

TERAPIA OCUPACIONAL EN EDUCACIÓN



AUTORAS:

Alicia Sánchez-Valdepeñas Villegas
Ana M^a Ramírez de Arellano Núñez
Carmen García Olivares
Iris Dimbwadyo Terrer
M^a Rosa García Tavira



INDICE

- 1. TO y Educación. Antecedentes y situación actual.**
- 2. Situación de la Terapia Ocupacional en Educación en España.**
- 3. Situación de la Terapia Ocupacional en Educación en Castilla La Mancha.**
- 4. Figura del T.O. en Educación. Funciones T.O.**
- 5. Objetivos.**
- 6. Población Diana.**
- 7. Programas de TO en la escuela.**
- 8. Metodología.**
- 9. Protocolo de derivación.**
- 10. Protocolo de valoración.**
- 11. Conclusiones.**
- 12. Bibliografía.**

ANEXOS:

- a) Terapia Ocupacional en la Escuela en Estados Unidos.**
- b) Terapia Ocupacional en Educación en el País Vasco.**
- c) Terapia Ocupacional con alumnos con necesidades educativas especiales en Castilla-La Mancha.**

1. TO y Educación. Antecedentes y situación actual.

Son diversas las causas por las cuales ciertas disciplinas, a pesar de su historia y de su demostrada efectividad, no han conseguido hacerse un lugar en determinados ámbitos de actuación.

Un ejemplo de ello en nuestro país es el de la Terapia Ocupacional en el campo de la educación.

Esta situación parece encontrar una respuesta en que esta profesión pertenece al terreno de las llamadas Ciencias de la Salud. Una explicación basada en una legítima defensa de la diferencia entre lo educativo y lo terapéutico, entre lo que sería propio de la institución o campo educativo (aunque se inscriba en el marco de las necesidades especiales), y lo que es propiamente del campo asistencial o clínico.

Esta interpretación, válida quizá en otro tiempo, sin duda hoy se puede cuestionar en la medida que la Terapia Ocupacional, además de incluir el significativo Terapia en su nombre y estar incluida entre las disciplinas sanitarias, no se limita en la práctica a una intervención puramente clínica, también es histórica su aportación en la inserción social, la formación ocupacional o en el campo de la rehabilitación.

En nuestra comunidad la intervención de Terapia Ocupacional en el ámbito educativo, se reduce a algunos centros especializados en la atención educativa de niños y adolescentes con problemáticas tanto físicas como psíquicas.

En otros países ya existe una larga experiencia en todo tipo de instituciones escolares. Estados Unidos, varios países latinoamericanos y algunos países nórdicos, son lugares donde esta práctica es habitual.

La Federación Mundial de Terapeutas Ocupacionales expone que “la Terapia Ocupacional es una disciplina cuyo objetivo es la promoción de la salud y el bienestar a través de la ocupación”.

Así la Terapia Ocupacional fomenta la capacidad de las personas para participar en las actividades de la vida diaria, educación, trabajo, juego, esparcimiento u ocio.

En lo referente al ámbito educativo, el objetivo de la Terapia Ocupacional es dar respuesta a las diversas necesidades del alumno con necesidades especiales (educativas, de relación, de autonomía, recreativas o lúdicas y de accesibilidad), proporcionando los medios para adaptarse y participar activamente en su entorno maximizando sus niveles de funcionalidad e independencia.

En esta tarea de promover metas educativas y guiar al alumno hacia el alcance de su potencial pleno en el marco escolar, la Terapia Ocupacional contribuye al desarrollo físico, psíquico y afectivo del alumno, así como a su integración en la sociedad como ciudadano activo y participativo.

2. Situación de la Terapia Ocupacional en Educación en España.

a. Justificación de la intervención de Terapia Ocupacional en NEE en la legislación educativa y en documentos oficiales

A continuación detallamos las leyes y los documentos en los que se fundamenta la intervención del terapeuta ocupacional en la atención a los alumnos con NEE y aportaciones sobre cuál podría ser su actuación en cada uno de los casos.

En la **Ley Orgánica 2/2006** de 3 de mayo, de **Educación** se establecen las disposiciones fundamentales sobre la atención educativa y los derechos educativos de los alumnos con NEE:

Según el **Artículo 43**: *“los alumnos con NEE son aquellos que necesitan apoyos y atenciones educativas específicas.”*

En la **Disposición Final Primera**, se recogen los derechos fundamentales del alumno:

“... a) Recibir una formación integral que contribuya al pleno desarrollo de su personalidad...”

“... h) Recibir las ayudas y los apoyos precisos para compensar las carencias y desventajas de tipo personal, familiar, económico, social y cultural, especialmente en el caso de presentar necesidades educativas especiales, que impidan o dificulten el acceso y la permanencia en el sistema educativo...”

El **Artículo 71** dice: *“Las Administraciones educativas dispondrán los medios necesarios para que todo el alumnado alcance el máximo desarrollo personal, intelectual, social y emocional... La atención integral al alumnado con necesidad específica de apoyo educativo se iniciará desde el mismo momento que dicha necesidad sea identificada y se registrá por los principios de normalización e inclusión.”*

Para lograr el funcionamiento escolar exitoso el terapeuta ocupacional promueve y mejora el desempeño de las tareas y actividades que conlleva el rol de estudiante, buscando el equilibrio entre las habilidades del estudiante, las demandas de la actividad y las expectativas del entorno. Estas intervenciones pueden darse a lo largo de las diferentes etapas educativas, como vemos a continuación.

El Artículo 13 establece los objetivos de la **educación infantil**:

“...c) Adquirir progresivamente autonomía en sus actividades habituales...”

g) Iniciarse en las habilidades lógico-matemáticas, en la lectoescritura, en el movimiento, en el gesto y el ritmo...”

En los alumnos con NEE el terapeuta ocupacional puede contribuir al desarrollo de esta autonomía mediante el entrenamiento de técnicas alternativas, el uso de productos de apoyo o mediante el análisis y reeducación del movimiento y del gesto.

En la etapa de **educación primaria** el Artículo 19.1 señala:

“... se pondrá especial énfasis en la atención a la diversidad del alumnado, en la atención individualizada, en la prevención de las dificultades de aprendizaje y en la puesta en práctica de los mecanismos de refuerzo tan pronto como se detecten estas dificultades.”

En el Artículo 22.2, uno de los objetivos de la **educación secundaria** es:

“... prepararles para su incorporación a estudios posteriores y para su inserción laboral...”

Según el Marco de Trabajo para la Práctica de la Terapia Ocupacional (AOTA, 2002), el terapeuta ocupacional promueve la exploración de intereses vocacionales y realiza el entrenamiento en las habilidades necesarias para poder alcanzarlos.

Por último, según el Artículo 33, uno de los objetivos de la **etapa de bachillerato** es:

“... impulsar la igualdad real y la no discriminación de las personas con discapacidad...”

Esta igualdad sólo puede alcanzarse mediante la completa accesibilidad a los entornos y las actividades.

Respecto a la **legislación de Castilla-La Mancha**, el Decreto 138/2002, de 08-10-2002, por el que se ordena la respuesta educativa a la diversidad del alumnado en la Comunidad Autónoma de Castilla-La Mancha, en su Artículo 20 recoge de forma explícita: *“Son recursos personales específicos de apoyo: los maestros de audición y lenguaje o logopedas, profesorado de apoyo a la compensación educativa, auxiliares técnicos educativos, fisioterapeutas, especialistas en lenguaje de signos, especialistas en deficiencias visuales, terapeutas ocupacionales u otros especialistas de la intervención social.”*

En 2004 el **CERMI** (Comité Español de Representantes de Personas con Discapacidad) publicó el documento **“Atención educativa a las personas con discapacidad”**, según este documento: *“si hablamos de escuela abierta y flexible, con tratamiento de la diversidad, que se basa en los principios de integración, individualización, sectorización y normalización, no se deberían considerar en abstracto, sino que deberían tener toda la concreción necesaria para que, ante cada niño, la respuesta a sus necesidades educativas especiales se pudiera orientar hacia el máximo aprovechamiento de sus capacidades y potencialidades, prestándole las ayudas y los medios necesarios para lograr, en primer lugar, su integración escolar y, posteriormente, laboral y social.”*

Este documento analiza la situación real de la atención a los alumnos con necesidades educativas especiales a lo largo de las distintas etapas educativas:

En la **etapa de educación infantil de 0 a 6 años**, los niños con deficiencias auditivas, físicas, psíquicas (medias y ligeras) y visuales, sin otras deficiencias añadidas, se pueden escolarizar en las escuelas de educación infantil, contando con el asesoramiento y apoyo de los equipos de atención temprana. No obstante, la dotación de recursos técnicos no siempre es adecuada y la cualificación de profesionales no siempre se ajusta a las necesidades de los niños con alteraciones del desarrollo, especialmente cuanto más graves o específicas son sus problemáticas. La gran mayoría de los centros de educación infantil no tienen un grado suficiente de accesibilidad.

El terapeuta ocupacional es un profesional especialista en las alteraciones de desarrollo y en accesibilidad.

En la **etapa de educación obligatoria de 6 a 16 años**, la dotación de profesionales especializados en Educación Especial, en Audición y Lenguaje, en Fisioterapia, en Terapia Ocupacional..., o bien es insuficiente, o la distribución de estos profesionales no responde a criterios de racionalidad. Las dificultades de movilidad, necesaria en los casos en que un mismo profesional tiene que atender a alumnos escolarizados en distintos centros, e incluso en distintas poblaciones, agrava esta situación. Es muy limitado el número de centros de educación primaria y educación secundaria obligatoria que son accesibles debido a la existencia de barreras arquitectónicas y de la comunicación.

Los dispositivos de apoyo (ordenadores, comunicadores, sistemas de acceso al ordenador...) siguen siendo insuficientes y a veces inadecuadas, por falta de asesoramiento de profesionales cualificados en el manejo de este tipo de instrumental.

Como veremos más adelante la dotación de terapeutas ocupacionales es prácticamente inexistente, pero en este documento se nos nombra explícitamente y por lo tanto encontramos un nuevo apoyo para luchar por nuestra inclusión en la Educación. También se explica que no existen ni la accesibilidad ni los productos de apoyo adecuadas por falta de personal cualificado, y el personal cualificado en estas áreas somos los terapeutas ocupacionales.

Respecto a los **Programas de Transición a la Vida Adulta** (TVA en adelante), no se dan soluciones prácticas y realistas para la transición a la vida

adulta de los alumnos plurideficientes-gravemente afectados, a los que resulta imposible la integración laboral u ocupacional, y con los que un perfil de profesor de taller no resulta operativo.

La falta de información y formación de los profesores y tutores de área, y de los profesionales especialistas, en las distintas causas que producen discapacidad, de las necesidades educativas que generan y de las posibilidades terapéuticas, funcionales y educativas, dificulta la correcta atención educativa y la elaboración y aplicación de adaptaciones curriculares eficaces, como claves del éxito de la integración de los alumnos con discapacidad.

