

Informe Técnico

Terapia Ocupacional en Atención Temprana en España

**INFORME TÉCNICO
TERAPIA OCUPACIONAL EN ATENCIÓN TEMPRANA
EN ESPAÑA**

ELABORA Y EDITA:

La Comisión de Terapia Ocupacional en Atención Temprana constituida en el seno de las reuniones de las Organizaciones de Terapia Ocupacional Españolas Firmantes del Convenio (OTOEFC).

Dicha comisión se ha formado por las siguientes Asociaciones y Colegios Profesionales de Terapia Ocupacional:

- Asociación Profesional Andaluza de Terapeutas Ocupacionales (APATO)
- Colegio Profesional De Terapeutas Ocupacionales de Extremadura (COPTOEX)
- Colegio Oficial de Terapeutas Ocupacionales de Castilla-La Mancha (COFTO-CLM)
- Colegio Oficial de Terapeutas Ocupacionales de la Comunitat Valenciana (COTOCV)
- Asociación Profesional de Terapeutas Ocupacionales de la Comunidad Autónoma de Madrid (APTOCAM)
- Colegio Oficial de Terapeutas Ocupacionales de Castilla y León (COPTOCYL)
- Asociación Profesional Gallega de Terapeutas Ocupacionales (APGTO)

Mayo, 2018

COLABORACIÓN DE LAS ORGANIZACIONES DE TERAPIA OCUPACIONAL ESPAÑOLAS FIRMANTES DEL CONVENIO (OTOEFC)



COLEGIO OFICIAL
DE TERAPEUTAS OCUPACIONALES
DE LA COMUNITAT VALENCIANA



Colegio Profesional
De Terapeutas Ocupacionales
Región de Murcia



COTOGA

COLEGIO OFICIAL
DE TERAPEUTAS OCUPACIONALES
DE GALICIA

COLEGIO PROFESIONAL DE TERAPEUTAS OCUPACIONALES
DEL PAIS VASCO



EUSKADIKO TERAPEUTA OKUPAZIOALEN LANBIDE
ELKARGOA



APATO

Asociación Profesional Andaluza
de Terapeutas Ocupacionales



COPTOCAM

COLEGIO PROFESIONAL DE
TERAPEUTAS OCUPACIONALES
DE LA COMUNIDAD DE MADRID



Colegio Profesional de Terapeutas
Ocupacionales de la Rioja



Colegio Profesional de Terapeutas Ocupacionales de Castilla y León

Colegio Profesional de Terapeutas Ocupacionales



Principado de Asturias



Colegio Profesional de
Terapeutas Ocupacionales
de Extremadura



APTOCA

Asociación Profesional de
Terapeutas Ocupacionales de
Canarias



COFTO-CLM

Colegio Oficial
de Terapeutas
Ocupacionales
de Castilla-La Mancha



TERAPIA OCUPACIONAL

Asociación Profesional Cántabra de
Terapeutas Ocupacionales

GRUPO DE TRABAJO

La Comisión OTOEFC fue formada el 2 de Marzo del 2016 por representantes de las organizaciones implicadas.

Grupo de Trabajo: Fase Piloto. Del 2 de marzo al 1 de octubre del 2016

MARÍA ÁNGELES DOMINGO SANZ, MARTA MATEO ANARTE (APATO)

MARÍA DEL MAR PATIÑO VERA, MARÍA MORÁN PENADÉS (COTOCV)

ALBA MARÍA VÁZQUEZ OTERO (APGTO)

ANA FERNÁNDEZ PERO (COPTOEX)

NATALIA LATORRE SARABIA (COFTO-CLM)

Grupo de Trabajo: Fase Revisión. Desde el 8 de noviembre del 2016 al 15 de abril 2018

MARÍA ÁNGELES DOMINGO SANZ, MARTA MATEO ANARTE (APATO)

MARÍA MORÁN PENADÉS, SONIA SORIANO, ALICIA LÓPEZ, MARÍA DOLORES DIAGO (COTOCV)

MARÍA LUISA MONROY, TERESA FERNÁNDEZ, ELVIRA HERNANDO (COPTOCYL)

CARLOTA COSTAS FRANCO, JENNIFER VELÁSQUES, MARTA MARTÍN MELERO (APTOCAM)

SABELA GÓMEZ VILLAR (APGTO)

Coordinación:

María Ángeles Domingo Sanz. Presidenta de APATO (ASOCIACIÓN PROFESIONAL ANDALUZA DE TERAPEUTAS OCUPACIONALES)

info@terapeutasocupacionales.org

Mayo, 2018

Agradecimientos:

El grupo de trabajo, agradece la colaboración a todos los Centros de Atención Temprana implicados en el estudio realizado en el presente informe técnico, así como su apoyo e implicación por la contratación de terapeutas ocupacionales en los mismos.

Así mismo se agradece la colaboración de los Colegios Profesionales de Terapia Ocupacional de las Comunidades Autónomas de Cataluña (COTOC), Baleares (COTOIB), Aragón (COPTOA) y Navarra (COTONA-NALTE), por la aportación de la información requerida.

Nota de redacción:

A lo largo de todo el documento se utilizarán los genéricos “niño” o “padres” con objeto de hacer más fácil la lectura. No obstante, es importante hacer constar que no se pretende utilizar un lenguaje sexista por lo que estos términos harán referencia a los niños y las niñas y los padres y las madres.

Queda prohibida sin la autorización escrita de los titulares del copyright la reproducción total o parcial de esta obra por cualquier medio o procedimiento.

INDICE DE CONTENIDOS

PRESENTACIÓN.....	10
1. INTRODUCCIÓN.....	12
2. ATENCIÓN TEMPRANA.....	14
2.1 El concepto de Atención Temprana.....	15
2.2 Perfil de la población infantil susceptible de intervención de Atención Temprana.....	16
3. TERAPIA OCUPACIONAL EN LA INFANCIA	18
3.1 Fundamentos teóricos de la intervención en Terapia Ocupacional.....	19
3.1.1 Integración Sensorial.....	23
3.2 Proceso de trabajo en Terapia Ocupacional.....	25
3.3 Funciones y competencias del terapeuta ocupacional.....	29
3.3.1 Funciones del Terapeuta Ocupacional en la intervención en Atención Temprana.....	29
3.3.2 Funciones del Terapeuta Ocupacional como miembro del equipo de Atención Temprana.....	30
3.4 Justificación de la inclusión de la Terapia Ocupacional en Atención Temprana	31
4. LA SITUACIÓN ACTUAL EN ESPAÑA DEL TERAPEUTA OCUPACIONAL EN EL ÁMBITO DE ATENCIÓN TEMPRANA.....	33
4.1 Regulación legal del Terapeuta Ocupacional.....	33
4.1.1 Fundamentos derivados de la legislación sanitaria estatal.....	33
4.1.2 Otros fundamentos legales y éticos	35
4.2 Distribución de la figura del terapeuta ocupacional en los equipos de Atención Temprana del territorio español	37
4.2.1 Objetivos.....	37
4.2.2 Método	37

4.2.3 Resultados	40
4.2.4 Conclusiones y discusión	42
5. CONCLUSIONES.....	44
6. LÍNEAS DE ACCIÓN ESTRATÉGICAS	46
6.1 Información a los profesionales, padres y población en general.....	46
6.2 Recursos	46
6.3 Investigación	47
6.4 Igualdad y equidad.....	48
6.5 Familias	48
6.6 Prevención y promoción.....	49
REFERENCIAS	50
ANEXO 1. La legislación Autonómica Española en materia de Atención Temprana	56
ANEXO 2. Distribución de los centros de Atención Temprana consultados por provincias españolas	62
ANEXO 3. Distribución de la figura del terapeuta ocupacional en los centros consultados de Atención Temprana por provincias españolas	68
ANEXO 4. Modalidad de contratación de la figura del terapeuta ocupacional en los centros consultados de Atención Temprana por provincias	74

PRESENTACIÓN

Entre la población infantil existen niños que, a causa de una alteración en su desarrollo, requieren de la intervención de un equipo de profesionales que aseguren su óptimo desarrollo biopsicosocial; esta actuación se denomina Atención Temprana (AT). El terapeuta ocupacional aporta a esta intervención inter o transdisciplinar, el análisis de la funcionalidad del niño, la detección de los posibles factores de salud en el funcionamiento ocupacional que pueden dificultar la realización de las actividades de la vida diaria y su tratamiento.

La motivación para la elaboración del presente Informe Técnico sobre la Terapia Ocupacional en Atención Temprana surge en el seno de las reuniones formadas por las Organizaciones de Terapia Ocupacional Españolas Firmantes del Convenio (OTOEFC). Esta iniciativa parte del hecho de que la figura del terapeuta ocupacional no está reconocida como profesional obligatorio en los equipos de personal básico de AT por la legislación vigente del estado español. Sin embargo, aunque no consta legalmente, es un profesional reconocido y habilitado para tal fin y la CIF-IA (2011) recomienda su presencia.

En contraposición a este hecho, sólo una parte de los centros españoles de Atención Temprana tienen incorporada y reconocida, opcionalmente, la figura del terapeuta ocupacional en sus servicios de atención a los menores y sus familias, ya que se ha evidenciado la adecuación del perfil de este profesional como respuesta a las necesidades del servicio. Todo esto crea desigualdades para los niños y sus familias en la atención de sus necesidades.

A lo largo de este informe, se documenta y justifica la presencia del terapeuta ocupacional como miembro de dicho equipo con funciones profesionales propias que solamente este profesional puede realizar y que son imprescindibles para la recuperación y la funcionalidad de los niños atendidos en los centros de AT.

Con el objetivo de analizar detalladamente esta situación, OTOEFC crea la “Comisión de la Terapia Ocupacional en la Atención Temprana”, autora de este documento. El fin de este informe es definir y analizar la presencia de la Terapia Ocupacional en la Atención Temprana, su impacto en la calidad de los servicios

recibidos por los niños y sus familias, y la justificación de la necesidad de un cambio legal y asistencial en este ámbito.

En base a ello, se insta por una mejora en la situación, con el objetivo de brindar a todas las familias atendidas en este recurso, la oportunidad de recibir un tratamiento integral con el terapeuta ocupacional dentro del equipo.

A continuación, se detallan los siguientes objetivos que se consideran en este informe:

- Fundamentar la intervención teórico-práctica del terapeuta ocupacional en la Atención Temprana, así como su rol y competencias profesionales.
- Valorar la normativa estatal y autonómica que enmarca a los centros de Atención Temprana, con el fin de justificar la inclusión del terapeuta ocupacional en las normativas legales en las que está ausente, y verificar/aportar los requisitos y condiciones que hacen falta para su inclusión.
- Conocer las condiciones laborales de los terapeutas ocupacionales incorporados en los centros de Atención Temprana en la actualidad, por medio de un estudio llevado a cabo por los autores del documento.
- Generar un cambio político que se manifieste en las leyes del estado español, con el fin de incluir la figura del terapeuta ocupacional como parte del equipo básico de los centros de Atención Temprana, de manera obligatoria y según las particularidades de cada Comunidad Autónoma.
- Aportar y definir las líneas de acción estratégicas para la mejora de la situación actual en la intervención y atención del menor teniendo como base la inclusión del terapeuta ocupacional en el equipo básico de AT.

1. INTRODUCCIÓN

El desarrollo infantil es un proceso dinámico y complejo, que se sustenta en la evolución biológica, psicológica y social. Los primeros años de vida constituyen una etapa de la existencia especialmente crítica ya que en ella se van a configurar las habilidades perceptivas, motrices (control postural, autonomía del desplazamiento), cognitivas, lingüísticas y sociales que posibilitarán una equilibrada interacción con el mundo circundante. Esta evolución está estrechamente ligada al proceso de maduración del sistema nervioso, ya iniciado en la vida intrauterina, y a la organización emocional y cognitiva. Requiere una estructura genética adecuada y la satisfacción de los requerimientos básicos para el ser humano a nivel biológico y a nivel psicoafectivo.

Cuando un niño no ha adquirido dentro de un tiempo estimado los hitos del desarrollo, hay motivos para sospechar de un trastorno en el desarrollo. Esto puede derivar en una situación de discapacidad transitoria o permanente.

Según la Encuesta de Discapacidad, Autonomía Personal y Situaciones de Dependencia (EDAD) (2008) que realizó el INE en España, existen 60.400 niños y niñas con limitaciones, en edades comprendidas entre 0 y 5 años, de los que 36.400 son niños y 24.000 niñas; y 78.300 niños y niñas con algún tipo de discapacidad, entre 6 y 15 años. Esto supone que una parte considerable de la población española infantil puede tener importantes limitaciones en sus actividades y restricciones en la participación familiar y social-comunitaria.

La terapia ocupacional (TO) es definida por la Organización Mundial de la Salud (OMS, 2001a) como *“el conjunto de técnicas, métodos y actuaciones que, a través de actividades aplicadas con fines terapéuticos, previene y mantiene la salud, favorece la restauración de la función, suple los déficits invalidantes y valora los supuestos comportamentales y su significación profunda para conseguir la mayor independencia y reinserción posible del individuo en todos sus aspectos: laboral, mental, físico y social”*.

Por lo tanto, como se extrae de la definición de terapia ocupacional de la OMS, el terapeuta ocupacional es un profesional capacitado para intervenir en cualquier etapa del ciclo vital, incluidas etapas tempranas del desarrollo, promoviendo la

autonomía desde un enfoque holístico; esto es, abordando las distintas áreas de la persona. Lo que lo convierte en una figura profesional de suma importancia en el abordaje de los niños en situación de dependencia anteriormente mencionados.

