la formación. Las familias percibieron de forma positiva de los enfoques basados en la rutina - centrados en la familia. La participación de los padres y la formación dio lugar a resultados positivos. No hay una configuración específica o método de prestación de servicios que fuese identificada como claramente más eficaz, la mayoría de los estudios mostraban enfoques combinados e intervenciones en el entorno”.

Consideration of the evidence for all aspects of service delivery is a growing relevant concern of occupational therapists, including those providing early intervention to children and families. We conducted a review of the literature to uncover what evidence existed for determining the effectiveness of different service delivery models and methods used to improve occupational performance for children and families who receive early intervention services. Through a comprehensive search, we reviewed and synthesized studies, finding common themes of family-centered and routine-based approaches, service setting, and the inclusion of parent participation and training. Families consistently reported positive perceptions of family-centered and routine-based approaches. Parent participation and training resulted in positive outcomes. No specific setting or method of service delivery was identified as clearly most effective, with most studies reporting combined approaches and environments for interventions.

⇒ **OCCUPATIONAL THERAPY SERVICES IN EARLY INTERVENTION AND SCHOOL-BASED PROGRAMS**

American Journal of Occupational Therapy, November/December 2004, Volume 58, Number 6

Gloria Frolek Clark, OTR/L, MS, FAOTA, COP Member

Jean Polichino, MS, OTR, Chair, School System Special Interest Section

Leslie Jackson, MEd, OT, AOTA Federal Affairs Representative for The Commission on Practice

Sara Jane Brayman, PhD, OTR/L, FAOTA, Chairperson

Este artículo muestra la importancia de la Terapia Ocupacional en intervención temprana y en los programas escolares.

La terapia ocupacional juega un papel importante en la intervención temprana y los programas escolares. Este documento está escrito para explicar ese papel a personas ajenas a la profesión de terapia ocupacional. Los terapeutas ocupacionales y los asistentes de terapia ocupacional trabajan en la intervención temprana y programas basados en la escuela con los niños, los padres, cuidadores, educadores y otros miembros del equipo para facilitar la capacidad del niño para participar en ocupaciones significativas. Estas ocupaciones son actividades que son significativas para el niño y que se basan en las expectativas sociales o culturales, o la realización del mismo nivel. Por ejemplo, un niño de edad media con limitaciones físicas que está escolarizado puede tener dificultades para completar las tareas de escritura. El terapeuta ocupacional o el asistente de terapia ocupacional bajo la supervisión del terapeuta colabora con el estudiante, los padres y educadores para identificar las habilidades del estudiante, las exigencias del medio ambiente, y las soluciones adecuadas para las intervenciones. Otro ejemplo es la familia de un bebé recién nacido con habilidades inadecuadas de alimentación. El terapeuta ocupacional puede proporcionar formación y apoyo a la familia para mejorar la capacidad del bebé a beber de una botella. Los terapeutas ocupacionales ofrecen servicios que permiten a las personas para organizar, gestionar y llevar a cabo sus ocupaciones y actividades de la vida diaria. Los servicios de terapia ocupacional apoyan la participación de los niños en las actividades de la vida diaria, la educación, el trabajo, el juego, el ocio y las interacciones sociales.

Occupational therapy plays an important role in early intervention and school-based programs. This document is written to explain that role to persons outside the occupational therapy profession. Occupational therapists and occupational therapy assistants work in early intervention and school-based programs with children, parents, caregivers, educators, and other team members to facilitate the child's ability to engage in meaningful occupations. These occupations are activities that are meaningful for the child and are based on social or cultural expectations or peer performance. For example, a middle-school-aged child with physical limitations may have difficulty completing written work. The occupational therapist or the occupational therapy assistant under the supervision of the therapist collaborates with the student, parents, and educators to identify the skills of the student, the demands of the environment, and appropriate solutions for interventions. Another example is the family of a newborn baby with poor feeding skills. The occupational therapist may provide training and support for the family to enhance the baby's ability to drink from a bottle. Occupational therapy practitioners provide services that enable people to organize, manage, and perform their daily life occupations and activities. Occupational therapy services support a child's participation in activities of daily living, education, work, play, leisure, and social interactions.

⇒ **SPECIALIZED KNOWLEDGE AND SKILLS FOR OCCUPATIONAL THERAPY PRACTICE IN THE NEONATAL INTENSIVE CARE UNIT**

The American Journal of Occupational Therapy; November/December 2006, Volume 60, Number 6.