Como podemos comprobar, en los Programas de TVA es totalmente necesaria la inclusión de la figura del terapeuta ocupacional, que es el profesional que presenta la formación especializada en las áreas que aquí se definen como deficitarias.

Por último, se vuelve a enfatizar la importancia de la figura del terapeuta ocupacional en las propuestas finales del documento:

“Potenciar la reconversión de los centros de educación especial (con o sin especificidad) en centros de recursos y apoyo a la integración, creándose además en ellos un servicio de ayudas técnicas, dotado de material y profesionales especializados en su manejo.”

“Contratar profesionales especialistas en función de las necesidades específicas del colectivo concreto a atender, es decir, no limitarse únicamente a profesores de audición y lenguaje, profesores de educación especial, ayudantes técnicos educativos y fisioterapeutas, sino ampliar el campo de actuación con terapeutas ocupacionales, ayudantes técnicos sanitarios, educadores de personas sordas con dominio de la lengua de signos, etc.”

En el **Encuentro Estatal en Discapacidad Motórica** celebrado en Málaga en Mayo de 2003, se alega, entre otras puntualizaciones, la necesidad incluir la figura del terapeuta ocupacional entre los miembros del equipo multiprofesional que atienden al alumno con necesidades especiales, produciéndose este hecho en Comunidades como Madrid o el País Vasco.

Por otro lado, el **Documento Marco sobre la Atención Temprana**, contempla la figura del Terapeuta Ocupacional dentro del equipo de

profesionales que trabajan en este ámbito, dirigiendo su labor a maximizar el potencial individual de cada alumno en su domicilio, en la escuela y en sus juegos mediante el uso de actividades terapéuticas.

Por ende, basándonos en lo expuesto anteriormente, deducimos que existe una necesidad palpable de introducir la figura del Terapeuta Ocupacional en el ámbito escolar, debido a que es el profesional encargado de facilitar las competencias que ayudarán al niño y/o al adolescente con necesidades educativas especiales, a beneficiarse de una experiencia educativa total.

b. Situación de la Terapia Ocupacional en distintas Comunidades Autónomas

En **Castilla y León, Extremadura, Murcia y la Comunidad Valenciana** no hay terapeutas ocupacionales trabajando en Educación ni legislación al respecto.

En **Asturias** sólo existe la figura del terapeuta ocupacional en dos Centros Educativos pertenecientes a la red de ASPACE.

En **Baleares**, sólo hay tres terapeutas ocupacionales en Educación, dos en CEE y uno con un convenio de colaboración de una empresa privada. No existe ninguna ley que regule la figura del terapeuta ocupacional en Educación pero desde el Colegio Oficial de Terapeutas Ocupacionales de las Islas Baleares se están manteniendo contactos con la Consellería de Educación para poder implantar la figura del terapeuta ocupacional en escuelas normalizadas.

En **Galicia** no hay terapeutas ocupacionales en la actualidad trabajando en Educación. Sin embargo, desde la Asociación Profesional Gallega de Terapeutas Ocupacionales se han realizado diversos contactos políticos para introducir la figura del terapeuta ocupacional en el ámbito educativo. Desde algunas de las Unidades de Atención Temprana, los terapeutas ocupacionales realizan visitas puntuales a colegios tanto ordinarios como específicos, con el objetivo fundamental de adaptar el puesto escolar. De igual modo, los alumnos/as de tercer curso de Terapia Ocupacional realizan prácticas en colegios públicos que tienen escolarizados niños/as con necesidades educativas especiales.

En **Canarias** existen dos Equipos de Atención a Disminuidos Motóricos, uno en cada provincia. En la provincia de Tenerife hay una terapeuta ocupacional incluida en el equipo, pero no contratada por educación, sino por el Servicio Canario de Salud. En Las Palmas las terapeutas ocupacionales de los hospitales colaboran con el Equipo de Motóricos, pero no hay ninguna incluida en él. Tenemos noticia del proyecto de una terapeuta ocupacional sobre cuál sería el trabajo el terapeuta ocupacional en este equipo, pero no se ha llevado a cabo alegando falta de recursos económicos.

En **Madrid** hay tres terapeutas ocupacionales trabajando en Centros Públicos de Educación Especial de la Comunidad de Madrid. Accedieron a su puesto por oposición en 1.984 (oposiciones que no se han vuelto a convocar). Su trabajo está recogido y regulado en su Convenio Laboral. También hay algunos terapeutas ocupacionales trabajando en centros privados.

En **Cataluña** hay terapeutas ocupacionales trabajando en CEE. También de forma puntual hay terapeutas ocupacionales que intervienen en escuelas ordinarias a través de los EAP's (Equip d'Atenció Psicopedagógica).

En **Aragón** hay terapeutas ocupacionales trabajando en Educación Especial y en colegios específicos para niños sordos. Desde el Colegio Oficial Profesional de Terapeutas Ocupacionales de Aragón se está intentando incluir la figura del terapeuta ocupacional en colegios de integración y hay colegiados presentando proyectos a Educación y a las Asociaciones de Padres y Madres de Alumnos.

En **La Rioja**, según el documento "*La Terapia Ocupacional en la Educación Riojana*" existe la demanda del servicio de Terapia Ocupacional por parte de algunos colegios y grupos de orientación educativa psicopedagógica. En la actualidad este servicio se está dando en la Rioja baja en colegios de integración, llevándolo a cabo la terapeuta ocupacional del Hospital Fundación de Calahorra, que responde a las demandas de los centros educativos. Pero dado el volumen de trabajo y las amplias áreas de intervención, no hay una respuesta inmediata, y en otras zonas de la Comunidad no hay ningún profesional que atienda estas actividades, por lo cual la Asociación Riojana de Terapeutas Ocupacionales considera imprescindible la incorporación de la figura del terapeuta ocupacional a los equipos educativos, y para conseguir esta objetivo, elabora el documento citado.

En **Navarra**, en 2006 se elaboró el documento “*Terapia Ocupacional en Educación*”, el primer documento de este tipo que justifica la figura del terapeuta en Educación y describe su intervención.

El **País Vasco** es la Comunidad pionera en contar con la figura del terapeuta ocupacional entre el personal de apoyo para los alumnos con necesidades educativas especiales. En la actualidad hay siete terapeutas ocupacionales trabajando en los Centros de Apoyo a la Formación e Innovación Educativa del País Vasco.

Cabe destacar que ninguna Comunidad Autónoma cuenta con legislación educativa que nombre al terapeuta ocupacional, excepto Castilla-La Mancha, en el Decreto 138/2002 ya descrito y el País Vasco.

3. Situación de la Terapia Ocupacional en Educación en Castilla La Mancha.

Para conocer la situación actual del Terapeuta Ocupacional en el ámbito educativo en Castilla La Mancha, se ha llevado a cabo una encuesta en 900 centros educativos elegidos al azar. En dicha encuesta se refleja que solo en el 1% de los colegios de Castilla La Mancha, en el año 2010, cuentan con un Terapeuta Ocupacional dentro de su equipo.

En la encuestas también se obtienen datos de interés como que el 40% de las personas encuestadas (directores, jefes de estudio,...) conocen las funciones del Terapeuta Ocupacional y que el 70 %, (después de explicarles las funciones que desempeña el terapeuta ocupacional en educación), creen en la necesidad de implantar esta figura dentro de los equipos interdisciplinares de los centros educativos de nuestra región.

Además se lleva a cabo un estudio mixto en los Centros de Educación Especial (CEE en adelante) de la Comunidad. Este estudio se ha realizado en

este tipo de centros porque en ellos todos los alumnos tienen necesidades educativas especiales y por ello es donde más fácilmente se puede percibir la necesidad de los servicios de Terapia Ocupacional, evidenciándose así también la necesidad de incluir al terapeuta en centros ordinarios.

En Castilla-La Mancha hay veintidós CEE, se contactó con todos ellos y todos accedieron a colaborar en el estudio. Reenviaron el cuestionario catorce CEE, doce sin terapeuta ocupacional y dos con terapeuta ocupacional, y además se realizó observación participante en dos CEE, uno con terapeuta ocupacional y otro sin terapeuta ocupacional, por lo que contamos con la información de dieciséis CEE.

Los resultados aportan las siguientes conclusiones:

En los CEE en los que hay terapeutas ocupacionales, las necesidades que son competencia de la Terapia Ocupacional están cubiertas.

En los CEE en los que no hay terapeuta ocupacional la mayor parte de las funciones que forman parte del área de competencia de la Terapia Ocupacional las realizan otros profesionales. Se debe tener en cuenta que dentro de un equipo interdisciplinar el objetivo general es el mismo para todos los profesionales: conseguir la máxima integración y autonomía del alumno, y para ello existen áreas de conocimiento e intervención comunes para diferentes profesionales, pero también existen áreas de conocimiento específicas de cada disciplina: el psicólogo interviene en los componentes de carácter psicológico y cognitivo-conductual, el fisioterapeuta en los de carácter sensitivo-motor, y el PT los generaliza en las actividades educativas, pero el terapeuta ocupacional es el profesional que posee el conocimiento de todos estos componentes, de su interrelación y de su intervención dirigida a lograr la mayor autonomía y participación en todas las actividades (educativas, AVD, juego, actividades de ocio, actividades de participación social) que se realizan en el entorno escolar y forman parte del rol de alumno. El TO es el único profesional que en su plan de estudios tiene como asignaturas: Actividades de la vida diaria y autonomía personal; Ayudas técnicas, ortoprotésicas, accesibilidad y diseño universal; Ergonomía e Integración Sociolaboral y Análisis del funcionamiento ocupacional (Grado de Terapia Ocupacional de la Universidad de Castilla-La Mancha).

No se duda que cada profesional realice el asesoramiento e intervenciones sobre aspectos educativos, psicológicos, etc, que le corresponda, pero los ejemplos que aparecen en los cuestionarios son competencias muy específicas del TO, y si las realizan, tienen que buscar información/formación adicional, porque estas áreas no forman parte de su plan de estudios, y probablemente no puedan asesorar e intervenir con la especificidad y efectividad que lo haría un TO, que es el especialista en dichas áreas.

Al final de los cuestionarios se incluye un apartado para escribir observaciones. A continuación se ven las más relevantes en cuanto a la percepción de la necesidad de la Terapia Ocupacional:

“Aquí sería conveniente un TO”, refiriéndose al área de entrenamiento, asesoramiento y supervisión del manejo de los alumnos.

“Como apoyo a tutores y responsables, sí sería conveniente contar con un apoyo específico de un TO.”

“Consultamos a menudo con el CEAPAT donde hay una TO. Sería interesante contar con la figura del TO porque cuesta mucho estar informándose constantemente de todo y siempre quedan flancos sin cubrir.”, se reconoce que hay necesidades sin cubrir, y hay profesionales que no realizan las funciones que les corresponden y tienen que estar informándose constantemente.