2. ATENCIÓN TEMPRANA

El desarrollo completo del cerebro requiere de la coordinación de una serie compleja de procesos en las etapas prenatal tardía y postnatal (Martínez Morgia & Martínez, 2016). Concretamente, el primer año de vida es la etapa donde más conexiones nerviosas se producen; siendo esta situación de maduración un condicionante para una mayor vulnerabilidad frente a las condiciones adversas y agresiones del medio (Grupo de Atención Temprana, 2000).

La mejora de los cuidados obstétricos y perinatales han hecho posible, en las tres últimas décadas, una disminución en la mortalidad infantil en el primer año de vida. Por otro lado, la cifra de niños que nacen prematuros está aumentando; la OMS estima que cada año nacen aproximadamente 15 millones de niños antes de que cumplan las 37 semanas de gestación (OMS, 2001a).

Se ha publicado una serie de directrices con recomendaciones para mejorar los resultados obstétricos en casos de prematuridad. Se trata de un conjunto de intervenciones clave que pueden mejorar las posibilidades de supervivencia y los resultados sanitarios en los neonatos prematuros (OMS, 2001a). Este tipo de métodos y el resto de los estímulos que ofrece el mundo exterior podrían afectar a un cerebro todavía inmaduro.

Las lesiones tempranas de las estructuras nerviosas o la privación de la estimulación sensorial procedente del ambiente pueden afectar la maduración neuropsicológica, por lo que aprovechar la plasticidad neuronal en estadios precoces es decisivo para optimizar el desarrollo armónico posterior (esta capacidad de recuperación y reorganización orgánica y funcional decrece de forma muy importante en los años posteriores) (Grupo de Atención Temprana, 2000). El aprovechamiento de la plasticidad neuronal se logra gracias a ambientes enriquecidos con estímulos debidamente programados (Cabrera & Sánchez Palacios, 2008). Algunas explicaciones acerca del desarrollo cerebral como el de la psicología positiva (Park, Peterson, & Sun, 2013) dan luz a la existencia y permanencia de la AT.

La Atención Temprana produce importantes efectos a corto plazo en los niños de riesgo y en los que nacen con discapacidad previene o minimiza retrasos en el

desarrollo. Así, la eficacia de los programas de AT se basa, por una parte, en la rapidez del comienzo de la intervención, y por otra, en la consecución de un diagnóstico precoz de los problemas o patologías que van a derivar en patología de neurodesarrollo posterior, y cuya presencia define las poblaciones de riesgo susceptible de aplicación de programas de AT (García-Navarro et al., 2000). La aplicación de los programas de trabajo cumplen dos condiciones: es sistemática, en cuanto a la adecuación del programa a la edad de desarrollo del niño y a las expectativas reales que determinemos para cada niño en particular, y es secuencial, puesto que cada etapa superada es punto de apoyo necesario para iniciar la siguiente (Cabrera & Sánchez Palacios, 2008).

2.1 El concepto de Atención Temprana

Se entiende por AT el conjunto de intervenciones, dirigidas a la población infantil de 0-6 años, a la familia y al entorno, que tiene por objetivo dar respuesta lo más pronto posible a las necesidades transitorias o permanentes que presentan los niños con trastorno en su desarrollo o que tienen riesgo de padecerlos. Estas intervenciones, que deben considerar la globalidad del niño, han de ser planificadas por un equipo de profesionales de orientación interdisciplinar o transdisciplinar (Grupo de Atención Temprana, 2000).

La asistencia a AT está incluida en parte de los programas protocolizados de neonatología dirigidos a todos los niños nacidos antes de la semana 37 y con mayor énfasis los niños con un peso menor a 1500 gr (Rellán Rodríguez, García de Ribera, & Aragón García, 2008). Es sabido a su vez, que los niños con trastornos en su desarrollo se benefician de un abordaje biopsicosocial, en el que se atiende de forma global todas las áreas de su desarrollo.

Así, sólo un equipo inter o transdisciplinar (en adelante equipo) puede proporcionar una AT de calidad. Dichos equipos han de estar conformados por un conjunto de profesionales mínimo en el que debería incluirse el terapeuta ocupacional, entre otros. En este abordaje, se considera de suma importancia la necesidad de incluir a la familia en los procesos de planificación e implementación del programa de intervención, así como los ambientes naturales del niño, como el

hogar o el domicilio y aquellos que tienen en cuenta la coordinación con el colegio y/o ponen en práctica programas educativos (Kingsley & Mailloux, 2013).

2.2 Perfil de la población infantil susceptible de intervención de Atención Temprana

Tras la revisión de diversas clasificaciones los cuadros clínicos atendidos con más frecuencia por los equipos de AT se agrupan en las categorías expuestas en la Tabla 1.

Tabla 1. Cuadros clínicos atendidos en Atención Temprana

Niños con factores de riesgo:

- **Biológico**
- **Socio-ambiental**

Niños con alteraciones psicológicas y del desarrollo:

- **Retraso psicomotor y evolutivo**
- **Discapacidad intelectual**
- **Trastorno del espectro autista (TEA)**
- **Trastorno por déficit de atención con/sin hiperactividad (TDA/H)**
- **Disfunción de los sistemas visual y/o auditivo**
- **Trastornos del procesamiento sensorial**
- **Dificultades de aprendizaje**
- **Trastornos de la regulación y del comportamiento**
- **Trastornos emocionales**
- **Trastornos del desarrollo de la comunicación y del lenguaje**
- **Trastornos de la interacción familia-niño**

Alteraciones neurológicas:

- **Hidrocefalia**
- **Parálisis cerebral infantil (PCI)**
- **Espina bífida**
- **Traumatismo craneoencefálico (TCE)**
- **Accidente cerebro-vascular (ACV)**
- **Tumores cerebrales**
- **Lesión medular infantil**
- **Neuropatía periférica**
- **Epilepsia**

Trastornos motores de origen neuromuscular:

- **Hipotonía benigna congénita**

- **Miopatía**
- **Distrofias musculares**
- **Atrofias musculares espinales (como: enfermedad de Werdnig-Hofmann)**

Trastorno de origen osteoarticular:

- **Artrogriposis múltiple congénita**
- **Acondroplasia**
- **Osteogénesis imperfecta**
- **Agenesias y amputaciones**
- **Clinodactilias y sindactilias**
- **Fracturas o politraumatismos**
- **Procesos reumatológicos (como: artritis crónica juvenil)**
- **Enfermedad de Legg-Calvé-Perthes**

Síndromes y enfermedades genéticas:

- **Síndrome de Rett**
- **Síndrome de Down**
- **Síndrome de X-frágil**
- **Síndrome de West**
- **Síndrome de Marfan**

Síndromes autoinmunitarios:

- **Síndrome de Tourette**
- **Síndrome de Guillain Barré**

Procesos neoplásicos:

- **Leucemia**
- **Meduloblastoma**
- **Neuroblastoma**

Otros:

- **Enfermedades respiratorias y cardíacas (fibrosis quística, trasplantes, etc.)**
- **Quemaduras**
- **Trastornos hematológicos (hemofilia)**
- **Metabolopatías y cromosomopatías**
- **Trastornos por sustancias tóxicas como: Síndrome alcohólico fetal**

Fuente: Adaptado de American Psychiatric Association (2013); Belda Oriola (2006); Grupo de Atención Temprana (2000); Polonio López, Castellanos Ortega, & Viana Moldes (2008)

3. TERAPIA OCUPACIONAL EN LA INFANCIA

La TO considera al niño un ser activo por naturaleza que ocupa su tiempo con actividades propias de su edad y madurez como son: el juego, el ocio, la educación, actividades de la vida diaria, incluidas en su contexto y grupo social. Estas son las llamadas actividades con intención o con propósito, ya que están encaminadas a responder las necesidades y deseos de los individuos (Domingo Sanz, 2015).

A su vez, la TO reconoce que la ocupación desempeña un papel central en la vida humana, puesto que por medio de ella la persona desarrolla sus capacidades y destrezas, y es un determinante de la salud. Asimismo, la OMS (2001) ha reconocido que la salud puede estar afectada por la inhabilidad para llevar a cabo actividades y participar en situaciones de la vida.

Todas las ocupaciones ocurren en un ambiente complejo a través de su contexto físico, sociocultural y psicobiológico; y éstas pueden verse comprometidas por factores biológicos, psicológicos o ambientales. El terapeuta ocupacional llama a esta condición disfunción ocupacional y es, entonces, cuando el niño es susceptible de tratamiento de TO.

Los terapeutas ocupacionales utilizan la ocupación con significado como herramienta terapéutica para modificar el estado de salud de la persona (Domingo Sanz, 2015; Polonio López et al., 2008), ya sea como medio (para conseguir un objetivo terapéutico) o como fin (actividad como objetivo en sí misma) (Figura 1).

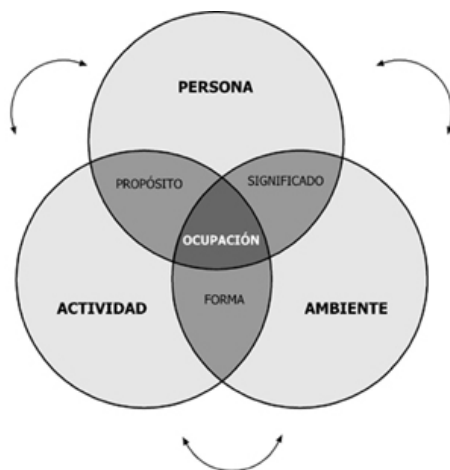


Figura 1. Esquema de la ocupación
Fuente: Carrasco M. & Olivares A., (2008)

Concretamente, el juego será la herramienta de trabajo con los niños, ya que es la principal ocupación en la infancia (León Collado & Bouzón Seoane, 2013). El hecho de que la ocupación sea significativa sirve de estímulo y motivación para el niño, haciéndolo sentir capaz y realizado.

3.1 Fundamentos teóricos de la intervención en Terapia Ocupacional

El cuerpo del conocimiento de la TO está formado por un conjunto de teorías escogidas de distintas áreas del saber (ciencias biológicas, sociales y humanidades), así como aquellas confeccionadas a partir de la práctica de la TO.

Las teorías agrupadas entre sí establecen lo que conocemos como Marco de Referencia Teórico. Cada marco de referencia guía y orienta la actuación del terapeuta ocupacional, permitiendo que la actividad profesional sea adecuada, eficaz y acorde con las necesidades del usuario, en este caso el niño y su familia.

Los marcos de referencia teóricos que se aplican en el ámbito de la TO se clasifican según Moruno (2007) y Romero & Moruno (2003) en: Marcos de referencia fisiológicos, aplicados *a la discapacidad física* y Marcos de referencia psicológicos, aplicados *a la discapacidad psicosocial*, cada uno de los cuales da lugar a distintos marcos de referencia aplicados a problemas concretos y a un tipo particular de tratamiento.

Una de las autoras más relevantes de la TO, Mary Reilly, publicó “La teoría del comportamiento ocupacional” (1966, citado en Reilly, 1974) demostrando que la ocupación era un referente de salud. Esta autora determinó que el compromiso de los individuos con la ocupación era una necesidad inherente de éstos para manejarse o desempeñarse en el ambiente y cómo el desarrollo continuo del juego y trabajo contribuye a la habilidad de llegar a ser competente y exitoso en los roles ocupacionales (1969 citado en Reilly, 1974). Más tarde, la aparición de “La Ciencia de la Ocupación” como disciplina académica y científica, define a la persona como “ser ocupacional” (Navarrete Salas, 2010) y lleva a cabo un análisis del comportamiento humano, con el objeto de desarrollar una base sistemática que describe y entiende la participación en ocupaciones (Polonio López et al., 2008). De esta manera, se enfatiza el rol crítico que juegan las ocupaciones al afectar la salud y el bienestar de las personas.

Los marcos de referencia teóricos en terapia ocupacional más utilizados en la población infantil con discapacidad física se detallan en la Tabla 3, y en la Tabla 3 en la población infantil con discapacidad psicosocial.