Revised by the 2005 Neonatal Intensive Care Unit Task Force

Elsie Vergara, ScD, OTR, FAOTA, Chairperson

Marie Anzalone, ScD, OTR, FAOTA

Rosemarie Bigsby, ScD, OTR, FAOTA

Delia Gorga, PhD, OTR, FAOTA

Elise Holloway, MPH, OTR

Jan Hunter, MA, OTR

Ginny Laadt, PhD, OTR/L

Susan Strzyzewski, MEd, OTR



Este documento muestra la importancia el papel del terapeuta ocupacional en la Unidad de Cuidados Intensivos Neonatales (UCIN).

Propósito

El propósito de este documento es proporcionar una referencia para terapeutas ocupacionales en el conocimiento avanzado y habilidades necesarias para ejercer en una unidad de cuidados intensivos neonatales (UCIN). Práctica de la terapia ocupacional con bebés en la NICU y sus familias es de alto riesgo y especializada, sólo es apropiado para los terapeutas ocupacionales con conocimientos avanzados y habilidades en el cuidado neonatal.

Introducción

La filosofía y la formación de terapia ocupacional son la base de esta profesión para hacer una valiosa contribución a la práctica neonatal (American Occupational Therapy Association [AOTA], 2004b) . El conocimiento especializado de las condiciones médicas neonatales y la variabilidad en el desarrollo y la anormalidad en los lactantes atendidos en la UCIN es esencial para la práctica segura y eficaz. El terapeuta debe reconocer las necesidades médicas complejas y las vulnerabilidades de los niños gravemente enfermos o prematuros. Estos niños con frecuencia son fisiológicamente frágiles y fácilmente afectados por las condiciones ambientales. Las interacciones y las intervenciones terapéuticas que pueden parecer inocuas pueden desencadenar inestabilidad fisiológica en un bebé y puede ser potencialmente mortal. De hecho, la protección del recién nacido frágil de los aspectos sensoriales excesivos o inapropiados del medio ambiente es a menudo la prioridad en las intervenciones directas o interacción con el niño. Enfoques de terapia ocupacional, como la integración sensorial y la intervención del desarrollo neurológico, son aplicables en el entorno UCIN. Sin embargo, estos pueden necesitar ser modificados de acuerdo a la condición del niño médica, la homeostasis fisiológica y necesidades de la familia en el desarrollo.

Las necesidades especiales de las familias cuyos hijos están en la UCIN también deben ser reconocidas. El estado médico incierto del bebé, el entorno altamente técnico de la UCIN, la separación de los padres, potenciales complicaciones maternas después de parto y el parto pueden contribuir al estrés familiar y crisis. Estas situaciones a menudo alteran el proceso de apego entre padres y niños, que es esencial para el óptimo resultado del desarrollo infantil. Las familias están mejor atendidas por un terapeuta ocupacional que esté informado acerca de las necesidades infantiles, si además es sensible a las circunstancias familiares, prioridades, inquietudes y

creencias culturales. El terapeuta ocupacional debe buscar formas de establecer relaciones de apoyo, colaboración y terapéuticas con miembros de la familia con el fin de fomentar el desarrollo óptimo del niño.

Los aspectos sociales y físicos del medio ambiente pueden ser estresantes tanto para el bebé y la familia. Todas las personas que interactúan con el niño constituyen el entorno social.

El entorno físico se compone de elementos inanimados y propiedades (por ejemplo, iluminación, sonido, camas, equipamiento). El terapeuta ocupacional debe comprender la interacción de las características sociales y físicas de la UCIN y la forma en que esta interacción influye en los miembros infantiles, familiares y personal. Este conocimiento se utiliza como base para la evaluación de terapia ocupacional y contribuye a las estrategias de intervención eficaces.

En el trabajo dentro de los límites sociales y físicos del ambiente de la UCIN, un importante papel de la terapeuta ocupacional es ayudar a cada familia para promover el desarrollo infantil óptimo, incluyendo el fomento de ocupaciones apropiadas para el desarrollo, los procesos sensoriomotores y organización neuroconductual. Esto debe ocurrir al mismo tiempo teniendo en cuenta la frecuencia frágil médica y fisiológica estado del bebé. A través de la observación directa, la intervención, la consulta, la educación y la investigación, el terapeuta ocupacional colabora con otros para proporcionar al niño con el entorno físico y social más eficaz y apropiada.