“La figura del TO sería interesante para nuestro centro a fin de completar el trabajo que realizan otros profesionales o planificar ámbitos específicos de áreas ocupacionales y actividades de la vida diaria.”

“Consideramos bastante necesaria la figura del terapeuta ocupacional en el trabajo diario de nuestras aulas, pues son muchos los aspectos que como profesionales de la educación abarcamos.”

4. Figura del T.O. en Educación. Funciones T.O.

La labor fundamental de la intervención del Terapeuta Ocupacional en el contexto educativo es la de eliminar las barreras que los alumnos tienen en sus

habilidades y destrezas al acceder al currículum, ayudándoles a desarrollar aquellas habilidades funcionales que aumentan su autonomía.

Los Terapeutas Ocupacionales forman parte del equipo interdisciplinar y trabajan de manera coordinada con todos sus miembros.

Colaboran en la realización de la evaluación psicopedagógica del alumno con necesidades especiales, asesoran en las adaptaciones curriculares y en las adaptaciones de acceso al currículum y ejecutan y supervisan programas dirigidos a desarrollar, reaprender, mantener, compensar o sustituir las capacidades y/o habilidades, a un nivel de competencia que le permita al alumno lograr la máxima autonomía funcional, mediante intervenciones directas o indirectas.

5. Objetivos.

Los objetivos de la terapia ocupacional dentro del área de la educación son maximizar las habilidades de los estudiantes con discapacidad, conseguir la máxima independencia y éxito en la participación en el proceso educativo a partir del uso de actividades terapéuticas, adaptación del entorno del alumno y entrenamiento y asesoramiento a los profesionales y familiares.

Además se interviene ayudando a los alumnos con las necesidades educativas especiales a disponer de las mismas oportunidades y condiciones de vida que los niños de su entorno social, al mismo tiempo que normalizan el contexto en que se desenvuelven. Estos apoyos o intervenciones pueden darse a lo largo de las diferentes etapas educativas potenciando al máximo las capacidades funcionales, desarrollando las capacidades residuales, supliendo los déficits funcionales irrecuperables para lograr la integración del alumno a la sociedad, viviendo con su discapacidad pero con el mayor grado posible de independencia.

Dentro de los objetivos específicos se encuentran:

- Asesorar, entrenar y supervisar en el manejo de los cuidados básicos: vestido, alimentación, higiene, arreglo personal, uso del baño.
- Entrenar en el uso de productos de apoyo, tanto de alimentación, aseo personal, vestido, silla de ruedas.

- Valorar, prescribir, diseñar, adaptar, entrenar, asesorar y orientar en el uso de productos de apoyo y órtesis.
- Asesorar en las adaptaciones y reformas necesarias para una buena accesibilidad en los entornos. Además del acceso propio al edificio, las zonas comunes y el mobiliario, el equipo material, proyectos y adaptaciones del proceso.
- Intervenir sobre los componentes de ejecución (habilidades y destrezas motoras, de procesamiento y de comunicación e interacción...)
- Entrenar en el uso de transportes adaptados y la suspensión de las barreras arquitectónicas en su entorno cotidiano.
- Motivar al paciente al desarrollo de las ocupaciones
- Valorar los componentes de ejecución y las áreas de desempeño ocupacional, tanto desde el punto de vista focal como global.
 - Realizar valoraciones funcionales, tanto de recorridos articulares como de fuerza muscular.
 - Valorar limitaciones funcionales
 - Analizar los gestos cotidianos.
 - Determinar las capacidades sensoriales
 - Evaluar las capacidades superiores
 - Determinar las capacidades sociales
 - Valorar las capacidades psicológicas
 - Valorar el entorno próximo y lejano.
- Planificar de programas de estimulación e integración sensorial
- Planificar programas orientados a la capacitación prelaboral y de transición a la vida adulta.
- Asesorar a padres, profesores u otros miembros del equipo sobre lo que se ofertan en el currículo.
- Integración familiar, social y laboral del paciente.

- Proporcionar nuevas orientaciones para sus intereses recreativos y ocupacionales.
- Dirigir la labor a maximizar el potencial individual de cada alumno/a en su domicilio, en la escuela y en sus juegos mediante el uso de actividades terapéuticas.
- Dar una respuesta global y coordinada a aquellos/as alumnos/as con necesidades distintas o más amplias que las habituales, en un medio acorde al momento vital del/de la alumno/a y por ello normalizado y respetando sus diferencias.
- Intervención directa continuada o esporádica a nivel grupal o individual.

6. Población Diana.

La población diana en la intervención de los terapeutas ocupacionales en el ámbito educativo son los alumnos con necesidades educativas especiales. Los diagnósticos clínicos más frecuentes en Terapia Ocupacional son:

- Trastornos musculoesqueléticos. (Distrofia muscular, acondroplasia, ...)
- Fracturas, escoliosis, lordosis, cifosis,...
- Trastornos neuromusculares. (Parálisis cerebral, espina bífida, hidrocefalia ...)
- Retraso psicomotor.
- Trastornos del desarrollo y psicológicos. (Retraso mental, síndrome de Down, autismo, trastornos de conducta, trastornos por déficit de atención e hiperactividad, dificultades de aprendizaje, discapacidad intelectual,...)
- Trastornos cardio-pulmonares. (Malformaciones cardíacas congénitas, fibrosis quística ...)
- Quemados.
- Enfermedades inflamatorias.

- Déficit sensorial, visual y auditivo.
- Diabetes.

7. Programas de Terapia Ocupacional en la escuela.

La Terapia Ocupacional dirige su conocimiento a las múltiples actividades en las que el ser humano se involucra y participa a lo largo de su vida, así como a las destrezas personales y a la accesibilidad del entorno necesarias para poder realizar dichas actividades.

Los programas de la Terapia Ocupacional en la Escuela también deben abarcar estos tres elementos: actividad-persona-entorno, por lo que se establecerían tres grandes programas:

- **Programas de actividades y destrezas de desempeño ocupacional**
- **Programa de accesibilidad del entorno**
- **Programa de asesoramiento**

7.1 PROGRAMAS DE ACTIVIDADES Y DESTREZAS DE DESEMPEÑO

La Terapia Ocupacional clasifica las actividades que el ser humano realiza diariamente y a lo largo de su vida en “áreas de desempeño ocupacional”: actividades básicas de la vida diaria (ej. alimentación), actividades instrumentales de la vida diaria (ej. manejo del dinero), educación, trabajo, juego, ocio, participación social, sueño y descanso (AOTA, 2008).

En la intervención en la escuela, los programas de Terapia Ocupacional estarían dirigidos a las áreas ocupacionales que los alumnos desarrollan en este ámbito: actividades básicas de la vida diaria, actividades instrumentales de la vida diaria, educación, juego y participación social; y a las destrezas necesarias para lograr el desempeño óptimo de dichas actividades: destrezas sensomotoras, cognitivas y psicosociales.

7.1.1 Programa de cuidado personal.

- Vestido
- Alimentación
- Baño
- Higiene

7.1.2 Programa de percepción y cognición.

- Memoria
- Habilidades constructivas
- Atención
- Habilidades visuales/auditivas

7.1.3 Programa de habilidades motoras finas.

- Preescritura
- Escritura
- Utilizar tijeras
- Destreza manipulativa

7.1.4. Programa de habilidades motoras gruesas.

- Coordinación óculo-manual
- Equilibrio
- Conceptos espaciales
- Coordinación adecuada de los dos lados del cuerpo

7.1.5 Programa de habilidades sociales.

- Autoestima
- Comunicación
- Interacción

7.2 PROGRAMA DE ACCESIBILIDAD DEL ENTORNO

- Modificación/adaptación del entorno
- Selección de mobiliario accesible y productos de apoyo

7.3 PROGRAMA DE ASESORAMIENTO

- Asesoramiento a padres
- Asesoramiento a otros profesionales del equipo

8. METODOLOGÍA

8.1 EVALUACIÓN

8.1.1 Evaluación de las actividades de desempeño ocupacional.

Los terapeutas ocupacionales evalúan las capacidades del alumno para desempeñar actividades y tareas específicas dentro de las distintas áreas ocupacionales. Las evaluaciones típicas incluyen:

- Listas de chequeo de las destrezas de la vida diaria de alimentación, vestido e higiene.
- Evaluaciones relacionadas con destrezas requeridas para el funcionamiento en un entorno particular, como listas de chequeo de destrezas en el aula, listas de chequeo de destrezas prevocacionales o inventario de destrezas del juego.
- Evaluaciones de desarrollo de habilidades.

Cuando el terapeuta ocupacional administra estas evaluaciones o listas de chequeo, observa la respuesta del alumno en el seguimiento de instrucciones para el desempeño en una actividad específica. El terapeuta ocupacional determina si el alumno puede desempeñar la actividad y cómo

responde en relación a los criterios de los ítem del test. Por ejemplo, al evaluar la habilidad de un alumno para coger su abrigo, el terapeuta ocupacional no solo observa si puede retirar su abrigo, también observa y juzga la calidad de la acción: ¿recoge el abrigo en una cantidad de tiempo razonable?, ¿necesita utilizar un método adaptado para lograr la tarea?, ¿necesita ayuda?, si es así ¿qué clase de ayuda?.

Aunque la información de la historia registrada o de las entrevistas puede ser utilizada para evaluar las habilidades del alumno, el método primario de la Terapia Ocupacional para recopilar información para la evaluación es observar el desempeño actual del alumno en la actividad. Durante la evaluación, el terapeuta ocupacional recoge información más allá de las destrezas específicas que están siendo evaluadas. Se observan las causas de las limitaciones en el desempeño, se plantean soluciones a los problemas y se sugieren métodos de tratamiento.

1. Destrezas de las AVD: en las listas de destrezas necesarias para el desempeño de las actividades de automantenimiento generalmente se agrupan las destrezas necesarias para un tipo de autocuidado. Por ejemplo, alimentación, vestido, movilidad en la escuela, y aseo e higiene, están en listas separadas. Las secciones de la evaluación también suelen seguir la secuencia de desarrollo de lo simple a lo complejo.

2. Destrezas relacionadas con la escuela: un alumno necesita ciertas destrezas para funcionar en el entorno escolar, aparte de las destrezas de la vida diaria mencionadas anteriormente. Para trabajar con un alumno, el personal de la escuela necesita saber cuáles de estas destrezas necesarias tiene adquiridas y cuáles deben ser enseñadas o compensadas para que pueda beneficiarse del currículum educativo.

3. Destrezas del juego: el niño utiliza el juego como una herramienta educativa y de desarrollo así como para divertirse. La manipulación física y mental de objetos, la imaginación y la interacción social son importantes formas de juego. La información respecto a estas destrezas puede ser recogida por observación del juego libre o administrando un procedimiento de evaluación estructurado.

8.1.2 Evaluación de los componentes del desempeño ocupacional.

Se denomina componentes del desempeño ocupacional a las funciones corporales y psíquicas necesarias para llevar a cabo tareas y actividades.