Tabla 2. Marcos de Referencia Teóricos aplicados en la población infantil con discapacidad física en Terapia Ocupacional

Marcos de Referencia Teóricos	Bases de intervención	Autores
Neurodesarrollo	Inhibe o excita los mecanismos neurales. Se basa en la facilitación de patrones motores funcionales	<i>Bobath, Kabat, Rood, Brunnstrom, Perfetti</i>
Integración sensorial	Organiza las sensaciones corporales de los sistemas sensoriales a nivel del SN y nos permite responder exitosamente a las demandas ambientales	<i>Ayres, Mulligan, Parham, Mailloux, Miller, Dunn</i>
Biomecánico	Reduce las deficiencias a través del tratamiento directo de causa-efecto (ejercicio y actividad)	<i>Trombly, Pedretti</i>
Rehabilitador	Compensa la discapacidad aprendiendo a vivir con las propias capacidades (adaptación ambiental) para conseguir la independencia	<i>Spackman, Trombly, Pedretti</i>
Teoría sobre el Control Motor y aprendizaje motor	Busca soluciones motoras que emerjan de la interacción entre la persona, la tarea y el medio ambiente	<i>Fitts y Posner, Schmidt, Bernstein, Thelen</i>
Teoría Dinámica de Sistemas	Las funciones de control y coordinación motoras se distribuyen entre muchos elementos del sistema, y no tanto por un único nivel jerárquico del Sistema Nervioso Central	<i>Bernstein, Thelen</i>
Modelo motor orientado a la tarea	El SNC se organiza jerárquicamente después del daño en el Sistema Nervioso Central	<i>Horak</i>

Fuente: Adaptado de Domingo Sanz (2015)

Tabla 3. Marcos de Referencia Teóricos Primarios aplicados a la población infantil con discapacidad psicosocial utilizados en Terapia Ocupacional

Marcos de Referencia Teóricos Primarios	Bases de intervención	Autores
Conductual	Proporciona a la persona oportunidades de aprendizaje de los comportamientos o conductas adecuadas y específicas necesarias para estar adaptado al medio	<i>Watson, Giles y Clark-Wilson, Kazdin, Bandura</i>
Cognitivo	Reemplaza los pensamientos negativos e irracionales por pensamientos realistas y positivos	<i>Beck, Rush, Shaw, Emery, Ellis, Meichenbaum y Dobson</i>
Marco Psiconalítico o Psicodinámico	Se centra en el estudio inconsciente de la persona	<i>Freud, Adler, Jung, Melanie Klein, Winnicott, Erikson, Bowlby y Lacan</i>
Marco Humanista	Se centra en la persona, sus intereses y necesidades	<i>Maslow, Rogers</i>

Fuente: Adaptado de Domingo Sanz (2015)

Los Modelos de práctica de la TO (Tabla 5 y Tabla 5) tienen como función principal estructurar el conocimiento científico para aplicarlo en situaciones cotidianas, favorecen la estructura del razonamiento clínico y desarrollo de técnicas de intervención, así como el desarrollo de herramientas de evaluación. En definitiva, permiten establecer puentes entre “lo teórico y lo práctico”.

Tabla 4. Marcos de Práctica de la Terapia Ocupacional en la población infantil

Modelo de Práctica	Intervención	Autores
Modelo de Persona-Entorno-Ocupación	Aborda las limitaciones del desempeño teniendo en cuenta la persona, el entorno y la ocupación	<i>Law, Cooper, Strong, Stewart, Rigby, Letts</i>
Modelo de Ocupación Humana	Proporciona la exploración, competencia y logro continuo de los componentes de la persona: volición, habituación, capacidad de desempeño y su interacción con el ambiente con el fin de promover la adaptación ocupacional	<i>Gary Kielhofner</i>

Modelo Canadiense	Posibilita que la persona realice efectivamente, en su medio, las áreas de autocuidado, ocio y productividad con la colaboración y cooperación de la propia persona y de su familia y facilita la adecuación de los componentes de actuación y el medio ambiente	<i>Elizabeth Townsend, Sue Stanton, Mary Law, Helene Polajatto, Sue Baptiste, Tracey Thompson-Franson, Christine Kramer, Fern Swedlove, Sharon Brintnell y Loredana Campanille</i>
Modelo de Playfulness	Evaluación de la Juguetonería o Test de Playfulness. Sostiene que la conducta del juego puede estar determinada por la presencia de tres aspectos principales: la motivación intrínseca, el control interno y la libertad para abstraerse de la realidad	<i>Bundy, Kooij, Vrijhof, Morrison, Bundy y Fisher, Neumann</i>

Fuente: Adaptado de Domingo Sanz (2015)

Tabla 5. Otros Modelos y Teorías actualmente utilizados en Terapia Ocupacional en los servicios de Atención Temprana

Modelos y Teorías en AT	Intervención	Autores
Práctica Centrada en la Familia	Tiene como objetivo principal capacitar a la familia atendiendo a sus singularidades, partiendo de sus fortalezas y confiando en sus elecciones. Propone que la familia tome parte en el desarrollo del niño y su aprendizaje, partiendo de aquello que les preocupa	<i>Bailey, McWilliams, Dunst, Turnbull, Trivette, Snyder, Turbiville, Darkes, Hebbeler, Simeonsson, Spiker</i>
Cuidados Centrados en el Desarrollo (CCD)	Aplicados a recién nacidos, son abordajes para reducir el estrés y sufrimiento del bebé ingresado en la unidad neonatal, mejorando su desarrollo neurológico y, por ende, emocional y facilitando una participación activa de la familia como cuidadora	<i>Browne JV., Pallás Alonso CR</i>
Modelo Ecológico del Desempeño Humano (EHP)	Influye en el comportamiento humano y en el desempeño de las tareas. La intervención terapéutica desde una perspectiva de la ecología del desempeño humano se da como colaboración entre la	<i>Dunn, Brown, Youngstrom, Kramer, Hinojosa, Royeen</i>

	persona, la familia y el practicante de TO	
Modelo DIRFloortime	La metodología principal del Modelo DIR se denomina Floortime. Se trata de una técnica sistemática que, a través del juego espontáneo y mediante el planeamiento de desafíos adecuados, estimula el desarrollo las Capacidades Emocionales Funcionales. Destaca por el apoyo que ofrece a las familias para que sean ellas quienes establezcan interacciones lúdicas favorecedoras del desarrollo (regulación, vinculación, comunicación de emociones e ideas, etc.) (Greenspan & Wieder, 2012)	<i>Greenspan, Wiener, Shanker, Bayley, Hollander</i>

Fuente: Elaboración propia

Kingsley & Mailloux (2013) en una revisión de la literatura para describir la eficacia de los mejores modelos y métodos utilizados por los terapeutas ocupacionales para mejorar el rendimiento en su trabajo con niños y familias que reciben servicios de AT, concluyen que la literatura se ha dirigido en torno a enfoques basados en la rutina y centrados en la familia y el entorno, las intervenciones en ambientes naturales, en el hogar y la comunidad y la participación de los padres, en la que se incluía el entrenamiento y la relación con su hijo.

A continuación, se expone más detalladamente uno de los enfoques de la terapia ocupacional usados más recientemente en nuestro país.

3.1.1 Integración Sensorial

La Teoría de la Integración Sensorial creado (Ayres, 1969; Watling, Koenig, Schaaf, & Davies, 2011) han despertado en los últimos años un apreciable interés no sólo entre el gremio de terapeutas ocupacionales sino también, en general, entre el colectivo de profesionales dedicados a la educación y atención de los niños. Este enfoque es aplicado con resultados significativamente positivos desde hace

décadas en hospitales y centros de rehabilitación de países avanzados en la investigación científica como Estados Unidos o Canadá.

La integración sensorial es un proceso neurológico cuyo desarrollo se produce automáticamente siguiendo una serie de etapas sucesivas, de las cuales las primeras van preparando las siguientes. El desarrollo de la integración sensorial empezaría durante la vida fetal y llegaría a la madurez alrededor de los 10 o 12 años (Beaudry Bellefeuille, 2011).

Diversas investigaciones reflejan dificultades de integración sensorial en niños nacidos pretérmino (Bart, Shayevits, Gabis, & Morag, 2011; Case-Smith, Butcher, & Reed, 1998; Mitchell, Moore, Roberts, Hachtel, & Brown, 2015; Rahkonen et al., 2015; Wickremasinghe et al., 2013), además también se refieren problemas de aprendizaje en un porcentaje mayor que en la población general (Harris et al., 2013; Johnson et al., 2016). La prematuridad priva al bebé de algunas de las fases de desarrollo dentro del útero materno, consideradas como importantes para el desarrollo sensorial. De esta forma, a la edad de 1 año, los nacidos como prematuros tardíos están en mayor riesgo de desarrollar trastorno de modulación sensorial (Bart et al., 2011). Los niños nacidos con prematuridad tienen un mayor riesgo de presentar puntuaciones atípicas en el Cuestionario del Perfil Sensorial (Dunn, 1999) en el procesamiento de los sistemas auditivo, vestibular y táctil (Wickremasinghe et al., 2013). Las reacciones adversas ante los estímulos del entorno provocan una alteración en el estado de alerta e intereses del bebé por lo que su desarrollo sensoriomotor, la relación con el entorno y, como consecuencia, la participación social, se ven afectadas provocando la ralentización en la adquisición de hitos propios de la autonomía.

Otro colectivo en el que se han descrito este tipo de desórdenes es el de los niños con Trastorno del Espectro Autista (TEA) (Baranek, David, Poe, Stone, & Watson, 2006; Ben-Sasson et al., 2009; Lloyd, MacDonald, & Lord, 2013; Susanne Smith Roley et al., 2015). Recientes investigaciones realizadas con métodos científicos adecuados continúan proporcionando pruebas que defienden la utilización del enfoque de la Integración Sensorial (Abdel Karim & Mohammed, 2015; Fazlıoğlu & Baran, 2008; Parham et al., 2011; Schaaf, Benevides, Kelly, & Mailloux-Maggio,

2012; Schaaf & Nightlinger, 2007). En un estudio aleatorio de casos y controles en el que participaron 32 niños con TEA, entre edades de 4-8 años; el grupo que recibió TO basada en el enfoque de la Integración Sensorial mostró mejoras estadísticamente significativas reflejados en la escala GAS y PEDI mostrando mejoras en la reducción de la asistencia por parte de los cuidadores en relación con el autocuidado y las habilidades sociales (Schaaf et al., 2014).

Estos dos perfiles de niños, prematuros y con TEA son atendidos en AT de manera frecuente. Actualmente en España los únicos profesionales que pueden obtener una formación específica para el *tratamiento de los problemas de integración sensorial son los terapeutas ocupacionales*. Se trata de un abordaje que en los últimos años está ampliando el número de evidencia científica disponible. Una revisión de las investigaciones realizadas hasta 2007 sobre la eficacia del enfoque de la Integración Sensorial reveló los resultados positivos logrados por la intervención basada en este abordaje, especialmente si los comparaban con los resultados hallados sin tratamiento (May-Benson & Koomar, 2010).

Los terapeutas ocupacionales especializados en este abordaje son una pieza fundamental para favorecer el desarrollo óptimo en estos niños. El resto de los profesionales que actualmente se consideran obligatorios en la mayoría de los centros de AT, no poseen la formación adecuada para abordar este tipo de dificultades. Aquellos niños que se benefician en edades tempranas de un tratamiento de TO basado en Integración Sensorial, logran una mejora en la organización conductual obteniendo estrategias para adaptarse a las exigencias del entorno y desarrollando las competencias ocupacionales pertinentes en su desempeño diario (May-Benson & Koomar, 2010; Polatajko & Cantin, 2010).

3.2 Proceso de trabajo en Terapia Ocupacional

El proceso de trabajo para la práctica clínica de la TO según la American Occupational Therapy Association (AOTA)¹, incluye las siguientes fases: evaluación, intervención y el seguimiento de los resultados. En todas ellas el

¹ Para la redacción de este apartado se ha utilizado la traducción al castellano del año 2010 de la 2ª edición del Marco de Trabajo para la Práctica de Terapia Ocupacional: Dominio y Proceso dado que la 3ª edición (AOTA, 2014) no ha sido oficialmente traducida. De esta manera se ha querido evitar un uso incorrecto de los términos.

terapeuta ocupacional incorpora los fundamentos teóricos al proceso de razonamiento clínico, seleccionando el Marco, Modelo o Teoría que considere según las situaciones particulares del niño.

En muchas profesiones se sigue este mismo proceso; sin embargo, solo los profesionales de TO lo centran hacia el objetivo final de apoyar la salud y participación en la vida a través del compromiso con la ocupación (AOTA, 2008). Los niños con trastornos del desarrollo o en riesgo de padecerlos pueden necesitar ayuda para desarrollar al máximo sus capacidades cognitivas, físicas, psíquicas, sociales y emocionales.

La TO trata a los niños desde los primeros años de vida para mejorar y desarrollar de manera integral las habilidades mostradas en las acciones que llevan a cabo (*destrezas de ejecución*). De esta forma se les brinda la oportunidad de disfrutar, conocer y desempeñarse de forma funcional e independiente en *las áreas de ocupación*. El terapeuta ocupacional, por lo tanto, entrena y enseña de manera metódica sus habilidades y capacidades para lograr que realicen actividades propias de su edad o etapa madurativa.

Tabla 6. Ámbitos de la Terapia Ocupacional Pediátrica según la AOTA

ÁREAS DE OCUPACIÓN: Actividades de la Vida Diaria (AVD) Actividades Instrumentales de la Vida Diaria (AIVD) Descanso y Sueño Educación Juego Ocio/ Tiempo Libre Participación Social	PATRONES DE EJECUCIÓN: Hábitos Rutinas Roles rituales
CARACTERÍSTICAS DEL CLIENTE: Valores, creencias y espiritualidad Funciones/Estructuras del cuerpo	CONTEXTOS Y ENTORNOS: Entornos: cultural, personal, físico, social, temporal, virtual.
DESTREZAS DE EJECUCIÓN: Destrezas Sensoriales-Perceptuales Destrezas motoras y praxis Destrezas de Regulación Emocional Destrezas Cognitivas Destrezas de Comunicación y sociales	DEMANDAS DE LA ACTIVIDAD: De los objetos utilizados y sus propiedades Demandas del espacio Demandas sociales Secuencia y Tiempo Acciones requeridas Funciones/Estructuras del cuerpo requeridas

Fuente: Adaptado de AOTA (2008); Domingo Sanz (2015)

En este proceso el terapeuta ocupacional hace partícipes a los padres y las personas del entorno, sólo garantizando su implicación, se podrá lograr que el niño generalice los progresos realizados en la terapia a todos sus *contextos*.