El terapeuta ocupacional que trabaja en la UCIN debe tener un conocimiento básico de la terapia ocupacional, la experiencia pediátrica, y el conocimiento especializado y habilidades relacionadas con las complejas necesidades de los recién nacidos de alto riesgo, sus familias, y el ambiente de la UCIN. La educación básica de la terapia ocupacional incluye el conocimiento de las ciencias biológicas, procesos de la enfermedad, la salud mental, y el niño típico y atípico y el desarrollo adulto de la familia. El dominio de la terapia ocupacional abarca la interacción entre los aspectos biológicos, de desarrollo y sociales y emocionales de la función humana tal como se expresa en actividades y ocupaciones cotidianas, hace que sea especialmente adecuado para hacer frente a las necesidades de la desarrollo infantil y familiar (AOTA, 2002). El método de terapia ocupacional de análisis de la actividad y la adaptación para lograr un resultado funcional es valioso en la promoción de "bondad de ajuste" (es decir, el encuentro entre las capacidades del niño y el entorno físico y social), ya que a menudo hay un desfase entre el ambiente de la UCIN, las expectativas de los padres, y las capacidades del niño.

Purpose

The purpose of this paper is to provide a reference for occupational therapists on the advanced knowledge and skills necessary to practice in a neonatal intensive care unit (NICU). Occupational therapy practice with infants in the NICU and their families is high risk and specialized, only appropriate for occupational therapists with advanced knowledge and skills in neonatal care.

Introduction

Occupational therapy philosophy and education provide the foundation for this profession to make a valuable contribution to neonatal practice (American Occupational Therapy Association [AOTA], 2004b). Specialized knowledge of neonatal medical conditions and developmental variability and abnormality in infants cared for in the NICU is essential to safe, effective practice. The therapist must recognize the complex medical needs and vulnerabilities of acutely ill or premature infants. These infants frequently are physiologically fragile and easily compromised by environmental conditions. Interactions and therapeutic interventions that may appear innocuous can trigger physiologic instability in an infant and can be life threatening. In fact, protecting the fragile neonate from excessive or inappropriate sensory aspects of the environment is often a more urgent priority than direct interventions or interactions with the infant. Occupational therapy approaches, such as sensory integration and neurodevelopmental intervention, are applicable within the NICU setting. However, these approaches may need to be modified according to the infant's medical status, physiological homeostasis, and developmental and family needs.

The special needs of families whose infants are in the NICU also must be recognized. The infant's

medical status and uncertain outcome, the highly technical environment of the NICU, separation from parents, and potential maternal complications after labor and delivery may contribute to family stress or crisis. These situations often alter the parent–infant attachment process, which is essential to optimal infant developmental outcomes. Families are best served by an occupational therapist who is not only knowledgeable about infant needs, but also sensitive to family circumstances, priorities, concerns, and cultural beliefs. The occupational therapist must seek ways to establish supportive, collaborative, and therapeutic relationships with family members in order to foster the infant’s optimal development.

The social and physical aspects of the environment can be stressful to both the infant and the family. All persons who interact with the infant constitute the social environment.

The physical environment is composed of inanimate elements and properties (e.g., lighting, sound, bedding, equipment). The occupational therapist must understand the interplay of the social and physical features of the NICU and the way in which this interplay influences the infant, family, and staff members. This knowledge is used as a basis for the occupational therapy evaluation and contributes to effective intervention strategies.

Working within the social and physical bounds of the NICU environment, an important role of the occupational therapist is to assist each family to foster optimal infant development, including the encouragement of developmentally appropriate occupations, sensorimotor processes, and neurobehavioral organization. This must occur while considering the often fragile medical and physiological status of the infant. Through direct observation, intervention, consultation, education, and research, the occupational therapist collaborates with others to provide the infant with the most effective and appropriate social and physical environment.

The occupational therapist working in the NICU must have a basic knowledge of occupational therapy, pediatric experience, and specialized knowledge and skills related to the complex needs of high-risk infants, their families, and the NICU environment. Basic occupational therapy education includes knowledge of biological sciences, disease processes, mental health, and typical and atypical child and adult family development. Occupational therapy’s domain of concern, encompassing the interaction among the biological, developmental, and social-emotional aspects of human function as expressed in daily activities and occupations, makes it particularly suited to address the needs of the developing infant and family (AOTA, 2002). The occupational therapy method of activity analysis and adaptation to achieve a functional outcome is valuable in promoting “goodness of fit” (i.e., the match between the infant’s capabilities and the physical and social environment), as there is often a mismatch between the NICU environment, parental expectations, and the infant’s capabilities.