La información específica sobre componentes del desempeño en particular ayuda a identificar las estrategias de intervención apropiadas y efectivas, el foco y el conjunto de prioridades sobre las metas de tratamiento, y obtener criterios medibles para la evaluación de los cambios en las habilidades que resulten del programa de intervención, cambios que pueden no ser evidentes observando solamente las habilidades del alumno para desempeñar una tarea pero sí se pueden medir a través de los componentes de desempeño:

1. Componentes sensoro-motores: se utilizan test y observaciones para determinar el nivel y el daño de las destrezas sensoriales, perceptuales, neuromusculares y motoras que influyen en el desempeño.

2. Componentes cognitivos: muchas de las evaluaciones de los terapeutas ocupacionales en escuelas sobre ciertos procesos cognitivos, como nivel de arousal, orientación y duración de la atención, se realiza a través de las respuestas del alumno durante la clase o durante las sesiones de terapia. Estos componentes cognitivos del desempeño de la actividad están directamente relacionados con la realización de tareas, sin embargo, no se suelen utilizar instrumentos de evaluación estandarizados para evaluarlos. En lugar de eso, el terapeuta ocupacional generalmente analiza los componentes cognitivos utilizando informes de evaluación de los psicólogos de la escuela, evaluaciones médicas, observación de las tareas de desempeño, y entrevista con los maestros, padres y otros miembros del equipo.

3. Componentes psicosociales: en el entorno escolar, el primer método de evaluación de las destrezas psicosociales como iniciación y realización de descansos entre actividades, destrezas sociales, conducta social y destrezas interpersonales y automantenimiento es a través de la observación y la recopilación de datos del comportamiento. El método de registrar observaciones es a través de descripciones detalladas de una destreza particular y de la situación en la cual el comportamiento es observado. También existen test estandarizados como the Behavior Evaluation Scale-2 (McCarney & Leigh, 1990) y the Chile Behavior Checklist (Achenbach & Edelbrock, 1991).

8.2 ESTABLECIMIENTO DE OBJETIVOS

Los objetivos de tratamiento se determinan a partir de la información de la evaluación, incluyendo:

1. La razón de la derivación.
2. Información de otros profesionales sobre el alumno.
3. Los resultados de los procedimientos de evaluación específicos.
4. La guía de desarrollo.
5. Expectativas del ambiente educativo y del currículum.
6. Expectativas del entorno social del alumno (maestros, padres y otros miembros del equipo).

8.3 ENFOQUES DE INTERVENCIÓN

8.3.1 Enfoque correctivo.

Siempre que sea posible, se emplean técnicas para mejorar las capacidades relacionadas con el desempeño de tareas porque estas destrezas pueden ser generalizadas y usadas en una variedad de actividades. Por ejemplo, incrementar la fuerza de la mano puede ayudar al alumno a escribir durante periodos más extensos, jugar con juegos de construcción, manejar botones, levantar un vaso lleno de líquido, o manipular materiales de arte como la arcilla. Incrementar la fuerza de la mano es más efectivo que enseñarle cómo realizar cualquiera de estas destrezas para compensar la debilidad de la mano.

8.3.2 Enfoque compensatorio.

Cuando los intentos para incrementar o mejorar las habilidades de desempeño no tienen éxito o son inapropiados, la intervención debe focalizarse entonces en que el alumno aprenda a desarrollar destrezas específicas de una manera adecuada permitiéndole un funcionamiento lo más independiente posible. En algunos casos se necesita una adaptación o un cambio en la destreza, a través las siguientes estrategias:

1. Enseñar las partes secuenciales de la destreza.

2. Simplificar o cambiar el método de desempeño de la destreza.
3. Adaptar el ambiente para acomodarlo a la ausencia de una destreza.
4. Enseñar la destreza a través del uso de equipamiento adaptado, incluida tecnología asistida.

8.4 MODALIDADES DE TERAPIA: ACTIVIDADES DE TERAPIA FUERA vs ACTIVIDADES DE TERAPIA INTEGRADAS

Algunos terapeutas ocupacionales escolares tienen un aula o departamento al cual llevan a los alumnos para proporcionar sus servicios. Cuando el estudiante es tratado en este espacio separado de su aula lo llamamos “**terapia fuera**”, la intervención tiene lugar fuera del aula. El tipo de actividades que se consideran más apropiadas para estos servicios:

1. Aquellas que son demasiado distractoras para otros alumnos en el aula como para permitirles concentrarse en su propio aprendizaje.
2. Actividades en las cuales el alumno desarrolla una competencia particular, pero el nivel de destreza no se domina hasta el punto de generalización a las actividades de clase.
3. La atención del alumno hacia el aprendizaje de una destreza en particular requiere un ambiente sin distracciones en un entorno apartado del aula.

La “**terapia integrada**” es el tipo de intervención que tiene lugar dentro del aula, el baño, el comedor o el recreo junto a los compañeros del alumno. La ventaja de la terapia integrada es que proporciona al alumno la oportunidad de practicar las nuevas destrezas aprendidas o de probar los métodos adaptados para el desarrollo de una destreza en el entorno y con los otros alumnos de una manera normalizada. Esto le permite seguir el rol de estudiante y hacer frente a las demandas curriculares esperadas de todos los miembros de la clase. El tipo de actividades usadas en terapia integrada:

1. Actividades y equipamiento de posicionamiento para la máxima atención y participación en las actividades regulares de clase.
2. Adaptación del entorno para mejorar la función del alumno y que sea lo más independiente posible en el aula.

3. Supervisión del desempeño de las nuevas destrezas aprendidas, como la escritura o el procesamiento de textos, dentro del entorno en el cual otros alumnos y otras distracciones afectan a la atención y la concentración en la tarea. Aunque la meta de la terapia ocupacional es ayudar al alumno en su funcionamiento en clase, es importante determinar no solo actividades que son apropiadas para hacer frente a las metas de Terapia Ocupacional, sino también el ambiente que es más apropiado.

9. Protocolo de derivación de TO.

Primer Paso: Identificación y Acceso

- IDENTIFICACIÓN

La Atención Temprana es un programa universal, es decir que en principio todos los niños tienen derecho a ser considerados posibles candidatos. En general son los pediatras quienes identifican la mayoría de los niños participantes, cuando en una visita de rutina notan que el niño exhibe retrasos en algún área de su desarrollo.

En ocasiones, el bebé que ha nacido con peso extremadamente bajo o con excesiva prematuridad, es derivado al programa de Atención Temprana por el neonatólogo al ser dado de alta del hospital. Lo mismo sucede con niños diagnosticados al nacer con ciertas condiciones médicas de elegibilidad automática.

- ACCESO

El acceso al programa se realizará previa solicitud por parte de la familia o de cualquier otro profesional o institución.

Segundo Paso: Derivación y Acogida

COFTO-CLM

Colegio Oficial de Terapeutas Ocupacionales de Castilla La Mancha
Apartado de Correos Nº 758 – 45600 – Talavera de la Reina (Toledo)
Teléfono: 692 15 10 37
terapeutasocupacionalesclm@gmail.com

La realiza el pediatra cuando requiere información adicional o un análisis más específico de la organización de pautas del desarrollo, que no están siendo alcanzadas de acuerdo a lo esperable. También puede ser realizada en el colegio.

Después de una entrevista inicial con la familia (en la cual se obtiene información sobre la historia familiar, embarazo, parto, problemas de salud en la familia, etc.), un equipo de profesionales apropiado al motivo de consulta del niño realiza la evaluación inicial.

Los motivos de derivación suelen ser: la existencia de un informe médico que así lo indique, la constatación de problemas de diversos tipos que precisen una valoración específica; la necesidad de adaptación de materiales, espacios, productos de apoyo, etc.

Tercer Paso: Detección

La detección de las posibles alteraciones en el desarrollo infantil es un aspecto fundamental de la Atención Temprana en la medida en que va a posibilitar la puesta en marcha de los distintos mecanismos de actuación de los que dispone la comunidad.

Cuanto antes se realice la detección, existirán mayores garantías de prevenir patologías añadidas, lograr mejorías funcionales y posibilitar un ajuste más adaptativo entre el niño y su entorno.

La detección temprana de los trastornos en el desarrollo infantil constituye el paso imprescindible para el diagnóstico y la atención terapéutica. Es fundamental para poder incidir en una etapa en la que la plasticidad del sistema nervioso es mayor y las posibilidades terapéuticas muestran su mayor eficacia.

Es necesario detectar los trastornos del desarrollo infantil en el momento en que aparecen los primeros signos indicadores de los mismos, si es posible antes de que los diferentes síndromes se estructuren de forma completa y estable. La detección de signos de alerta, que constituyen posibles indicadores de trastornos en el desarrollo infantil, debe estar presente en el trabajo cotidiano de todos aquellos que trabajan con poblaciones infantiles.

Este proceso debe ir seguido del inicio del proceso diagnóstico y de la intervención terapéutica, pero hay una serie de circunstancias que a menudo impiden o evitan la detección y el diagnóstico de los trastornos en el desarrollo, especialmente los psicopatológicos, del ámbito emocional y cognitivo.

En los primeros años de la vida existen varias tendencias.

Las tendencias banalizadoras o contemporizadoras que dejan en manos del "ya se le pasará" la responsabilidad terapéutica ante problemas que bien merecen una atención y evaluación serias.

Las tendencias reduccionistas, que llevan a interpretar incorrectamente numerosos comportamientos atípicos de los niños, al atribuirlos de forma exclusiva a deficiencias o inadecuaciones educativas de los padres o por el contrario, a factores físicos o biológicos aislados.

El temor o la resistencia a iniciar un proceso diagnóstico y terapéutico para evitar "etiquetar" de forma precoz, aun reconociendo la existencia de "problemas", así como, el desconocimiento u olvido de la existencia de problemas relacionales o interaccionales precoces y la negación del sufrimiento psíquico del niño, también están presentes entre los elementos que impiden el proceso de detección.

Todos estos factores contribuyen a que buen número de niños y niñas que presentan trastornos en su desarrollo no sean detectados y pueda producirse un agravamiento de sus disfunciones y conflictos al no acceder a la ayuda terapéutica que precisan. Ignorar signos de alerta y síntomas precoces de psicopatología puede llevar a que éstos se organicen en formas más estructuradas tales como autismo, psicosis, procesos deficitarios, estados depresivos o disarmonías evolutivas precoces.

Existen tres razones por las que un niño y su familia califican para los servicios de intervención temprana. Estas son:

A) Retrasos evolutivos:

Se considera que para necesitar los servicios ofrecidos en el programa un niño debe tener un mínimo de 30% de retraso en al menos una de las siguientes áreas:

1. Cognitiva.
2. Física/motora, incluyendo visión y audición.
3. Lenguaje, habla y comunicación.
4. Emocional/Social.
5. Adaptativa, cuidado personal.