A través del análisis de actividades el terapeuta ocupacional gradúa las tareas para adaptarlas a las características del niño. Para ello, tiene en cuenta las demandas de la actividad, las características del niño, los patrones de ejecución y el contexto y entorno [Tabla 6].

Los aspectos más importantes para la comprensión de la práctica de la TO el según el Marco de Trabajo para la Práctica de Terapia Ocupacional (AOTA, 2008) son los referentes a las áreas de ocupación, los patrones de ejecución, las destrezas de ejecución y las demandas de la actividad (Tabla 7).

Tabla 7. Áreas de ocupación, patrones de ejecución, destrezas de ejecución y demandas de la actividad según la AOTA (2008)

ÁREAS DE OCUPACIÓN

Actividades de la vida diaria (AVD)

Comer: “capacidad para manipular y mantener los alimentos o líquidos en la boca y tragarlos; comer y tragar a menudo se usan de manera intercambiable”.

Alimentación: “es el proceso de preparar, organizar y llevar el alimento (o líquido) del plato o taza/vaso a la boca; a veces, también llamado auto-alimentación”.

Bañarse/ ducharse (enjabonarse, enjuagarse, y secarse las partes del cuerpo, mantener la posición en el baño, transferirse desde y hacia la bañera).

Vestirse (seleccionar prendas y accesorios adecuados a la hora del día, el tiempo y la ocasión; obtener prendas de vestir del lugar de almacenamiento, vestirse y desvestirse en secuencia, amarrarse y ajustarse la ropa y los zapatos y poner y quitar los dispositivos personales, prótesis u ortesis).

Movilidad funcional (moverse de una posición o lugar a otro durante las tareas cotidianas, transferencias).

Cuidar dispositivos de atención personal (usar y mantener artículos de cuidado personal tales como: gafas, lentillas, implante coclear, ortesis, prótesis, etc.).

Higiene y arreglo personal (manejo de los útiles de aseo: cepillar los dientes, cortarse el pelo y las uñas, peinarse, cuidar la piel, etc.).

Aseo e higiene en el inodoro (manejo de la ropa, mantener posición, limpiarse zonas íntimas, etc.).

Cuidado del intestino (control de esfínteres).

Actividades Instrumentales de la vida diaria (AIVD): Actividades de apoyo a la vida cotidiana en la casa y en la comunidad que a menudo requieren más interacciones complejas de las utilizadas en las actividades de autocuidado en las AVD.

Descanso y sueño: Incluye las actividades relacionadas con obtener el sueño y un descanso restaurador.

Educación: El terapeuta ocupacional en este sentido ayuda a la adquisición de prerrequisitos del aprendizaje y puesta en marcha de adaptaciones que lo faciliten en:

- Actividades académicas (matemáticas, lectura, trabajar para obtener un título).
- No académicas (participación en el recreo, pasillo, comedor, etc.).
- Extracurriculares (actividades vocacionales como: deportes, banda de música,

baile, etc.).

Juego: “Cualquier actividad organizada o espontánea que proporcione disfrute, entretenimiento o diversión” (Parham & Fazio, 1997, p.252). La misión del terapeuta ocupacional en esta área será la de facilitar:

- Exploración del juego: identificar actividades de juego apropiadas, las cuales pueden incluir exploración del juego, la práctica del juego, el juego imaginario, el juego simbólico.
- Participación en el juego: mantener un equilibrio entre el juego y las demás áreas de ocupación; y obtener y mantener los juguetes y equipos apropiadamente.

Ocio: “una actividad no obligatoria que está intrínsecamente motivada y en la cual se participa durante un tiempo libre, es decir, no comprometido con ocupaciones obligatorias tales como trabajo, cuidado propio o dormir” (Parham & Fazio, 1997, p. 250).

Participación social: “patrones de comportamientos organizados que son característicos y esperados de un individuo o de una posición determinada dentro de un sistema social” (Mosey, 1996, p. 340 citado en AOTA, 2008).

- Comunidad (colegio, vecindad, barrio, etc.).
- Familia (asumiendo un rol familiar requerido o deseado).
- Compañeros/amigos.

PATRONES DE EJECUCIÓN: utilizados en el proceso de participar en las ocupaciones o actividades.

Hábitos: “comportamiento automático que es integrado en patrones más complejos y que le permite a las personas funcionar día a día” (Neidstadt y Crepeau, 1998, p.869 citado en AOTA, 2008). Los hábitos pueden ser de utilidad, dominantes o perjudiciales, o bien servir de apoyo o limitar el desempeño en las áreas de ocupación.

Rutinas: Patrones de comportamiento que son observables, regulares o fijos, repetitivos y que proveen de estructura a la vida diaria. Estas pueden ser gratificantes, facilitadoras o perjudiciales.

Rituales: acciones simbólicas con un significado espiritual, cultural o social, contribuyendo a la identidad de la persona y fortaleciendo sus valores y creencias. Tienen un alto componente afectivo y representan un conjunto de eventos (Fiese et al., 2002; Segal, 2004 citado en AOTA, 2008).

Roles: conjunto de comportamientos esperados por la sociedad, moldeados por la cultura y que pueden conceptualizarse y definirse.

DESTREZAS DE EJECUCIÓN

Destrezas motoras y praxis:

Las **destrezas motoras** son acciones o comportamientos que realiza una persona para moverse e interaccionar físicamente con las tareas, objetos, contextos y entornos (adaptado de Fisher, 2006, citado en AOTA, 2008). Incluye planificar, secuenciar y ejecutar movimientos nuevos.

La **praxis** es la habilidad para realizar actos motores en secuencia como parte de un plan completo en lugar de actos individuales (Liepmann, 1920, citado en AOTA, 2008). Habilidad para realizar una actividad motora aprendida, incluyendo seguir un comando verbal, construcción viso-espacial, destrezas oculares y oral-motoras, imitación de una persona o un objeto, y acciones en secuencia (Ayres, 1985; Filley, 2001, citado en AOTA, 2008).

Cabe destacar que las **destrezas motoras finas y manipulativas** han sido y son una parte fundamental de la intervención de la terapia ocupacional, ya que el funcionamiento de los miembros superiores condiciona, en gran medida, la **autonomía de la persona**.

Destrezas sensoriales-perceptuales: Acciones o comportamientos que realiza la persona para localizar, identificar y responder a las sensaciones y para seleccionar, interpretar, asociar, organizar y recordar eventos sensoriales que incluyen sensaciones visuales, auditivas, vestibulares, propioceptivas, táctiles, olfativas y gustativas.

Destrezas de regulación emocional: Acciones o comportamientos para identificar, manejar y expresar sus sentimientos mientras participa en actividades o interacciona con

otros.

Destrezas cognitivas: Acciones o comportamientos que realiza la persona para gestionar el desempeño de una actividad.

Destrezas de comunicación y sociales: Acciones o comportamientos que utiliza una persona para comunicarse e interactuar con otros en un ambiente interactivo.

DEMANDAS DE LA ACTIVIDAD

Se refieren a las características específicas de una actividad que influyen en el tipo y cantidad de esfuerzo requerido para realizarla. Además, incluyen los objetos específicos y sus propiedades, los requisitos del espacio físico, las demandas sociales, secuencia y ritmo de tiempo, las acciones requeridas o las habilidades necesarias y las funciones y estructuras del cuerpo utilizadas durante el desempeño de la actividad.

3.3 Funciones y competencias del terapeuta ocupacional

La terapia ocupacional es una profesión sanitaria titulada (anteriormente de nivel Diplomado, actualmente como título de Grado) regulada por medio de la Ley 44/2003, de 21 de noviembre, de Ordenación de las Profesiones Sanitarias (en adelante, “L.O.P.S.”), a cuyo tenor:

“Corresponde a los Diplomados/Graduados universitarios en Terapia Ocupacional la aplicación de técnicas y la realización de actividades de carácter ocupacional que tienden a potenciar o suplir funciones físicas o psíquicas disminuidas o perdidas, y a orientar y estimular el desarrollo de tales funciones”.

Según la orden CIN 729/2009 de 18 de marzo, por la que se establecen los requisitos para la verificación de los títulos universitarios oficiales que habiliten para el ejercicio de la profesión de Terapeuta Ocupacional disposiciones normativas, resulta evidente que los terapeutas ocupacionales son los profesionales sanitarios especializados en evaluar a la persona que tiene limitaciones en la realización de las ocupaciones.

En lo que respecta a la intervención del terapeuta ocupacional en AT, las funciones propias y las funciones del profesional como miembro del equipo se detallan a continuación.

3.3.1 Funciones del Terapeuta Ocupacional en la intervención en Atención Temprana

Las funciones del terapeuta ocupacional en su intervención en AT son:

- Evaluar el desarrollo evolutivo del niño, realizando una valoración integral para conocer posibles dificultades sensoriales, motoras, sociales, comunicativas y cognitivas, que influyan en el desempeño ocupacional acorde a su edad.
- Establecer un diagnóstico ocupacional en base a la evaluación realizada y su posterior diseño y planificación de tratamiento.
- Favorecer y entrenar la **adquisición de habilidades y destrezas** motoras, de procesamiento y de comunicación e interacción del niño a través del juego para lograr un desarrollo armonioso y equilibrado y una participación plena en su entorno natural.
- Potenciar y entrenar la **autonomía e independencia y funcionalidad** de los niños en la realización de las tareas de la vida diaria como el desvestido-vestido, aseo-higiene, alimentación y manejo de útiles escolares con el objeto de que el desarrollo personal sea lo más satisfactorio y funcional.
- Realizar las **adaptaciones** oportunas en el aseo, vestido, alimentación, deambulación, juego y material escolar que favorezca la integración del niño en el entorno que le rodea, de manera que pueda vivenciar sus acciones y sentirse autor de las mismas.
- Diseñar, valorar y confeccionar **las ortesis/férulas**, necesarias, así como el entrenamiento para su uso.
- Asesorar **la elección de productos de apoyo** (sillas de ruedas, andadores, conmutadores, cubiertos adaptados, etc.) y el **entrenamiento** en su uso para el hogar, la escuela, el ocio y la participación social.
- **Asesorar a la familia y a su entorno** (escolar, ocio y de participación social) sobre el **manejo** ante determinadas circunstancias de los productos de apoyo y adaptaciones necesarias eliminando o minimizando las barreras existentes que dificultan o imposibilitan la autonomía del niño en su contexto.

3.3.2 Funciones del Terapeuta Ocupacional como miembro del equipo de Atención Temprana

Las funciones del terapeuta ocupacional como miembro del equipo de AT son:

- Desarrollar y poner en marcha el programa individualizado, determinando de forma conjunta con el niño y los padres la jerarquización de los objetivos de

tratamiento, recomendando actividades específicas para mejorar las áreas de desarrollo del pequeño.

- Realizar evaluaciones continuadas, para valorar la consecución de los objetivos propuestos y la necesidad de modificarlos cuando así se requiera.
- Tomar decisiones dentro del equipo sobre el estado en el recurso de AT: su permanencia, seguimiento o alta.
- Apoyar la capacitación de las familias: facilitando el acceso a otros recursos sociales/económicos, empoderando a los padres a través de programas de educación familiar u otros.
- Establecer coordinación con todos los profesionales que participan directa o indirectamente en la vida del niño (instituciones públicas o privadas de salud y servicios sociales, centro educativo, terapias complementarias, etc.) así como otras personas relevantes en su entorno.

3.4 Justificación de la inclusión de la Terapia Ocupacional en Atención Temprana

En una revisión sistemática de TO y su papel en AT (Domínguez Jiménez & Calvo Arenillas, 2015) se destacan ciertos aspectos relevantes en la discusión que justifican la presencia de los terapeutas ocupacionales en los equipos de AT:

- **Los enfoques de intervención utilizados en los servicios de AT:** una de las vertientes más respaldadas actualmente en AT son las prácticas centradas en la familia. En este abordaje es de suma importancia el trabajo en ambientes naturales y contextuales del niño y la familia. Existe evidencia sobre el impacto del ambiente en la salud, el bienestar y la participación en actividades cotidianas y cómo esto afecta a los niños en edad escolar con discapacidad, participando menos en las tareas del hogar (Albrecht & Khetani, 2016). Este enfoque de intervención se corresponde en un alto porcentaje con las actuaciones realizadas desde la TO en la población infantil.
- **Intervenciones de TO pediátrica en los equipos de AT:** la mayoría de los programas de AT se dirigen hacia un desarrollo en todas las áreas (motora, cognitiva, social, comunicación, autoayuda) lo que ha reportado beneficios terapéuticos. Para esta intervención, desde la TO, se entiende al niño desde una perspectiva integral, centrándose también en su familia y su entorno (Reynolds

et al., 2017). Además, en los últimos años se han incrementado la detección de casos de trastornos del procesamiento sensorial en los centros de AT, siendo ésta una competencia de intervención exclusiva de los terapeutas ocupacionales.

- **Evidencia científica de la TO sobre la población que acude a AT:** Las publicaciones relacionadas con los beneficios en la práctica profesional de la TO en determinadas patologías infantiles, justifican su intervención y mejoría en los procesos patológicos. Concretamente existen evidencias científicas en patologías como la PCI (Novak et al., 2013), la prematuridad (Bart et al., 2011; Mitchell et al., 2015; Rahkonen et al., 2015; Wickremasinghe et al., 2013), y el TEA (Baranek et al., 2006; Ben-Sasson et al., 2009; Lloyd et al., 2013; Susanne Smith Roley et al., 2015). Los centros de AT que cuentan con TO se favorecen de una atención dirigida al niño y la familia más integral, proporcionando al equipo profesional, la intervención terapéutica evidenciada y propia de esta disciplina.