7-. Bibliografía

1. Abelenda, Judith (2007). El programa de intervención temprana en el Estado de Illinois y las contribuciones del Terapeuta Ocupacional. www.terapia-ocupacional.com
2. Ayres, J (2008). La integración sensorial en los niños. Desafíos sensoriales ocultos. Tea ediciones.
3. Beadry Bellefeuille I. (2013) El enfoque de la integración sensorial de la doctora Ayres. TOG (A Coruña)(revista en internet)
4. Círez Garayoa, I.; Gracia Franco, A. (2004). Terapia ocupacional. Asociación Profesional de Terapeutas Ocupacionales de Navarra - Nafarroako Lan-Terapeuten Lanbide Elkartea (APTONA-NALATE). Pamplona. (En prensa)
5. Federación Estatal de Asociaciones de Profesionales de Atención Temprana (GAT). (2007). Recomendaciones técnicas para el desarrollo de la Atención Temprana. Real Patronato sobre discapacidad. Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales.
6. Guardiola Otazo, Teresa. (2002). Terapia ocupacional en atención temprana. En Revista de Atención Temprana de Murcia. N° 1. Vol. 5.
7. Mulligan, S. (2006). Terapia Ocupacional en Pediatría. Proceso de evaluación. Editorial Médica Panamericana.
8. Occupational Therapy Practice Framework: Domain and process. The American Journal of Occupational Therapy. 2002; 56, (6): 609-639. Adaptación al español. Disponible en <http://www.terapia-ocupacional.com/>
9. Occupational Therapy Practice Framework: Domain and process (2nd ed). The American Journal of Occupational Therapy. 2008; (62): 625-683. Adaptación al español. Disponible en <http://www.terapia-ocupacional.com/>
10. Polonio López, B. (2002). Conceptos Fundamentales de Terapia Ocupacional. Madrid: Panamericana.
11. Pradera, V. (1998). Terapia Ocupacional en intervención temprana. En Materia Prima (Revista independiente de terapia ocupacional en Argentina). Año 3. N° 8.
12. Romero Ayuso, D.M. & Moruno Miralles, P. (2003). Terapia Ocupacional: Teoría y Técnicas. Barcelona: Masson.
13. Verdugo, M.A.; y otros (1997). Retraso mental: definición, clasificación y sistemas de apoyo. Madrid. Alianza Editorial.
14. VVAA (FEAPS) (2000). Atención temprana: orientaciones para la calidad. Manuales de buenas prácticas. Madrid. SIS Centro de Documentación y Estudios. FEAPS
15. VVAA (Grupo de Atención Temprana) (GAT). (2000). Libro blanco de atención temprana. Ciudad. Real Patronato de Prevención y de Atención a Personas con Minusvalía.
16. VVAA (2004). La Atención Temprana en Navarra. Documento Marco. Instituto Navarro de Bienestar Social. Sección de Valoración. Pamplona.
17. VVAA (2004). Terapia Ocupacional en Atención Temprana. Asociación Profesional de Terapeutas Ocupacionales de Navarra - Nafarroako Lan-Terapeuten Lanbide Elkartea (APTONA-NALATE). Pamplona. (En prensa)
18. VVAA (2006). Terapia Ocupacional en Educación. Colegio de Terapeutas Ocupacionales de Navarra. COTONALTE. Pamplona. (En prensa)
19. VVAA (2003). I CONGRESO NACIONAL DE EDUCACIÓN Y PERSONAS CON DISCAPACIDAD. (6-8 Marzo). Pamplona. Gobierno de Navarra. Departamento de Educación y Cultura.
20. VVAA (año publicación). VIII JORNADAS REGIONALES DE ATENCIÓN

TEMPRANA (12 Y 13 de Diciembre).
Murcia. 2003

21. VVAA. (2000). TERAPIA OCUPACIONAL. ESPECIAL PEDIATRÍA. Revista informativa de la APETO. Nº 24 Diciembre 2000
22. VVAA. (2003). Perfil del terapeuta ocupacional en atención temprana. Colegio Profesional de Terapeutas Ocupacionales de Aragón. Zaragoza. (En prensa)
23. Willard and Spackman. (2005). Terapia Ocupacional, 10ª Edición. Editorial médica panamericana.



COTONA·NALTE

Colegio de Terapeutas
Ocupacionales
de Navarra

Nafarroako
Lan-Terapeuten
Elkargoa