Esta alternativa permite que el niño y su familia puedan recibir servicios sin haber recibido un diagnóstico médico. Con frecuencia el proceso de obtener un diagnóstico es largo y sinuoso, e implementar los servicios lo antes posible basándose en un porcentaje de retraso evolutivo permite ganar tiempo y prevenir deterioro. Es importante destacar que un 30% de retraso en un área da derecho a participar del programa y a recibir TODAS las terapias que necesite, no solamente terapia en el área en que el retraso se manifiesta.

B) Una enfermedad física o mental que comúnmente resulte en un retraso evolutivo (incluyendo anomalías del sistema nervioso central (SNC), desórdenes del SNC, peso al nacer por debajo de los 1000 grs., infecciones congénitas y adquiridas, síndromes genéticos, anomalías craneofaciales, deformidades ortopédicas, parálisis cerebral, desórdenes del espectro autista, entre otras).

C) Riesgo de retrasos evolutivos sustanciales. Se considera de alto riesgo a hijos de padres con un diagnóstico de enfermedad mental o discapacidad severas, o a aquellos niños con tres o más de los siguientes factores de riesgo:

1. Drogodependencia o abuso del alcohol por parte del principal cuidador.
2. Cuidador principal menor de 15 años.
3. Niño/familia sin techo.
4. Maltrato o descuido documentado del niño cuando el niño no ha sido sacado del hogar.
5. Enfermedad crónica del principal cuidador.
6. Abuso materno del alcohol y/o drogas durante el embarazo.
7. Principal cuidador cuyo nivel educativo sea inferior al tercer año de la educación secundaria.

Finalmente, cuando el niño no califica bajo ninguna de estas opciones, los terapeutas que realizan la evaluación inicial pueden hacer uso de su opinión clínica para recomendar servicios (por ejemplo en situaciones en que el niño no pueda ser evaluado con los instrumentos estandarizados apropiados).

Cuando el educador o maestro detecta la posible presencia de un trastorno, comunicará su inquietud a la familia y a partir de los datos aportados por el medio escolar y familiar se deberían establecer pautas de observación y actuación coordinadas, así como la derivación y consultas oportunas al pediatra del niño o niña y al centro de Desarrollo Infantil y Atención Temprana, para poder establecer un diagnóstico completo e iniciar una intervención terapéutica adecuada. La detección se realiza a través de los exámenes de salud del niño, aplicando métodos de screening para detectar signos de alerta de trastornos en el desarrollo. Los pediatras constituyen el nivel esencial para la detección y adecuada derivación de los niños hacia los centros de diagnóstico, seguimiento e intervención. En el diagnóstico, solo o en colaboración con los especialistas, el pediatra está en condiciones de realizar un primer enfoque de la situación, contribuyendo a través del conocimiento del niño y de la familia a establecer o descartar la presencia de alteraciones.

Por lo anteriormente dicho es clara la necesidad de creación de programas específicos de detección y eliminación de las condiciones de riesgo.

10. Protocolo de Valoración de TO.

La evaluación es el proceso de reunir e interpretar información acerca de los/las alumnos/as y de sus familias. Las evaluaciones se realizan por diversas razones: para alcanzar un diagnóstico, evaluar el proceso o para investigar y programar los propósitos de la evaluación.

Etapas en el proceso de evaluación.

TRABAJO PRELIMINAR

Se deben conocer las razones de derivación y se ha de estar al tanto de los problemas más importantes, que motivaron a ella. A veces se requiere una entrevista con padres, profesor o médico. Toda esta información servirá de cribado para determinar si la derivación para la evaluación de terapia ocupacional es apropiada y necesaria.

La descodificación del diagnóstico o nivel educacional brinda información inicial acerca de los problemas comunes para el diagnóstico.

Las fuentes comunes de información de preevaluación incluyen:

- 1) fichas médicas
- 2) fichas escolares
- 3) informes de otros profesionales (personal médico o docente) que han visto al alumno/a
- 4) entrevista con los padres o cuidadores
- 5) entrevista con la fuente de derivación, profesor o médico.

Las entrevistas pueden obtener datos antes de ver al alumno, durante la sesión de evaluación, o después de ella.

Una vez reunida la información básica relevante se inicia la planificación de la evaluación. Se seleccionan las actividades, las herramientas y los materiales

La selección de herramientas de evaluación, actividades, herramientas y materiales requiere mucho razonamiento clínico y es una de las partes más difíciles del proceso porque hay que considerar muchos factores:

- 1) Aplicación de las herramientas de evaluación estandarizadas.
- 2) Procedimiento, observaciones y entrevistas no estandarizados, pero sí formales.
- 3) Observaciones informales, que incluyan observaciones habituales.

Dentro de la planificación del proceso de evaluación, también es importante el desarrollo normal, esta información ayuda a formular preguntas apropiadas para la entrevista, seleccionar juguetes y actividades y obtener un conocimiento profundo acerca de las maneras eficaces de acercarse a los

alumnos de varias edades y niveles de desarrollo para interpretar los datos de la evaluación.

Cada alumno/a vendrá derivado con su única combinación de características individuales y contextuales que influirán en las decisiones durante la planificación de las actividades de evaluación. Algunas veces se deberá conducir las actividades de evaluación en más de una sesión. No hay un conjunto perfecto de actividades que funcionen para todos los alumnos con un diagnóstico o con desafíos específicos. Por lo tanto, la planificación cuidadosa es crucial para todas las evaluaciones.

En todos los casos se necesitarán materiales para evaluar y formularios de registro.

Las observaciones informales agudas serán probablemente los datos de evaluación más poderosos.

IMPLEMENTACIÓN

El primer objetivo es establecer una relación de confianza con las personas que van a estar con el/la alumno/a.

Desde el momento que se entra en el espacio o ambiente del/ de la alumno/a hay que tomar nota de cualquier característica que pueda estimular o inhibir su desempeño. Hay que comenzar con observaciones informales del comportamiento del/ de la alumno/a, como atención, afecto, lenguaje usado, nivel de actividad y reacciones y también estar atentos a las necesidades del alumno y de los padres, leer el lenguaje corporal.

Las entrevistas informales con los/las alumnos/as (mayores de 3 ó 4 años) y con sus padres son útiles para obtener información acerca de los intereses, fortalezas y puntos débiles del/de la alumno/a, que ayudará a descubrir las prioridades del/de la alumno/a y de la familia. Las entrevistas son útiles para obtener información inicial acerca del desempeño funcional.

Cuando se realiza un abordaje de evaluación “arriba-abajo” se comienza reuniendo información acerca de la capacidad del/ de la alumno/a para realizar habilidades funcionales y desempeñarse con éxito en roles y actividades que son significativas para él/ella. Las áreas de ocupación que se querrían abordar se presentan en el Marco de trabajo de la práctica de la AOTA.

Las áreas de ocupación incluyen las actividades de la vida diaria (AVD), actividades de autocuidado, instrumentales, actividades en la escuela y de trabajo; y las relacionadas con el juego y el ocio.

La información de las habilidades para desempeñarse en áreas de la ocupación puede adquirirse a través de entrevistas con el/la alumno/a y los cuidadores.

La información acerca del desempeño funcional también se puede adquirir mediante entrevistas informales.

Las herramientas de evaluación funcional pediátricas más comunes incluyen el Instrumento de evaluación de la función escolar (Coster y col., 1998), las Escalas de adaptación del comportamiento de Vineland (Sparow y col., 1984), el inventario de evaluación de discapacidad pediátrico (Haley y col., 1992), etc (Pág. 39 del libro de Mulligan, S., *Terapia Ocupacional en pediatría-Proceso de evaluación*) Es particularmente útil usar herramientas de evaluación estandarizadas cuando considera importante obtener datos objetivos acerca de los resultados funcionales y objetivos que quiera lograr. También ayudan a dirigir su atención hacia las áreas funcionales otorgando al/a la alumno/a las habilidades funcionales más difíciles y en algunos casos las más valoradas por el/la alumno/a y sus cuidadores.

ANÁLISIS

Una vez interpretados los datos, se necesita sintetizar y resumir los datos de la evaluación. Este es un proceso complejo, ya que se recibe información de múltiples fuentes. El proceso de interpretación y de síntesis se divide en 4 pasos:

Paso 1: formulación del perfil ocupacional

La mayoría de la información incluida se obtiene de la entrevista con los padres, de la información médica, del colegio, y de las observaciones informales.

La información que incluye es: la edad, principales áreas problemas para terapia ocupacional, características claves de la familia, la escuela o los programas de cuidado del/ de la alumno/a, resumen de los intereses y de las

actividades principales del/ de la alumno/a, información diagnóstica, y las fortalezas, desafíos y prioridades del/de la alumno/a y su familia.

Paso 2: Identificación de las fortalezas y desafíos ocupacionales del alumno

La valoración de las funciones es útil para resumir la habilidad del/ de la alumno/a al desempeñar sus actividades. Ésta información, ayuda a determinar la importancia de las áreas funcionales que se deben abordar en un programa de intervención.

Paso 3: Identificación de las habilidades de desempeño y factores del alumno que influyen en el desempeño ocupacional

El análisis del desempeño ocupacional involucra la evaluación de las habilidades motoras, de procesamiento y de comunicación.

Paso 4: Identificación de demandas contextuales y de actividad que influyen en el desempeño ocupacional

Cuando se valoran los factores del/ de la alumno/a, simultáneamente se valoran los contextuales. Cuando se intenta descubrir las razones por las que un/a alumno/a está experimentando éxito o no lo está, hay que considerar las oportunidades que el/la alumno/a tuvo para desarrollar ciertas habilidades.

El análisis de los contextos y demandas de actividad involucra principalmente la síntesis de información de los instrumentos de evaluación ecológicos, ambientes físicos, observaciones del/ de la alumno/a desempeñando la tarea y entrevistas con el/la alumno/a y los cuidadores.

Se han de tener en cuenta las AVD y los factores contextuales, y una vez sabido, se asegura un resultado de las pruebas estandarizadas.

El proceso de valoración inicial termina con el desarrollo y documentación de recomendaciones y cuando es adecuado el plan de intervención de terapia ocupacional.

Se deben entregar las recomendaciones e incluir las sugerencias útiles para promover la habilidad del/ de la alumno/a de participar en sus ocupaciones diarias. Y cuando sea necesario, derivar a otros servicios o evaluaciones.

La planificación se debe establecer junto con el/la alumno/a y los padres para poder crear programas interdisciplinarios para abordar al/la alumno/a de forma global.

Hay que seleccionar los marcos de referencia específicos y las técnicas de intervención disponibles para los terapeutas ocupacionales. También hay que plantearse los objetivos, el plan de intervención debe incluir horario, con las duraciones y el número de sesiones explícitas y los resultados funcionales que se proyectan de sus intervenciones, todo debe ser identificado.