4. LA SITUACIÓN ACTUAL EN ESPAÑA DEL TERAPEUTA OCUPACIONAL EN EL ÁMBITO DE ATENCIÓN TEMPRANA

4.1 Regulación legal del Terapeuta Ocupacional

Existen diversas leyes, vigentes en el Estado Español, que contemplan y regulan la figura del terapeuta ocupacional como una profesión de carácter sanitario con titulación oficial.

En este apartado, se va a profundizar en la normativa que a tal efecto regula la figura del terapeuta ocupacional que llevará a la conclusión de la necesidad de que dicha figura se incorpore en los equipos de AT configurándose como un servicio público.

4.1.1 Fundamentos derivados de la legislación sanitaria estatal

Durante toda la evolución de la TO como disciplina, han existido diversas regulaciones legales. Pasemos a resaltar el contenido de cada una de ellas que nos ayudarán a consolidar las conclusiones alcanzadas en el último apartado del presente informe.

.- Ley 44/2003, de 21 de noviembre, de Ordenación de las Profesiones Sanitarias (L.O.P.S.).

Actualmente la legislación vigente. La citada ley no deja lugar a dudas en cuanto a que expresamente reconoce que la profesión de terapeuta ocupacional es una profesión de carácter sanitario.

Es importante resaltar de esta ley lo dispuesto en el artículo 4.2, en la medida en que considera que para el ejercicio de cualquier profesión sanitaria y, por ende, para el ejercicio de la TO, es requisito indispensable, el estar en posesión de título que habilite para su ejecución, dado que es la citada titulación la que acredita que el profesional dispone de los conocimientos, las habilidades y las actitudes necesarias para su desempeño.

.- Real Decreto 1277/2003, de 10 de octubre, por el que se establecen las bases generales sobre autorización de centros, servicios y establecimientos sanitarios.

En base a este RD la TO debe ofertarse dentro de los servicios de los centros sanitarios como unidad independiente.

Dicha unidad se denomina U. 60 Terapia Ocupacional y se describe como: “Unidad asistencial en la que, bajo la responsabilidad de un terapeuta ocupacional, se utilizan con fines terapéuticos las actividades de autocuidado, trabajo y ocio para que los pacientes adquieran el conocimiento, las destrezas y actitudes necesarias para desarrollar las tareas cotidianas requeridas y consigan el máximo de autonomía e integración”.

.- **Real Decreto 1393/2007, de 29 de octubre** por el que se modifican los planes de estudio de TO, regulando la ordenación de las enseñanzas universitarias oficiales y por ende, las competencias y contenidos formativos del Grado de Terapia Ocupacional.

.- Posteriormente surge la **Orden CIN/729/2009, del 18 de marzo**, que describe el ámbito concreto de los terapeutas ocupacionales y el establecimiento de los requisitos para la verificación de los títulos universitarios oficiales que habilitan al ejercicio de la profesión.

De la lectura de esta orden se desprende que la figura del terapeuta ocupacional no puede ser reemplazada por otros profesionales ya que ésta tiene identidad propia y cubre necesidades específicas inherentes a la profesión.

Además de la normativa legal a la que se ha hecho referencia, resulta importante destacar que la estructura administrativa de nuestro país hace que, en la atención a la infancia, confluyan las acciones realizadas prioritariamente desde las Áreas de Salud, Servicios Sociales y Educación. Los centros de AT van a pertenecer a una u otra área en función del desarrollo autonómico de cada comunidad; la mayoría de los centros de AT dependen del Área de Servicios Sociales (FEAPS, 1999) que resultan ser organizaciones “no sanitarias” que integran “servicios sanitarios”. Es posible que esta situación haya generado discriminaciones entre las distintas zonas del país. En el Anexo 1 concreta la legislación en materia de Atención Temprana de cada comunidad autónoma.

4.1.2 Otros fundamentos legales y éticos

Una vez mencionadas las leyes que regulan específicamente la TO, nos referimos ahora a aquellas leyes o disposiciones que velan por los derechos de los pacientes/usuarios en materia sanitaria, y que están vinculados a nuestra disciplina.

Según el estudio realizado por la Federación Estatal de Asociaciones de Profesionales de Atención Temprana (GAT, 2011), sobre “La realidad actual de los recursos de Atención Temprana en el ámbito estatal” se destaca que, de las 17 Comunidades Autónomas estudiadas, más las ciudades autónomas de Ceuta y Melilla, ocho de ellas tienen contemplados al terapeuta ocupacional **dentro del equipo de los Centros de Atención Temprana**. Este estudio demuestra que, por lo tanto, aunque este profesional no esté considerado dentro de los equipos básicos de AT de la mayoría de las CC.AA., si se ha detectado la necesidad de incorporarlo como parte de los equipos de AT.

En este sentido, se hace preciso hacer referencia a las siguientes materias y la normativa, y disposiciones que las incorporan;

.- **Ley 39/2006**, de 14 de diciembre, de “Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las personas de ejercer plenamente sus derechos de ciudadanía”.

Esta Ley se centra en la personalización de la atención, especialmente hace hincapié en la situación de quienes requieren mayor acción positiva como consecuencia de tener mayor grado de discriminación o menor igualdad de oportunidades. Así en su artículo 5, “Titulares de derechos”, protección de los menores de 3 años, cita:

“Sin perjuicio de los servicios establecidos en los ámbitos educativo y sanitario, atenderá las necesidades a favor de los menores de 3 años acreditados en situación de dependencia”.

.- Proposición no de ley aprobada por la Comisión Mixta del Congreso para las Políticas Integrales de la Discapacidad del 17 de Febrero del 2009.

A través de esta proposición se insta al gobierno a impulsar las medidas necesarias para la aprobación de nuevos baremos que valoren la discapacidad de acuerdo con la CIF (OMS, 2001b).

El objetivo de esta nueva CIF, pretende un cambio de paradigma en las políticas sociales, superando la perspectiva asistencial de la discapacidad para abordar una basada en los Derechos Humanos. Su enfoque se basa en la perspectiva de capacidades diferenciadas y diversidad de funcionamiento, con una conceptualización “holística” de la salud que afecta a todas las personas.

El principal cambio de este paradigma es que añade nuevos perfiles profesionales, entre ellos al *Terapeuta Ocupacional (00)*.

Ante los avances sociales de los niños con limitación de la actividad, el terapeuta ocupacional es una profesión indiscutible en las intervenciones de AT en la totalidad de países.

.- Consejo Territorial del Sistema para la Autonomía y Atención a la Dependencia: En el seno de éste consejo se promoverá la adopción de un plan integral de atención para los menores de 3 años en situación de dependencia, en el que se contemplen las medidas a adoptar por las Administraciones públicas, sin perjuicio de sus competencias, para facilitar AT y la rehabilitación de sus capacidades.

Se trata ahora, de configurar un nuevo desarrollo de los servicios sociales del país que amplíe y complemente la acción protectora de este sistema, potenciando el avance del modelo de Estado social que consagra la Constitución Española, potenciando el compromiso de todos los poderes públicos en promover y dotar los recursos necesarios para hacer efectivo un sistema de servicios sociales de calidad.

.- A colación de lo anterior, resulta el **Libro Blanco de Atención Temprana** (Grupo de Atención Temprana, 2000) que respalda que la atención sea un

servicio público, universal y de provisión gratuita para todos los niños y familias que lo precisen.

4.2 Distribución de la figura del terapeuta ocupacional en los equipos de Atención Temprana del territorio español

La tasa de prevalencia actual del terapeuta ocupacional como miembro del equipo en los diversos centros de Atención Temprana de nuestro país es desconocida. Para acercarnos a la situación real de este profesional en estos servicios, se ha procedido a desarrollar un estudio más detallado.

4.2.1 Objetivos

El objetivo principal de este trabajo se centra en describir la tasa de prevalencia actual de los profesionales titulados universitarios en terapia ocupacional en los servicios de Atención Temprana en España.

Este objetivo general se concreta en los siguientes objetivos específicos:

- Describir la distribución de terapeutas ocupacionales contratados en los servicios de carácter público y/o privado de Atención Temprana.
- Analizar las características de contratación de los profesionales titulados en terapia ocupacional en los servicios de Atención Temprana.

4.2.2 Método

En este trabajo han participado un total de 526 centros públicos y/o privados dedicados a la Atención Temprana, distribuidos en las 17 comunidades autónomas y 2 ciudades autónomas (Ceuta y Melilla) del territorio nacional español (Tabla 8).

Tabla 8. Centros públicos y privados de Atención Temprana en España

Comunidades Autónomas	Nº Centros Titularidad Pública	Nº Centros Titularidad Privada
Andalucía	160	0
Aragón	18	0
Cantabria	4	0
Castilla-La Mancha	10	23
Castilla y León	9	0
Cataluña	83	0
Comunidad de Madrid	32	0
Comunidad Valenciana	31	6
Extremadura	35	0
Galicia	19	1
*Islas Baleares	0	0
Islas Canarias	7	0
La Rioja	1	27
Comunidad Foral de Navarra	1	0

País Vasco	23	0
Principado de Asturias	8	0
Región de Murcia	15	11
**Ceuta	1	0
**Melilla	1	0
Total Centros	458	68

* Islas Baleares no aporta el número de centros consultados

**Ciudades Autónomas

En el Anexo 2 se detalla, según los datos a los que se ha tenido acceso, la distribución de centros de titularidad pública y/o privada de Atención Temprana por provincias según la Comunidad Autónoma correspondiente. En la Figura 2 se pueden apreciar los porcentajes de distribución, siendo el 87.01% centros públicos y el 12.9% centros de carácter privado.

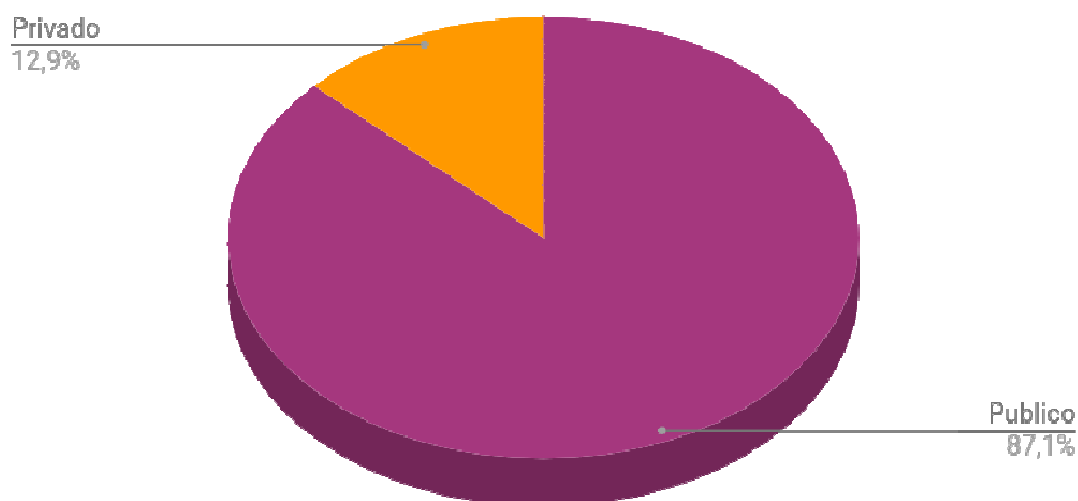


Figura 2. Distribución de centros de atención temprana públicos y privados

La búsqueda de los centros de referencia de AT en España ha sido llevada a cabo por los profesionales pertenecientes a esta Comisión. Para este fin, se han accedido a los listados públicos de las páginas web de las Consejerías y/o Departamentos de Servicios Sociales, Sanidad o Educación, además de solicitar información expresa a las Juntas, Diputaciones o Ayuntamientos correspondientes y a los Colegios Oficiales y/o Asociaciones Profesionales de Terapia Ocupacional del país. En las comunidades autónomas de Islas Baleares y Navarra la información ha sido aportada únicamente por los colegios oficiales profesionales de terapia ocupacional de las mismas.

Es necesario tomar en consideración que los centros reflejados en este documento son los centros con los que se ha podido contactar. Por otro lado, algunos de los

centros consultados no cuentan con un equipo multidisciplinar como el que se describe en el libro blanco de AT (Grupo de Atención Temprana, 2000) pero a pesar de ello, sí están catalogados como centros de AT en la comunidad autónoma a la que pertenecen.

La recogida de información se ha desarrollado por vía telefónica en dos fases (Tabla 9), mediante una entrevista estructurada elaborada por la presente Comisión.

Tabla 9. Recogida de información por provincias

Comunidades autónomas y provincias recogidas en la primera etapa	Comunidades autónomas y provincias recogidas en la segunda etapa
Andalucía: Huelva, Sevilla, Cádiz, Málaga, Córdoba, Granada, Jaén, Almería. Cantabria. Castilla-La Mancha: Guadalajara, Cuenca, Toledo, Ciudad Real, Albacete. Castilla y León: León, Zamora, Palencia, Valladolid, Burgos, Salamanca, Ávila, Segovia, Soria. Comunidad Valenciana: Castellón, Valencia, Alicante. Extremadura: Badajoz, Cáceres. Galicia: La Coruña, Lugo, Ourense, Pontevedra. Islas Canarias. La Rioja. Principado de Asturias. Región de Murcia.	Aragón: Huesca, Zaragoza, Teruel. Cataluña: Lleida, Gerona, Barcelona, Tarragona. Comunidad de Madrid. Islas Baleares. País Vasco: Vizcaya, Álava, Guipúzcoa. Comunidad Foral de Navarra. Ciudad Autónoma de Ceuta. Ciudad Autónoma de Melilla.

El protocolo de preguntas para la obtención de información en los centros destinados a la AT, tanto públicos como de carácter privado, contenía los aspectos desarrollados en la Tabla 10, con el fin de dar respuesta a la situación actual de la figura profesional del terapeuta ocupacional en los servicios de AT españoles.

Tabla 10. Contenido de la entrevista estructurada

<i>Carácter público o privado del Centro de Atención Temprana.</i> Consideramos los centros privados únicamente, aquellos en los que la familia asume el coste íntegro de la intervención. Los centros públicos son aquellos subvencionados a nivel estatal, autonómico o provincial, centros proveedores de servicios sanitarios o de bienestar social, o centros privados con convenio con el sistema público.
<i>Presencia de la figura del terapeuta ocupacional en el Centro de Atención Temprana.</i>
<i>Perfil de contratación.</i> Si el terapeuta ocupacional está contratado como terapeuta ocupacional o dentro de otra categoría profesional, tales como, estimulador infantil, técnico de atención temprana o psicomotricista.
<i>Modalidad de inclusión en los servicios de Atención Temprana:</i> – Terapeuta Ocupacional que forma parte del equipo terapéutico del Centro de Atención Temprana. – Terapeuta Ocupacional asociado. Por asociado entendemos que el terapeuta ocupacional no pertenece estrictamente al equipo de Atención Temprana, sino que es un servicio

complementario que ofrece el centro a las familias; bien sea, con un terapeuta ocupacional que pertenece a la misma empresa pero que desempeña su función en otro servicio como, por ejemplo, con tercera edad, o bien un terapeuta ocupacional en régimen de autónomo.

Jornada Laboral del terapeuta ocupacional en caso de formar parte del equipo de atención temprana (especificando, tiempo parcial o completo).

Servicio privado o temporal ofrecido por el terapeuta ocupacional asociado:

- Derivación privada, con intervención común al plan terapéutico con el Centro de Atención Temprana.
- Servicio temporal del terapeuta ocupacional en el Centro de Atención Temprana (por ejemplo: un taller de autonomía) o sustituyendo de forma puntual a otra figura profesional.

4.2.3 Resultados

De un total de 526 centros de AT distribuidos por todo el territorio nacional, existen 217 terapeutas ocupacionales contratados en alguna modalidad (Anexo 4).

Los datos recogidos indican que, de 217 profesionales prestando servicios en atención temprana, 100 son contratados como terapeutas ocupacionales por cuenta ajena, 82 desconocen el tipo de contrato o no contestan, 23 son contratados por cuenta ajena con otra categoría profesional diferente a terapeuta ocupacional (psicomotricista, técnico de atención temprana o estimulador infantil) y 12 son terapeutas ocupacionales autónomos (Figura 3 y Anexo 4).

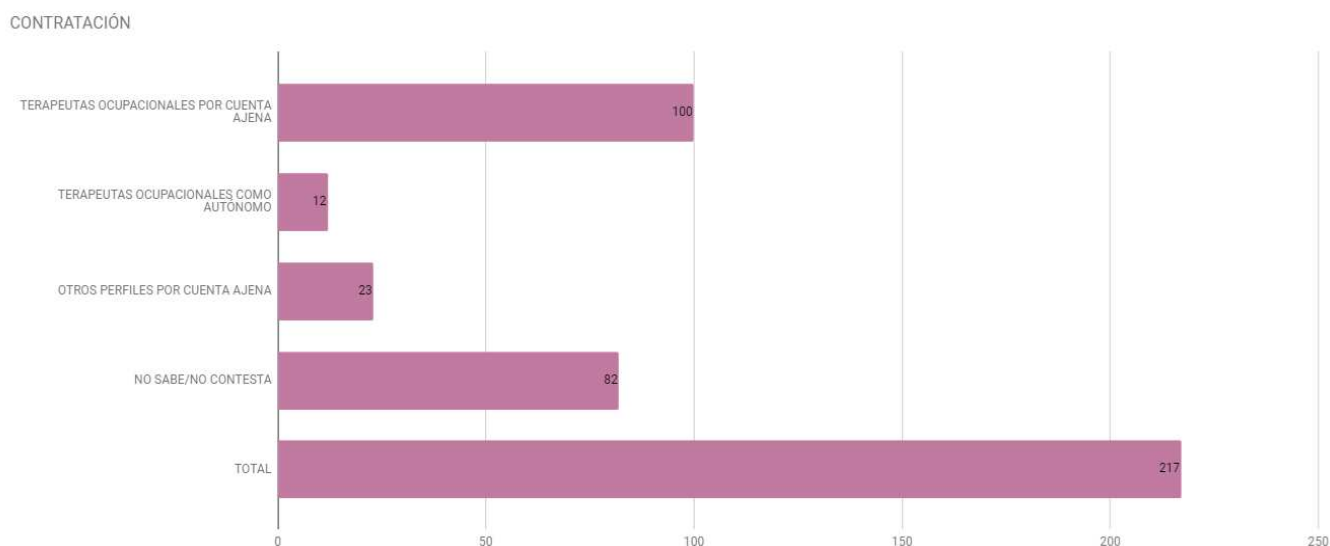


Figura 3. Tipo de contrato del terapeuta ocupacional en los Centros de Atención Temprana

Según la información recogida, en la actualidad, existen varias modalidades de inclusión de la figura del terapeuta ocupacional en atención temprana (Tabla 11).

Tabla 11. Modalidad de inclusión del terapeuta ocupacional en los Centros de Atención Temprana

		N
Terapeuta Ocupacional dentro del equipo terapéutico	Jornada Laboral Parcial	67
	Jornada Laboral Completa	66
	Total	133
Terapeuta Ocupacional Asociado	Derivación Privada	45
	Servicio temporal/Sustitución	39
	Total	84
Total de Terapeutas Ocupacionales en Atención Temprana		217

Un total de 133 terapeutas ocupacionales pertenecen al equipo terapéutico del centro. En cuanto a la jornada laboral de estos profesionales, el 50,4% tienen un contrato a tiempo parcial, siendo el 49,6% restante contratado a tiempo completo (Figura 4).

TERAPEUTA OCUPACIONAL COMO PARTE DEL EQUIPO

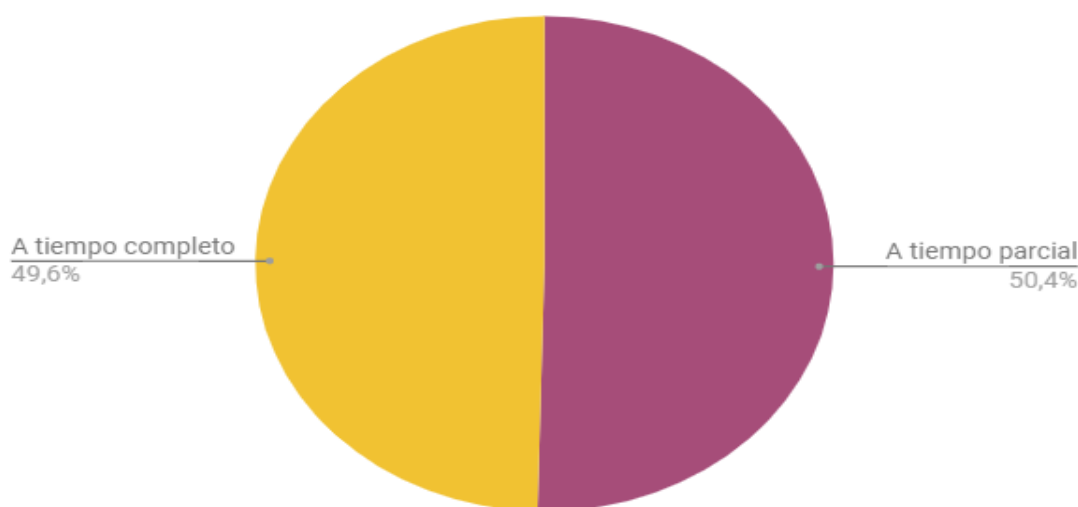


Figura 4. Jornada laboral del terapeuta contratado dentro de un equipo de Atención Temprana

Un total de 84 terapeutas ocupacionales ofrecen un servicio profesional asociado a los planes de intervención de los centros de AT, pero no forman parte del equipo terapéutico. La intervención del terapeuta ocupacional está sujeta a una derivación privada en el 53,6% de los casos, siendo el 46,4% terapeutas ocupacionales que ofrecen un servicio temporal en el centro de AT (por ejemplo: un taller de autonomía) o sustituyendo de forma puntual a otra figura profesional (Figura 5).

TERAPEUTA OCUPACIONAL ASOCIADO

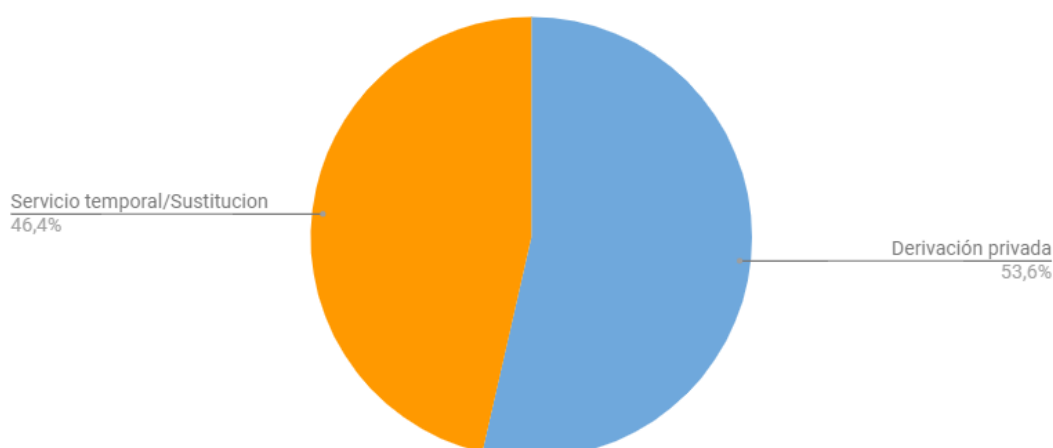


Figura 5. Servicio privado o temporal ofrecido por el terapeuta ocupacional asociado

4.2.4 Conclusiones y discusión

Este trabajo describe la tasa de prevalencia actual de los profesionales titulados universitarios en terapia ocupacional en los servicios de AT. De la muestra recogida en las 51 provincias españolas exploradas, se han identificado un total de 526 centros de AT. Estos centros cuentan con 217 terapeutas ocupacionales distribuidos en centros repartidos en 32 de las 51 provincias estudiadas.

Con estos datos, podemos concluir:

- La figura del terapeuta ocupacional no se encuentra distribuida de manera uniforme en los centros de Atención Temprana.
- Las condiciones de contratación de los profesionales en terapia ocupacional, no está regulada en los centros de Atención Temprana.
- Los centros de Atención Temprana de las diferentes provincias españolas ofrecen una oferta de recursos desigual.
- La distribución de los terapeutas ocupacionales contratados en los equipos de Atención Temprana en España es dispar en cada comunidad autónoma.

Debido a las limitaciones técnicas y humanas, somos conscientes de las restricciones y falta de datos en algunas provincias y/o comunidades autónomas, la dificultad de acceso a las fuentes de información y la falta de colaboración de las personas contactadas hubiera aportado una visión más detallada. Sin embargo,

consideramos que los presentes resultados muestran la realidad actual de los terapeutas ocupacionales en los centros de AT en España.

Siendo conocedores de que el ejercicio de la TO en pediatría comprende, en muchos casos, el tratamiento en niños de 0 a 6 años éstos se llevan a cabo en clínicas privadas, hospitales públicos, servicios que ofrecen distintas organizaciones sin ánimo de lucro o profesionales que ejercen como autónomo. Si bien, estos datos no han sido incluidos en este documento por la intención de reflejar la situación actual, así como la necesidad de inclusión de la figura profesional del terapeuta ocupacional dentro de los centros de AT.

5. CONCLUSIONES

Lo expuesto en el presente informe, nos lleva a concluir irrefutablemente sobre lo siguiente:

1.- El terapeuta ocupacional es un profesional sanitario, es decir, presta un servicio exclusivo sanitario dentro del equipo inter o transdisciplinar, que no lo puede realizar otro perfil contratado (tal y como expresamente se desprende de la literalidad de la L.O.P.S.).

2.- La experiencia actual unida a la normativa legal que la ampara, aborda la incuestionable necesidad de que dicha figura se incorpore en los equipos de AT configurándose como un servicio público.

3.- En los centros de AT la figura del terapeuta ocupacional no puede ser reemplazada por otros profesionales ya que ésta tiene identidad propia y cubre necesidades específicas inherentes a la profesión.

4.- El hecho de que actualmente la TO no esté configurada en los centros de AT como personal básico, hace que se esté vulnerando uno de los principios contemplados en la Constitución Española, el principio de igualdad y equidad en la asistencia sanitaria de los niños atendidos en los centros de AT.