En esta última etapa hay que documentar la evaluación y compartir la información. Después de cada sesión de evaluación es importante documentar, por lo menos el tiempo de valoración y un resumen de las actividades que se completaron y el próximo plan de acción. En un contexto médico esta información se escribe en una ficha clínica. En el ámbito escolar puede ser dentro de informes educativos.

Información que debe incluirse en los informes de los/las alumnos/as son:

- Datos demográficos (nombre, apellidos, fecha de nacimiento, edad, nombre de los padres, dirección postal y número de teléfono)
- Información de la escuela (curso, programa escolar y profesor)
- Información de la derivación (fuente de derivación, razones de la derivación, médico principal del/de la alumno/a)
- Descripción de los métodos y pruebas utilizadas
- Perfil ocupacional (información básica, ocupaciones del/de la alumno/a, intereses, y actividades que él valora, descripción de la familia y breve descripción de las actividades extraescolares, extracurriculares y laborales)
- Descripción del comportamiento del/de la alumno/a durante la evaluación
- Resultados de la evaluación, con el puntaje de las pruebas y resumen de las observaciones clínicas y de las entrevistas.
- Un resumen de la evaluación e impresiones
- Recomendación (planes de intervención, derivación, etc)

- Nombre, firma, credenciales y fecha de la evaluación

Además de comunicar los resultados de evaluación en formato escrito, se deben compartir los resultados con otros profesionales que trabajan con el/la alumno/a, con la fuente de derivación y con los padres y cuando sea apropiado con el/la alumno/a. Es importante que se use el lenguaje apropiado para su audiencia, de tal forma que se comprendan fácilmente y puedan presentarse verbalmente de una manera concisa y clara.

11. Conclusiones

Durante la elaboración del presente documento hemos podido comprobar que la Terapia Ocupacional es una disciplina que en nuestro país aún no se encuentra incluida oficialmente en el ámbito educativo a pesar de la existencia de demandas y necesidades que forman parte de su campo de competencia. Esta situación parece encontrar una explicación en que esta profesión se clasifica dentro de las Ciencias de la Salud y se desconoce que en la práctica no se limita a una intervención puramente clínica, también es histórica su aportación en la inserción social, la formación ocupacional o en el campo de la rehabilitación.

El objetivo de la Terapia Ocupacional en el ámbito educativo es dar respuesta a las diversas necesidades del alumno con necesidades especiales (educativas, de relación, de autonomía, recreativas o lúdicas y de accesibilidad), proporcionando los medios para adaptarse y participar activamente en su entorno maximizando sus niveles de funcionalidad e independencia.

En otros países ya existe una larga experiencia en todo tipo de instituciones escolares, así como legislación y bibliografía sobre la teoría y la

práctica en este ámbito. Estados Unidos, varios países latinoamericanos y algunos países nórdicos, son lugares donde esta práctica es habitual.

En Castilla-La Mancha y la mayor parte de la Comunidades Autónomas españolas, la intervención de Terapia Ocupacional en el ámbito educativo se reduce a algunos centros especializados en la atención educativa de niños y adolescentes con problemáticas tanto físicas como psíquicas.

El País Vasco es la Comunidad pionera en contar con la figura del terapeuta ocupacional entre el personal de apoyo para los alumnos con necesidades educativas especiales. En la actualidad hay siete terapeutas ocupacionales trabajando en los Centros de Apoyo a la Formación e Innovación Educativa del País Vasco.

En los anexos de este documento incluimos información sobre las intervenciones que se realizan en Estados Unidos, el País Vasco y Castilla-La Mancha, que junto con la bibliografía existente sobre el tema, hemos utilizado como ejemplo y guía para el planteamiento de la justificación, evaluación, objetivos y programas que pueden realizarse si se incluye la intervención de la Terapia Ocupacional en Educación en Castilla-La Mancha.

Cabe recordar que únicamente las Comunidades Autónomas del País Vasco y Castilla-La Mancha en su legislación educativa nombran de forma explícita a los terapeutas ocupacionales. En la legislación educativa estatal, a pesar de no aparecer los terapeutas ocupacionales de forma explícita, se plantean derechos y objetivos que solo se pueden conseguir plenamente mediante la intervención de un equipo interdisciplinar que cuente con la figura del terapeuta ocupacional.

Es por esta razón por la cual hemos querido elaborar este documento, porque los alumnos con necesidades educativas especiales tienen necesidades que deben ser atendidas por servicios de Terapia Ocupacional. Queremos dar a conocer la Terapia Ocupacional y su práctica en Educación para conseguir su inclusión en este ámbito, con el objetivo de ayudar a los alumnos con necesidades educativas especiales a implicarse y participar plenamente y con las mismas oportunidades que los demás alumnos en todas las actividades que forman parte de su proceso educativo y de su desarrollo como personas y como miembros de la sociedad.

BIBLIOGRAFÍA CONSULTADA

- García Olivares, Carmen (2012). Justificación de la Intervención de Terapia Ocupacional en Alumnos con Necesidades Educativas Especiales. En Aguilar Ibáñez, María-José (Coord.). *Creatividad, descubrimiento y futuro. I Congreso Nacional de Investigación en Grado INVESGRADO 2012* (pp. 682-706). Cuenca: Publicaciones UCLM.
- Terapia Ocupacional i educación. Nilda I Estrella (Departamento Terapia Ocupacional de la Universidad de Vic). Revista catalana d'educació especial i atenció a la diversitat. Vol. 7, núm.1 (primavera 2003)
- Definición de Terapia Ocupacional. Federación Mundial de Terapeutas Ocupacional. 2004.
- Terapia Ocupacional en educación especial. Rosa Hornero Sánchez. Ter Ocup, nº 24. Monográfico sobre Terapia Ocupacional en Pediatría. Diciembre 2000. Monográfico sobre Terapia Ocupacional en Pediatría.
- Terapia Ocupacional en educación. Gimeno Iñiguez H, Pérez EtxeberríaB, Cirez Garayoa I, Berrueta Maeztu LM, Barragán C. Ter Ocup, nº 6, supl 4. Jul 2009.
- Encuentro Estatal de equipos específicos y Centros de Recursos para Discapacidad Motora. Málaga, mayo 2003.
- Documento Marco de la Atención Temprana en navarra. Gobierno de Navarra, 2004.
- Allen, N. 1998.
- Mulligan,S. (2006). Terapia ocupacional en pediatría: proceso de evaluación.Traducción de Carmen Gloria de las Heras. Ed. Medica Panamerica.(Pag. 23- 81)
- Fowler SA. El Programa Intervención Temprana de Illinois: Guía Para Las Familias; 2011.
- Documento marco: La atención temprana en navarra; 2004.

- Libro Blanco de Atención Temprana; Grupo de Atención Temprana Ed. Real Patronato de Prevención y de Atención a Personas con minusvalía; 2000.
- Cirez Garayoa I, Pérez Etxeberría B, López Ayesa S. Terapia ocupacional en atención temprana. TOG (A Coruña) [Revista de internet]. 2009 [fecha de la cita]; Vol 6, supl 4: p 382-390. Disponible en: <http://revistatog.3owl.com/suple/num4/atemprana.pdf>
- Véliz R., Verónica, Y Uribe-Echevarría M., Lorena. "Aportes de la terapia ocupacional al contexto educacional inclusivo: interrelación entre el enfoque psicosocial, la teoría de integración sensorial y acciones de atención temprana" Revista Chilena de Terapia Ocupacional [Online], Volumen 0 Número 9 (24 septiembre 2009). Disponible en: <http://www.revistas.uchile.cl/index.php/RTO/article/viewFile/87/70>
- Gimeno Iñiguez H, Pérez Etxeberrís B, Cirez Garayoa I, Berrueta Maeztu LM, Barragan C. Terapia ocupacional en educación. TOG (A Coruña) [Revista de internet]. 2009 [fecha de la cita]; Vol 6, supl 4: p 353-364. Disponible en: <http://revistatog.3owl.com/suple/num4/edu1.pdf>
- López BP, Ortega C, Moldes IV. Terapia Ocupacional en la Infancia: Teoría y práctica. 1ª ed. Madrid: Panamericana; 2008.
- Mulligan S. Terapia Ocupacional En Pediatría Proceso De Evaluación. Panamericana; 2006.

ANEXOS

COFTO-CLM

Colegio Oficial de Terapeutas Ocupacionales de Castilla La Mancha
Apartado de Correos Nº 758 – 45600 – Talavera de la Reina (Toledo)
Teléfono: 692 15 10 37
terapeutasocupacionalesclm@gmail.com

A) TERAPIA OCUPACIONAL EN LA ESCUELA EN ESTADOS UNIDOS

Traducción, resumen y adaptación de Hanft, B.E. (1991). Chapter 10. Impact of Federal Policy on Pediatric Health and Education Programs. En W. Dunn. (Ed.) *Pediatric occupational therapy: facilitating effective service provision*. Thorofare, USA: Slack; Brasic Royeen, C., Coutinho, M. (1991). Chapter 13. The Special Education Administrator's Perspective. En W. Dunn. (Ed.) *Pediatric occupational therapy: facilitating effective service provision*. Thorofare, USA: Slack; Johnson, I. (1996). Chapter 25. School-Based Occupational Therapy. En J. Case-Smith, A.S. Allen, P. Nuse Pratt. (Eds). *Occupational Therapy for Children*. St. Louis: Mosby; y Case-Smith, J., Rogers, J. (2005). Chapter 22. School-Based Occupational Therapy. En J. Case-Smith, A.S. Allen, P. Nuse Pratt. (Eds). *Occupational Therapy for Children*. St. Louis: Mosby.

1. Inclusión de la Terapia Ocupacional en el ámbito educativo

La Education for All Handicapped Children Act (EHA) de 1975 y la Sección 504 de la Rehabilitation Act de 1973 cambiaron drásticamente el foco y la disponibilidad de la educación para niños con discapacidades de Estados Unidos.

Las provisiones garantizadas por la EHA incluyen:

- Educación pública, gratuita y adecuada para todos los alumnos con discapacidades.
- Educación Especial y servicios relacionados, incluyendo Terapia Ocupacional, para hacer frente a las necesidades especiales individuales de los alumnos con discapacidades.
- Elaboración de Programas Educativos Individualizados (PEI en adelante) para que todos los alumnos reciban servicios especializados.
- Derechos para los padres para identificar, evaluar y establecer procedimientos para sus hijos.

- Ubicación en el ambiente menos restrictivo.

2. Definición de la Terapia Ocupacional en la Escuela

En 1990 la EHA fue re-titulada, Individuals with Disabilities Education Act (IDEA).

La Terapia Ocupacional, según la define la IDEA, es un servicio relacionado que puede ser proporcionado a un alumno para ayudarlo a beneficiarse de la Educación Especial. La terapia proporcionada dentro del entorno escolar está diseñada para aumentar las habilidades del alumno para participar en el proceso educativo.