4.- Existe, por lo tanto, una flagrante discriminación entre los niños, en la medida en que dependiendo de la Comunidad Autónoma donde vivan, tienen o no, la posibilidad de beneficiarse del tratamiento de TO dado que como se ha expuesto existen comunidades autónomas que sí configuran, la figura del terapeuta ocupacional, integrada en la AT y otras que no.

5.- Se vulnera lo contemplado en el Libro Blanco de la Atención Temprana que refiere que la atención sea un servicio público, universal y de provisión gratuita para todos los niños y familias que lo precisen.

6.- Se actúa de manera opuesta a la propuesta de Ley que contempla un cambio en la CIF (OMS, 2001b) añadiendo el perfil del terapeuta ocupacional.

7.- Por último, hasta el propio Manual Atención Temprana - Orientaciones para la calidad (FEAPS, 1999), encaja la figura del terapeuta ocupacional dentro de la Unidad de Atención Terapéutica.

Estos argumentos, que descansan en la propia normativa legal evidencian que la figura del terapeuta ocupacional debe integrarse como un servicio público dentro de la unidad de AT. Y ello no sólo se deduce de la literalidad de la normativa sino también de las referencias a la figura del terapeuta ocupacional que se introducen en los diferentes documentos (Libro Blanco, manuales, proposiciones de ley, etc.) que se engloban dentro de la AT.

Esto hace evidente que los terapeutas ocupacionales son profesionales altamente cualificados, que están capacitados para atender a las personas con algún tipo de disfunción, en cualquier etapa de su vida, con el fin de desarrollar las tareas cotidianas con la máxima autonomía e integración posibles y son quienes deben integrarse dentro de la unidad de AT. Las intervenciones que se requieren dentro de esta unidad son propias de este profesional, y únicamente se pueden realizar con la obtención del título propio de terapeuta ocupacional.

Todo ello conduce a que el terapeuta ocupacional debe ser un profesional incluido en el equipo básico de los centros de AT, ya que, sin su presencia, los niños atendidos en estos recursos no percibirían la atención sanitaria adecuada en lo referente a la TO, quedando incompleta la garantía de calidad y del derecho a la salud de los menores. En los casos en los que la figura del terapeuta ocupacional sea suplantada por otro profesional, se dará la misma situación de desprotección del paciente.

6. LÍNEAS DE ACCIÓN ESTRATÉGICAS

Para la mejora de la situación actual en la intervención y atención al menor, se insta a incluir al terapeuta ocupacional en el equipo básico de AT, como conclusión a las aportaciones de este documento. Para su consecución, se proponen las siguientes líneas estratégicas y acciones, organizadas en seis puntos clave de mejora de los actuales recursos de AT.

6.1 Información a los profesionales, padres y población en general

La carencia de información en los sistemas de atención al usuario sobre el rol que desarrolla el terapeuta ocupacional en la mejora y calidad del tratamiento dificulta la demanda de esta figura por parte de las familias y otros profesionales.

LÍNEA ESTRATÉGICA 1

Hacer difusión por parte de las entidades públicas y privadas con el asesoramiento de las organizaciones profesionales de TO (colegios y asociaciones del ámbito español) del papel del terapeuta ocupacional en los equipos de AT.

ACCIONES: Difusión en los mismos centros de AT orientado a profesionales sanitarios, del ámbito educativo y a las familias. Uso de recursos mediáticos.

LÍNEA ESTRATÉGICA 2

Hacer difusión expresa a las familias que acuden a los centros de AT del papel de TO en el equipo.

ACCIONES: Actualizar las páginas webs oficiales de cada CC.AA., distribuir folletos informativos, trípticos, videos, etc.

6.2 Recursos

Los recursos de los servicios de AT que se ofertan en las diferentes comunidades autónomas son desiguales. Esto conlleva a una discriminación en la atención de los niños dependiendo de la normativa autonómica correspondiente a su lugar de residencia.

Existe una carencia de datos de los índices de calidad y eficiencia basados en la evidencia científica de algunos profesionales presentes en los equipos de AT. Como es el caso del terapeuta ocupacional que, aunque no esté en el equipo básico de los

centros, si suele estar contratado por estos gracias a la evidencia clínica demostrada en su tratamiento.

LÍNEA ESTRATÉGICA 3

Disponer leyes de AT en cada comunidad autónoma donde se incorpore al terapeuta ocupacional en los equipos básicos de AT.

ACCIONES: Revisar y modificar, en su caso, la normativa vigente de cada comunidad autónoma.

LÍNEA ESTRATÉGICA 4

Reproducir los planes de las CC.AA. que sí han incluido al terapeuta ocupacional en el equipo básico de AT.

ACCIONES: Tomar como modelo la legislación actual de las CC.AA. que tienen en sus equipos básicos al terapeuta ocupacional.

LÍNEA ESTRATÉGICA 5

Considerar la evidencia científica de otros países que incluyen al terapeuta ocupacional en los equipos de AT.

ACCIONES: Promocionar investigaciones dirigidas a demostrar la calidad asistencial y ahorro sanitario en la contratación de terapeutas ocupacionales.

ACCIONES: Justificar, mediante la investigación, el ahorro del gasto público socio- sanitario futuro que existe al incluir terapeuta ocupacional dentro en los equipos de AT.

6.3 Investigación

Hasta el momento solo existe evidencia clínica de la intervención de la TO en los centros de AT en España, pues son muy pocos terapeutas ocupacionales los que trabajan en los mismos y desde hace relativamente poco tiempo. Sin embargo, existen múltiples investigaciones de evidencias científicas en las intervenciones de TO en la atención infantil, por ejemplo, investigaciones en el enfoque de

Integración Sensorial basada en evidencia científica y en diversas patologías infantiles.

LÍNEA ESTRATÉGICA 6

Considerar líneas de investigación con evidencia científica de la intervención de la TO en los centros de AT en España.

ACCIONES: Dar facilidades administrativas/laborales y económicas desde las entidades públicas y privadas a los terapeutas ocupacionales que trabajan en los centros de AT, para poder desarrollar las pertinentes investigaciones.

6.4 Igualdad y equidad

Se incumple, el principio de igualdad y equidad en la asistencia sanitaria de los niños atendidos en los centros de AT, al procurar una asistencia inter o transdisciplinar sin incorporar al terapeuta ocupacional como parte del equipo básico de los centros de AT.

LÍNEA ESTRATÉGICA 7

Beneficiar de forma igualitaria con los recursos y tratamientos a la población infantil española con los profesionales capacitados para realizarlos.

ACCIONES: Incorporar al terapeuta ocupacional como parte del equipo básico de los centros de AT.

6.5 Familias

Los padres de los niños que acuden a AT solicitan la presencia del terapeuta ocupacional, pero no todos cuentan con ella. En este caso, la alternativa es contratar los servicios de TO en centros privados, siendo una carga económica para las familias.

Por otro lado, las familias solicitan una intervención que les facilite su vida cotidiana en el cuidado y atención de su hijo. La visión del terapeuta ocupacional en el tratamiento del niño va dirigida en gran parte a la familia, con el

asesoramiento y entrenamiento de su manejo en el hogar y en la comunidad, con un seguimiento adecuado y protocolizado del usuario.

LÍNEA ESTRATÉGICA 8

Facilitar el acceso a las familias al servicio de TO.

ACCIONES: Crear una subvención para el tratamiento de TO.

ACCIONES: Validar al terapeuta ocupacional para autorizar las ayudas existentes relativas a dependencia (como la beca del Ministerio de Educación para niños con Necesidades Educativas Especiales).

ACCIONES: Cumplir con las necesidades principales de las familias referentes a AT.

ACCIONES: Incorporar al terapeuta ocupacional como profesional en los programas de atención directa a la familia (asesoramiento, entrenamiento en el hogar y participación en la comunidad).

6.6 Prevención y promoción

El terapeuta ocupacional interviene de forma global con el fin de mejorar el desempeño futuro de los menores mediante actividades de prevención y promoción de la salud. Los terapeutas ocupacionales están cualificados para dar este servicio en los centros educativos, donde, por el contrario, la figura no está presente.

LÍNEA ESTRATÉGICA 9

Aumentar la cartera de servicios de la AT, hacia la prevención y promoción de la salud en los centros educativos.

ACCIONES: Introducir al terapeuta ocupacional en los programas de prevención y promoción de la salud en los centros educativos.

REFERENCIAS

- Abdel Karim, A. E. A., & Mohammed, A. H. (2015). Effectiveness of sensory integration program in motor skills in children with autism. *Egyptian Journal of Medical Human Genetics*, 16(4), 375-380. <https://doi.org/10.1016/j.ejmhg.2014.12.008>
- Albrecht, E. C., & Khetani, M. A. (2016). Environmental impact on young children's participation in home-based activities. *Developmental Medicine and Child Neurology*, 59(4), 388-394. <https://doi.org/10.1111/dmcn.13360>
- American Psychiatric Association (APA). (2013). *DSM-5: Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (5th Edition). American Psychiatric Pub.
- Ayres, A. J. (1969). *Sensory Integration and the Child*. Los Angeles: Western Psychological Services.
- Baranek, G. T., David, F. J., Poe, M. D., Stone, W. L., & Watson, L. R. (2006). Sensory Experiences Questionnaire: discriminating sensory features in young children with autism, developmental delays, and typical development. *Journal of Child Psychology and Psychiatry, and Allied Disciplines*, 47(6), 591-601. <https://doi.org/10.1111/j.1469-7610.2005.01546.x>
- Bart, O., Shayevits, S., Gabis, L. V., & Morag, I. (2011). Prediction of participation and sensory modulation of late preterm infants at 12 months: a prospective study. *Research in Developmental Disabilities*, 32(6), 2732-2738. <https://doi.org/10.1016/j.ridd.2011.05.037>
- Beaudry Bellefeuille, I. (2011). *Problemas de aprendizaje en la infancia* (2ª). Nobel.
- Belda Oriola, J. C. (2006). La ODAT: una herramienta para la Atención Temprana. *Informació psicològica*, (87), 68-80.
- Ben-Sasson, A., Hen, L., Fluss, R., Cermak, S. A., Engel-Yeger, B., & Gal, E. (2009). A meta-analysis of sensory modulation symptoms in individuals with autism spectrum disorders. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, 39(1), 1-11. <https://doi.org/10.1007/s10803-008-0593-3>
- Cabrera, M. C., & Sánchez Palacios, C. (2008). *La estimulación precoz: un enfoque práctico*. Siglo XXI.
- Carrasco M., J., & Olivares A., D. (2008). Haciendo camino al andar: construcción y comprensión de la ocupación para la investigación y práctica de la Terapia Ocupacional. *Revista Chilena de Terapia Ocupacional*, (8), 5-16. <https://doi.org/10.5354/0717-5346.2008.55>

- Case-Smith, J., Butcher, L., & Reed, D. (1998). Parents' Report of Sensory Responsiveness and Temperament in Preterm Infants. *American Journal of Occupational Therapy*, 52(7), 547-555. <https://doi.org/10.5014/ajot.52.7.547>
- Domingo Sanz, M. Á. (2015). *Terapia Ocupacional en Pediatría* (1ª). Madrid: Síntesis.
- Domínguez Jiménez, I., & Calvo Arenillas, J. I. (2015). Terapia ocupacional y su papel en atención temprana: revisión sistemática. *TOG (A Coruña) [revista en internet]*, 12(21), 22.
- Dunn, W. (1999). *The Sensory Profile: User's manual*. San Antonio, TX: Psychological Corporation.
- Fazlıoğlu, Y., & Baran, G. (2008). A sensory integration therapy program on sensory problems for children with autism. *Perceptual and Motor Skills*, 106(2), 415-422. <https://doi.org/10.2466/pms.106.2.415-422>
- FEAPS. (1999). Atención Temprana. Orientaciones para la calidad. Manuales de buena práctica FEAPS. FEAPS.
- García-Navarro, M.-E., Taraconte, M., Sarduy, I., Adbo, A., Galvizú, R., Torres, A., & Leal, E. (2000). Influencia de la estimulación temprana en la parálisis cerebral. *Revista de Neurología*, 31(8), 716-719.
- GAT, & Federación Estatal de Asociaciones de Profesionales de Atención Temprana. (2011). La realidad actual de la atención temprana en España. Real Patronato sobre Discapacidad.
- Gobierno de España. Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad, & Organización Mundial de la Salud. (2011). *Clasificación Internacional del Funcionamiento, de la Discapacidad y de la Salud: Versión para la Infancia y Adolescencia: CIF-IA*. Madrid: Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad. Recuperado a partir de <http://www.who.int/iris/handle/10665/81610>
- Greenspan, S. I., & Wieder, S. (2012). *Comprender el Autismo. Una perspectiva científica*. RBA.
- Grupo de Atención Temprana. (2000). Libro Blanco de la Atención Temprana. Real Patronato de Prevención y de Atención a Personas con Minusvalía.
- Harris, M. N., Voigt, R. G., Barbaresi, W. J., Voge, G. A., Killian, J. M., Weaver, A. L., ... Katusic, S. K. (2013). ADHD and Learning Disabilities in Former Late Preterm Infants: A Population-Based Birth Cohort. *Pediatrics*, 132(3), e630-e636. <https://doi.org/10.1542/peds.2012-3588>
- IMSERSO. (2004). *Guía de estándares de calidad en atención temprana*. Madrid: Ministerio de Trabajos y Asuntos Sociales. Secretaría de Estado de Servicios Sociales, Familias y Discapacidad.