La IDEA incluye la definición de Terapia Ocupacional consensuada de la profesión, por la profesión:

1. Mejora, desarrollo o restauración de las funciones deterioradas o perdidas por la enfermedad, el daño y/o la privación.
2. Mejora de la habilidad para el desempeño de tareas y para el funcionamiento independiente cuando las funciones están deterioradas o perdidas.
3. Prevención de la pérdida de función.

3. Roles de la Terapia Ocupacional en la Escuela.

Como miembro del equipo educativo interdisciplinar, el terapeuta ocupacional tiene cuatro roles principales:

1. Evaluación: Incluye el screening, la evaluación y la reevaluación.

2. Planificación del Programa: el PEI contiene objetivos y metas consensuadas que representan todas las necesidades educativas de los alumnos. El plan de intervención de Terapia Ocupacional, que refleja los problemas específicos a los que las actividades de tratamiento están dirigidas, se incluye en el PEI, que contiene objetivos y metas consensuadas para todas las necesidades educativas del alumno.

3. Intervención: la intervención incluye todas las actividades desarrolladas por un terapeuta ocupacional para implementar los objetivos y metas del PEI y el plan de intervención.

4. Gestión: el rol de gestión incluye responsabilidades variadas para planificar, desarrollar, implementar y evaluar el programa de terapia ocupacional. Estas responsabilidades incluyen desarrollo de registros administrativos, formularios de presentación y procedimientos que se necesitan para administrar el programa y el futuro plan de servicios (AOTA, 1989).

4. Proceso de terapia ocupacional en la escuela

4.1 Derivación

Hay muchas maneras por las que un alumno puede ser derivado a Terapia Ocupacional. Algunos programas de Educación Especial tienen políticas que incluyen el screening de todos los alumnos por un terapeuta ocupacional. Por otro lado, un estudiante de otro programa educativo o tras un alta hospitalaria puede venir con referencias de seguimiento del terapeuta ocupacional que lo trató anteriormente. Los terapeutas ocupacionales también suelen realizar screening rutinarios en poblaciones de riesgo, screening rutinarios de salud o screening en la admisión de los programas de jardín de infancia. Un maestro, psicólogo o enfermera también pueden derivar a un alumno a Terapia Ocupacional por cuestiones de habilidades de funcionamiento en la clase. Una vez que el alumno ha sido derivado a Terapia Ocupacional, se puede realizar un screening de sus habilidades y los requerimientos educativos.

4.2 Screening

Los terapeutas ocupacionales utilizan gran variedad de métodos de screening para determinar la necesidad de intervención de Terapia Ocupacional. Considerando la edad del alumno, su historial y el contexto educativo, el terapeuta ocupacional puede hacer lo siguiente:

- Observar al alumno en el ambiente del aula.

- Observar el desempeño de tareas requeridas en la escuela.
- Hablar con los profesores y otro personal de la escuela sobre la percepción de problemas funcionales que el alumno experimenta.
- Revisar la documentación y la información en el expediente del alumno y en las notas de la derivación.
- Administrar un screening estandarizado (ej. Millar Assessment for Preschoolers, 1988).

Durante el screening la atención se centra en las áreas de desempeño relevantes en el funcionamiento en el entorno educativo: destrezas de la vida diaria necesarias para la alimentación y el manejo en el comedor, manejo en el cuarto de baño, destrezas para el vestido (recreo, gimnasio, piscina, etc), patrones posturales y movimientos requeridos para participar en las actividades escolares, destrezas de trabajo como atender en las tareas, respuestas de iniciación y seguimiento de instrucciones; y el desempeño de tareas específicas y habilidades para participar en el juego, como manipulación de materiales, seguimiento de reglas e instrucciones, e interacción con otros.

A partir de la información obtenida en el proceso de screening, el terapeuta ocupacional determina si el alumno debe ser evaluado más exhaustivamente y si se necesitan los servicios de Terapia Ocupacional y cuáles podrían ser las metas de la intervención.

4.3 Evaluación

En cualquier proceso de evaluación el terapeuta ocupacional evalúa qué hace el cliente y cómo lo hace y qué es lo que no puede hacer y por qué. Una vez que este proceso ha sido completado, el terapeuta ocupacional puede determinar los niveles y el tipo de intervención que ayudarán al cliente a mejorar y qué procedimientos de tratamiento están más indicados. La evaluación del terapeuta ocupacional en la escuela determina cómo la intervención ayudará al alumno a participar mejor en el entorno escolar.

5. Objetivos del tratamiento

Los objetivos de tratamiento son determinados a partir de la información de la evaluación, incluyendo:

1. La razón de la derivación.
2. Información de otros profesionales sobre el alumno.
3. Los resultados de los procedimientos de evaluación específicos.
4. La guía de desarrollo.
5. Expectativas del ambiente educativo y del currículum.
6. Expectativas del ambiente humano del alumno (maestros, padres y otros miembros del equipo).

6. Planificación del programa

El entorno escolar es similar a otros ámbitos en la determinación de objetivos de tratamiento considerando los siguientes puntos:

1. El nivel actual de funcionamiento del alumno, el cual se sabe por la evaluación, incluyendo la observación y la historia.
2. El nivel de desempeño esperado para el alumno, de acuerdo a su edad o secuencia de desarrollo.
3. Las expectativas del ambiente o las demandas del programa escolar o de la familia.
4. Los recursos disponibles para apoyar las habilidades del alumno en el entorno escolar y el aula.

Las áreas de intervención también son similares a las de otros entornos clínicos, la diferencia está en que el foco de las actividades es para conseguir metas que mejoren el desempeño educativo del alumno.

7. Intervención

Los terapeutas ocupacionales escolares utilizan principalmente dos enfoques de intervención: el enfoque correctivo y el enfoque compensatorio, que se explican a continuación.

8. Consideraciones de gestión

Existen muchos aspectos que considerar en la implementación de servicios de Terapia Ocupacional:

1. Determinar el modelo adecuado de distribución de servicios.
2. Equilibrar las necesidades del alumno con los recursos disponibles
3. Determinar la frecuencia del servicio:

A veces es difícil determinar la duración apropiada de la intervención de Terapia Ocupacional en un alumno. Es responsabilidad del terapeuta ocupacional tomar decisiones respecto a la terminación de los servicios de acuerdo con algunos criterios. Si la terapia ocupacional no es necesaria para que el alumno se beneficie de la Educación Especial, el alumno deja de recibir sus servicios.

4. Determinar la duración del programa, incluido el momento de interrupción adecuado.

B) TERAPIA OCUPACIONAL EN EDUCACIÓN EN EL PAÍS VASCO

La siguiente información se recoge en Barragán Larrieta, C. (2008). Capítulo 20. Ámbito Escolar. En B. Polonio López, M.C. Castellanos Ortega y I. Viana Moldes. (Eds.) *Terapia Ocupacional en la Infancia: Teoría y Práctica* (pp. 291-301). Madrid: Médica Panamericana.

Según el Artículo 50 de la Orden de 30 de julio de 1998 del Consejero de Educación, Universidades e Investigación, por la que se establecen criterios de escolarización del alumnado con necesidades educativas especiales y dotación de recursos para su correcta atención en las distintas etapas del Sistema Educativo: “El Departamento de Educación, Universidades e Investigación podrá disponer de un conjunto de profesionales especializados itinerantes para la atención del alumnado con necesidades educativas especiales: logopedas, profesorado de audición y lenguaje, fisioterapeutas, terapeutas ocupacionales, profesorado de apoyo a la integración escolar de alumnado deficiente visual y otros profesionales en función de las necesidades educativas de la zona”.

Mediante el Decreto 15/2001, de 6 de febrero, se crean los Centros de Apoyo a la Formación e Innovación Educativa (Berritzegunes). La creciente demanda de intervención del/la terapeuta ocupacional para la realización de asesoramiento y evaluación por parte de los asesores de Educación Especial del Centro de Apoyo de Álava dio lugar a que en 2002 se integrase al terapeuta ocupacional en dicho centro con ámbito de actuación en toda la provincia.

En la actualidad hay siete terapeutas ocupacionales trabajando en los Centros de Apoyo a la Formación e Innovación Educativa del País Vasco: una en Álava, tres en Guipúzcoa y tres en Vizcaya.

Barragán Larrieta nos explica que el objetivo de la Terapia Ocupacional en este ámbito es que el alumno adquiera las habilidades funcionales necesarias, para acceder a los materiales educativos y poder desenvolverse en el entorno escolar con el mayor grado de autonomía posible.

- *Las funciones del terapeuta ocupacional son:*
 - Colaborar en la evaluación psicopedagógica del alumno evaluando los componentes de ejecución (motores, sensoriales, etc), la interferencia de estos componentes en las áreas de desempeño ocupacional relacionadas con el currículum (actividades de la vida diaria, actividades escolares/habilidades académicas, ocio y juego), y el entorno y las modificaciones, adaptaciones y productos de apoyo que pueda necesitar.
 - Asesorar en las adaptaciones curriculares en los aspectos relacionados con la modificación del entorno.
 - Implementar o supervisar los programas dirigidos al desarrollo, reaprendizaje o compensación de habilidades.
 - Colaborar en la gestión de las solicitudes de recursos materiales.
 - Trabajar en equipo y coordinarse con los demás profesionales.
 - Elaborar informes y la memoria anual.
 - Participar en actividades de formación relacionadas con su actividad.

- *El protocolo de actuación es el siguiente:*
 - La detección de la necesidad de los servicios de terapia ocupacional puede ser anterior o posterior a la escolarización. En cualquiera de los casos el asesor de NEE derivará al alumno mediante una solicitud escrita acompañada por un protocolo básico de Terapia Ocupacional completado por el tutor u otro profesional. Posteriormente, en una reunión con el asesor de NEE se analiza la necesidad de hacer una valoración más específica en función de la información y las necesidades existentes.
 - Una vez que se acepta la derivación, se evalúan las características del alumno y del entorno y cómo afectan a su desempeño ocupacional en la escuela.

Las modalidades de intervención son la atención directa y el asesoramiento.

C) TERAPIA OCUPACIONAL CON ALUMNOS CON NECESIDADES EDUCATIVAS ESPECIALES EN CASTILLA-LA MANCHA

➤ Terapia Ocupacional en el Centro 1

Se trata de un CEE específico de trastornos del espectro autista. La terapeuta ocupacional que lleva a cabo el Programa de Transición a la Vida Adulta junto con el PT, el ATE, la logopeda y la psicóloga.

La terapeuta ocupacional dirige el bloque de capacitación laboral y además realiza las siguientes funciones junto con los demás profesionales.

- Evaluar, intervenir y asesorar en la interferencia de los componentes de desempeño en la realización de las ABVD.
- Adaptar y graduar las actividades a las capacidades (físicas, psicológicas, cognitivas, sensoriales) del alumno.

- Mejorar la accesibilidad del centro.
- Mejorar la accesibilidad de los materiales.
- Planificar y ejecutar programas para mantener, desarrollar, restaurar, compensar habilidades y capacidades a un nivel de competencia que permita al alumno lograr la máxima autonomía en las actividades cotidianas.
- Favorecer la adquisición de conductas precursoras del aprendizaje: mediante el afianzamiento de praxias específicas para desenvolverse en distintas ocupaciones.
- Asesorar a las familias sobre aspectos relacionados con las distintas áreas ocupacionales: entrenamiento en AVD, adaptación del hogar, juegos más adecuados las características del niño, etc.
- Trabajar en equipo y coordinarse con los demás profesionales: educadores, fisioterapeutas, logopedas, psicólogos, ATE, etc.
- Elaborar la programación y la memoria anual, así como los informes de los alumnos con los que ha intervenido junto con el resto del equipo.

➤ Terapia Ocupacional en el Centro 2

El CEE 2 es un centro específico de discapacidad motora, parálisis cerebral y síndromes afines. Las funciones que desempeña la terapeuta ocupacional son:

1. Evaluar, intervenir, asesorar en áreas relacionadas con:
 - Los componentes de ejecución necesarios para las ABVD.
 - Los componentes de ejecución necesarios para las AIVD.
 - Adaptación y graduación de las actividades a las capacidades (físicas, psicológicas, cognitivas, sensoriales) del alumno.
 - Accesibilidad de los materiales.
 - Asesoramiento y entrenamiento de los dispositivos técnicas que pueda precisar (sillas de ruedas, dispositivos para la alimentación, dispositivos para coger el lapicero, dispositivos de acceso al ordenador, etc)-

2. Planificar y ejecutar programas: para mantener, desarrollar, restaurar, compensar habilidades y capacidades a un nivel de competencia que permita al alumno lograr la máxima autonomía en las actividades cotidianas.
3. Favorecer la adquisición de conductas precursoras del aprendizaje: mediante el afianzamiento de praxias específicas para desenvolverse en distintas ocupaciones (con la ayuda del resto de los profesionales para generalizar el aprendizaje).
4. Entrenar, asesorar y supervisar en el manejo de los alumnos en sus cuidados básicos para conseguir la mayor autonomía posible en las actividades de la vida diaria (colaboran en su generalización el resto de profesionales y los padres).
5. Respecto a los programas de capacitación laboral y transición a la vida adulta, la terapeuta ocupacional realiza la evaluación y entrenamiento en programas de capacitación para poder desempeñar una ocupación en los talleres ocupacionales de la asociación, colaborando en la generalización y mejora de la destreza los PT.
6. Asesorar a las familias sobre aspectos relacionados con las distintas áreas ocupacionales (entrenamiento en AVD, adaptación del hogar, juegos más adecuados las características del niño, etc).
7. Gestionar las solicitudes de materiales adaptados y productos de apoyo: inventario, control de préstamo, reparaciones, etc.
8. Trabajar en equipo y coordinarse con los demás profesionales: educadores, fisioterapeutas, logopedas, psicólogos, ATE, etc.
9. Elaborar la programación y la memoria anual, así como los informes de los alumnos con los que ha intervenido.

INTERVENCIÓN DE TERAPIA OCUPACIONAL:

Respecto al **proceso de Terapia Ocupacional**, se siguen los pasos que normalmente se realizan en todas las intervenciones: derivación, screening, evaluación inicial, planificación de la intervención, ejecución de la intervención, reevaluaciones, evaluación final, informe de fin de la intervención.

Las **herramientas de evaluación** son de elaboración propia, teniendo en cuenta el desarrollo normal del niño en el juego, el desarrollo motor, la manipulación y las AVD. Se realiza observación directa de la realización de actividades y también se cuenta con la información de fuentes indirectas (historia, informes, etc). Se tienen en cuenta ítems de los métodos de L. Mèteyer y de Trombly y del Currículum Carolina. La terapeuta comenta que las pruebas estandarizadas para niños que utilizamos los terapeutas ocupacionales, no son de utilidad real en España, porque no están validadas, sirven de ayuda pero no son válidas. Algunas de ellas: PEDI, BAYLE, SIPT, AMPS.

Se utilizan los **marcos y modelos de referencia** teóricos: biomecánico, del neurodesarrollo, perceptivo-cognitivo, rehabilitador, humanista, cognitivo-conductual; y el Modelo de la Ocupación Humana, el Modelo Canadiense del Desempeño Ocupacional y el Modelo de Funcionamiento Ocupacional de Trombly.

En total se **atiende a 45 alumnos** que son derivados a terapia ocupacional tanto por demanda externa como interna del centro. Se realizan sesiones individuales de 30 minutos, por lo que se atiende entre 14-15 alumnos al día con un horario de 09.30 a 14.00 y de 15.00 a 18.00. La frecuencia de las sesiones es de 1 a 3 por semana y se realizan en un aula destinada al servicio de terapia ocupacional.

Cuenta con los siguientes **materiales**: material didáctico, manipulativo, cognitivo, perceptivo sensorial, colchoneta, espejo, rulos, balón Bobath, mesa con escotadura, mesa con escotadura regulable en altura y basculante, sillas de diferentes alturas con adaptaciones caseras, picas, aros, material para la habilitación funcional motora de la extremidad superior y para la realización de las ABVD (una mini-casa con 3 habitaciones: cuarto de baño completo, comedor y dormitorio).

Los servicios de terapia ocupacional se clasifican en los siguientes **programas**:

El programa de trabajo habitual es en tres niveles (sobre los componentes):

- Motor / miembros superiores
- AVD / autonomía
- Perceptivo-cognitivo

Después, dependiendo de cada caso y de los objetivos más inmediatos, se incluyen o se interviene, sólo o también en:

- Adaptaciones / dispositivos de apoyo y entrenamiento.
- Entorno y barreras.
- Asesoramiento en manejo, actividades y material y en adaptaciones / dispositivos de apoyo.

La terapeuta ocupacional también realiza **asesoramiento** a PT y ATE e intervenciones conjuntas con el **resto del equipo**, el cual se reúne semanalmente.

Con la **familia** del alumno realiza entrevistas iniciales, asesoramiento sobre el manejo en el hogar y pautas de crianza, asesoramiento en dispositivos de apoyo y adaptación del hogar, programas para casa y valoración periódica (formal e informal) de la evolución del alumno.

➤ Terapia Ocupacional en el Centro 3

Se trata de un centro específico de parálisis cerebral y patologías afines que cursan con discapacidad motora. Se realizó observación participante en este CEE los días 3, 4, 9 y 10 de marzo de 2010 con horario de 09.00 a 13.00 y la información que se obtuvo fue la siguiente:

Las funciones que desempeña la terapeuta ocupacional en este centro son:

1. Evaluar, intervenir, asesorar en áreas relacionadas con:
 - Los componentes de ejecución necesarios para las ABVD.
 - Los componentes de ejecución necesarios para la AIVD.
 - Adaptación y graduación de las actividades a las capacidades del alumno.
 - Accesibilidad de los materiales.
 - Asesoramiento y entrenamiento de los dispositivos y dispositivos de apoyo que pueda precisar (sillas de ruedas, dispositivos para la alimentación, dispositivos para coger el lapicero, dispositivos de acceso al ordenador, etc).

2. Planificar y ejecutar programas: para mantener, desarrollar, restaurar, compensar habilidades y capacidades a un nivel de competencia que permita al alumno lograr la máxima autonomía en las actividades cotidianas.
3. Favorecer la adquisición de conductas precursoras del aprendizaje: mediante el afianzamiento de praxias específicas para desenvolverse en distintas ocupaciones.
4. Entrenar, asesorar y supervisar en el manejo de los alumnos en sus cuidados básicos para conseguir la mayor autonomía posible en las actividades de la vida diaria.
5. Asesorar a las familias sobre aspectos relacionados con las distintas áreas ocupacionales (entrenamiento en AVD, adaptación del hogar, juegos más adecuados las características del niño, etc).
7. Prescribir y diseñar materiales adaptados y dispositivos de apoyo y entrenar en su manejo.
8. Trabajar en equipo y coordinarse con los demás profesionales: PT's, fisioterapeutas, logopeda, psicóloga, ATE, etc.
9. Participar en la elaboración de la programación y la memoria anual, en el diseño y reevaluaciones del Plan Educativo Individualizado de cada alumno, así como realizar los informes de evolución de los alumnos con los que ha intervenido.

INTERVENCIÓN DE TERAPIA OCUPACIONAL:

El **objetivo** de la terapia ocupacional en el centro es más **rehabilitador** que educativo, los PT se centran en las habilidades académicas y la terapeuta ocupacional en otras áreas como son las ABVD, las AIVD, las actividades de ocio, etc.

La terapeuta ocupacional utiliza como **herramienta de evaluación la observación** de los componentes de ejecución y del desempeño de actividades.

Los principales **Marcos y Modelos de Referencia Teóricos** que utiliza son el Marco del Neurodesarrollo, sobre todo los Métodos de Bobath y L. Mèteyer, el Marco.

Biomecánico, El Marco Rehabilitador, El Marco Perceptivo-Cognitivo y el Modelo para la Práctica de la Terapia Ocupacional de la AOTA.

Los **34 alumnos** del Centro asisten a Terapia Ocupacional, por lo que atiende a unos 11 alumnos al día, con una frecuencia de 1-2 sesiones por semana. Las **sesiones** duran 30 minutos y se realizan generalmente de forma individual y a veces por parejas, y el lugar es la sala de terapia ocupacional y la sala multisensorial.

Cuenta con los siguientes **materiales**: material didáctico, manipulativo, cognitivo, perceptivo sensorial, colchonetas, espejo, rulos y cuñas, pelotas, dianas, balones Bobath, mesa con escotadura, bipedestador, sillas de diferentes alturas, materiales y objetos para la realización de las AVD, ayudas técnicas para la alimentación y para el acceso al ordenador.

El **equipo interdisciplinar** se reúne todos los días de 13.00 a 14.00, en cada una de estas reuniones se habla de un alumno del centro: cambios observados, evolución, nuevas necesidades, etc o se planifica el asesoramiento a otros centros.

Con la **familia** del alumno realiza entrevistas iniciales, asesoramiento sobre el manejo en el hogar y pautas de crianza, asesoramiento en productos de apoyo y adaptación del hogar, programas para casa y valoración periódica (formal e informal) de la evolución del alumno.

Se realizan **técnicas y actividades** muy variadas dependiendo del nivel funcional, de las necesidades y de los intereses del alumno: estimulación sensorial con masajes, sonidos, música, texturas, olores, presentación de distintos objetos, etc; técnicas de Bobath; mejora de la motricidad fina y gruesa, de la coordinación manual y óculo-manual; psicomotricidad, mejora de las capacidades perceptivo-cognitivas; entrenamiento en AVD; entrenamiento en el uso de ayudas técnicas y materiales adaptados; manejo del ordenador: accesibilidad al ordenador, programas de juegos, utilización del correo electrónico, manejo de redes sociales, etc; fomentación del juego y de las actividades significativas; realización de actividades terapéuticas como costura, cestería, collage...