- INE. (2008). Encuesta de Discapacidad, Autonomía Personal y Situaciones de Dependencia. Recuperado 9 de marzo de 2018, a partir de http://www.ine.es/dyngs/INEbase/es/operacion.htm?c=Estadistica_C&cid=1254736176782&menu=resultados&secc=1254736194716&idp=1254735573175
- Johnson, S., Strauss, V., Gilmore, C., Jaekel, J., Marlow, N., & Wolke, D. (2016). Learning disabilities among extremely preterm children without neurosensory impairment: Comorbidity, neuropsychological profiles and scholastic outcomes. *Early Human Development*, 103, 69-75. <https://doi.org/10.1016/j.earlhumdev.2016.07.009>
- Kingsley, K., & Mailloux, Z. (2013). Evidence for the effectiveness of different service delivery models in early intervention services. *The American Journal of Occupational Therapy*, 67(4), 431-436. <https://doi.org/10.5014/ajot.2013.006171>
- León Collado, A., & Bouzón Seoane, C. (2013). Ocupación y juego en la infancia. *TOG (A Coruña) [revista en internet]*, 10(8), 32-35.
- Lloyd, M., MacDonald, M., & Lord, C. (2013). Motor skills of toddlers with autism spectrum disorders. *Autism: The International Journal of Research and Practice*, 17(2), 133-146. <https://doi.org/10.1177/1362361311402230>
- Martínez Morga, M., & Martínez, S. (2016). Desarrollo y plasticidad del cerebro. *Revista de Neurología*, 62(Supl.1), 385-395.
- May-Benson, T. A., & Koomar, J. A. (2010). Systematic review of the research evidence examining the effectiveness of interventions using a sensory integrative approach for children. *The American Journal of Occupational Therapy*, 64(3), 403-414. <https://doi.org/10.5014/ajot.2010.09071>
- Mitchell, A. W., Moore, E. M., Roberts, E. J., Hachtel, K. W., & Brown, M. S. (2015). Sensory processing disorder in children ages birth-3 years born prematurely: a systematic review. *The American Journal of Occupational Therapy*, 69(1), 2087154. <https://doi.org/10.5014/ajot.2015.013755>
- Moruno Miralles, P. (2007). Tema 27. Desarrollo de Marcos Conceptuales en Terapia Ocupacional. Parte Primera: de la Terapia Moral al Paradigma de la Ocupación descrito por Adolph Meyer. Teoría del Comportamiento Ocupacional de Mary Reilly. En *Temario parte específica* (Vol. 1). Oposiciones Terapia Ocupacional del Servicio Andaluz de Salud.
- Navarrete Salas, E. (2010). Ciencia de la Ocupación: caminos y perspectivas. *TOG (A Coruña) [revista en internet]*, 7(Supl: 6), 132-143.
- Novak, I., McIntyre, S., Morgan, C., Campbell, L., Dark, L., Morton, N., ... Goldsmith, S. (2013). A systematic review of interventions for children with cerebral palsy: state of the

- evidence. *Developmental Medicine and Child Neurology*, 55(10), 885-910.
<https://doi.org/10.1111/dmcn.12246>
- OMS. (2001a). Organización Mundial de la Salud. Recuperado 31 de enero de 2018, a partir de <http://www.who.int/es/>
- OMS. (2001b). *Organización Mundial de la Salud. Clasificación Internacional del Funcionamiento, de la Discapacidad y de la Salud (CIF)*. España: IMSERSO.
- Parham, L. D., Roley, S. S., May-Benson, T. A., Koomar, J., Brett-Green, B., Burke, J. P., ... Schaaf, R. C. (2011). Development of a Fidelity Measure for Research on the Effectiveness of the Ayres Sensory Integration® Intervention. *American Journal of Occupational Therapy*, 65(2), 133-142. <https://doi.org/10.5014/ajot.2011.000745>
- Park, N., Peterson, C., & Sun, J. K. (2013). La Psicología Positiva: Investigación y aplicaciones. *Terapia Psicológica*, 31(1), 11-19. <https://doi.org/10.4067/S0718-48082013000100002>
- Polatajko, H. J., & Cantin, N. (2010). Exploring the effectiveness of occupational therapy interventions, other than the sensory integration approach, with children and adolescents experiencing difficulty processing and integrating sensory information. *The American Journal of Occupational Therapy*, 64(3), 415-429.
- Polonio López, B., Castellanos Ortega, M. C., & Viana Moldes, I. (2008). *Terapia Ocupacional en la Infancia: teoría y práctica* (1ª). Madrid: Médica Panamericana.
- Rahkonen, P., Lano, A., Pesonen, A.-K., Heinonen, K., Räikkönen, K., Vanhatalo, S., ... Metsäranta, M. (2015). Atypical sensory processing is common in extremely low gestational age children. *Acta Paediatrica (Oslo, Norway: 1992)*, 104(5), 522-528. <https://doi.org/10.1111/apa.12911>
- Reilly, M. (1974). *Play as Exploratory Learning*. Sage Publications.
- Rellán Rodríguez, S., García de Ribera, C., & Aragón García, M. P. (2008). El recién nacido prematuro. *Asociación Española de Pediatría [libro electrónico]*. España, 68-77.
- Reynolds, S., Glennon, T. J., Ausderau, K., Bendixen, R. M., Kuhaneck, H. M., Pfeiffer, B., ... Bodison, S. C. (2017). Using a multifaceted approach to working with children who have differences in sensory processing and integration. *The American Journal of Occupational Therapy*, 71(2), 7102360010p1-7102360010p10. <https://doi.org/10.5014/ajot.2017.019281>
- Roley, S. Smith, DeLany, J., Barrows, C., Brownrigg, S., & Honaker, D. (2008). Occupational Therapy Practice Framework: Domain and Process. 2nd Edition. *The American Journal of Occupational Therapy*, 62(6), 625-683.
- Roley, Susanne Smith, Mailloux, Z., Parham, L. D., Schaaf, R. C., Lane, C. J., & Cermak, S. (2015). Sensory integration and praxis patterns in children with autism. *The*

- American Journal of Occupational Therapy: Official Publication of the American Occupational Therapy Association*, 69(1), 6901220010.
<https://doi.org/10.5014/ajot.2015.012476>
- Romero Ayuso, D., & Moruno Miralles, P. (2003). *Terapia Ocupacional: Teoría y Técnicas*. Barcelona: Masson.
- Schaaf, R. C., Benevides, T., Mailloux, Z., Faller, P., Hunt, J., van Hooydonk, E., ... Kelly, D. (2014). An Intervention for Sensory Difficulties in Children with Autism: A Randomized Trial. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, 44(7), 1493-1506. <https://doi.org/10.1007/s10803-013-1983-8>
- Schaaf, R. C., Benevides, T. W., Kelly, D., & Mailloux-Maggio, Z. (2012). Occupational therapy and sensory integration for children with autism: a feasibility, safety, acceptability and fidelity study. *Autism: The International Journal of Research and Practice*, 16(3), 321-327. <https://doi.org/10.1177/1362361311435157>
- Schaaf, R. C., & Nightlinger, K. M. (2007). Occupational Therapy using a Sensory Integrative approach: A case study of effectiveness. *American Journal of Occupational Therapy*, 61, 239-246. <https://doi.org/10.5014/ajot.61.2.239>
- Watling, R., Koenig, K., Schaaf, R., & Davies, P. (2011). *Occupational therapy practice guidelines for children and adolescents with challenges in sensory processing and sensory integration*. Bethesda, MD: AOTA Press. Recuperado a partir de <https://nyuscholars.nyu.edu/en/publications/occupational-therapy-practice-guidelines-for-children-and-adolesc-2>
- Wickremasinghe, A. C., Rogers, E. E., Johnson, B. C., Shen, A., Barkovich, A. J., & Marco, E. J. (2013). Children born prematurely have atypical sensory profiles. *Journal of Perinatology: Official Journal of the California Perinatal Association*, 33(8), 631-635. <https://doi.org/10.1038/jp.2013.12>

ANEXO 1. La legislación Autonómica Española en materia de Atención Temprana

ANDALUCÍA	LEY REGULADORA Orden de 13 de diciembre de 2016, por la que se establecen las condiciones materiales y funcionales de los Centros de Atención Infantil Temprana para su autorización	¿TERAPEUTA OCUPACIONAL LEGALMENTE CONTEMPLADO? NO	PROFESIONALES BÁSICOS Equipo básico exigido: psicólogo, logopeda y fisioterapeuta con experiencia acreditada o formación en AT. Contempla al terapeuta ocupacional en el Proceso Asistencial Integrado de Atención Temprana (Sistema Sanitario Público Andaluz), concretamente en dos áreas: La rehabilitación médico funcional en niños con trastornos funcionales neuromotores y en el tratamiento de los trastornos psicopatológicos en el niño.
ARAGÓN	LEYES REGULADORAS Orden de 20 de enero de 2003, del Departamento de Salud, Consumo y Servicios Sociales, por la que se regula el Programa de Atención Temprana en la Comunidad Autónoma de Aragón Ley 39/2006, de 14 de diciembre, de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las personas en Situación de Dependencia Decreto 194/2013, de 17 de diciembre, donde, en el artículo 24.f, establece: "la gestión de los Servicios Sociales Especializados de Atención Temprana"	¿TERAPEUTA OCUPACIONAL LEGALMENTE CONTEMPLADO? NO	PROFESIONALES BÁSICOS En los equipos se contemplan los siguientes perfiles profesionales: Médico rehabilitador, fisioterapeuta, logopedas, psicólogo y terapeutas ocupacionales / psicomotricistas. Los terapeutas ocupacionales se encargan del área de estimulación precoz y/o psicomotricidad, ya que no se especifica el perfil concreto.

CANTABRIA	LEY REGULADORA Queda reflejado el derecho al servicio de AT en la cartera de servicios sociales que está regulada por la Ley de Cantabria 2/2007 de 27 de marzo, de derechos y servicios sociales, donde tampoco se desarrolla el tipo de servicio o los profesionales que deben proporcionar el mismo	¿TERAPEUTA OCUPACIONAL LEGALMENTE CONTEMPLADO? NO	PROFESIONALES BÁSICOS No especifica el equipo básico
CASTILLA Y LEÓN	LEYES REGULADORAS Ley 39/2006, de 14 de diciembre, de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las personas en Situación de Dependencia en su disposición décimo tercera la atención a los menores de 3 años Ley 16/2010, de 20 de diciembre, de Servicios Sociales de Castilla y León, en el art. 19 contempla la AT como una prestación esencial, cuyo reconocimiento tiene carácter subjetivo	¿TERAPEUTA OCUPACIONAL LEGALMENTE CONTEMPLADO? NO	PROFESIONALES BÁSICOS Médico rehabilitador, psicólogo, pedagogo, trabajador social, fisioterapeuta, psicomotricista, logopeda y estimulador.
CATALUÑA	LEYES REGULADORAS Decreto 261/2003, 21 de octubre, por los que se regulan los centros de Atención Precoz Decreto 142/2010, de 11 de octubre, por el que se aprueba la Cartera de Servicios Sociales 2010-2011	¿TERAPEUTA OCUPACIONAL LEGALMENTE CONTEMPLADO? NO	PROFESIONALES BÁSICOS Recoge como equipo básico a los profesionales de los siguientes ámbitos: neurología infantil, psicología clínica, logopedia, fisioterapia y trabajo social. En la Cartera de Servicios sociales recomienda los perfiles de psicomotricista y pedagogo/a.

CIUDAD AUTÓNOMA DE CEUTA	LEY REGULADORA Depende directamente del IMSERSO: Ley 39/2006, de 14 de diciembre, de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las personas en Situación de Dependencia Sus centros se rigen por la guía de estándares de calidad en AT (IMSERSO, 2004)	¿TERAPEUTA OCUPACIONAL LEGALMENTE CONTEMPLADO? NO	PROFESIONALES BÁSICOS Existe un equipo de profesionales que valora al niño (compuesto por trabajador social, médico y psicólogo) y otro equipo de atención directa al niño (formado por fisioterapeuta y/o psicomotricista y logopeda)
CIUDAD AUTÓNOMA DE MELILLA	LEY REGULADORA Depende directamente del IMSERSO: Ley 39/2006, de 14 de diciembre, de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las personas en Situación de Dependencia Sus centros se rigen por la guía de estándares de calidad en AT (IMSERSO, 2004)	¿TERAPEUTA OCUPACIONAL LEGALMENTE CONTEMPLADO? NO	PROFESIONALES BÁSICOS Existe un equipo de profesionales que valora al niño (compuesto por trabajador social, médico y psicólogo) y otro equipo de atención directa al niño (formado por fisioterapeuta y/o psicomotricista y logopeda)
COMUNIDAD DE MADRID	LEYES REGULADORAS Decreto 197/2015, de 4 de agosto, del Consejo de Gobierno, por el que se establece la estructura orgánica de la Consejería de Políticas Sociales y Familia Decreto 46/2015, de 7 de mayo, del Consejo de Gobierno, por el que se regula la coordinación en la prestación de la atención	¿TERAPEUTA OCUPACIONAL LEGALMENTE CONTEMPLADO? NO	PROFESIONALES BÁSICOS Servicios de estimulación, fisioterapia, psicomotricidad, logopedia y psicoterapia, así como apoyo a la familia. Los TO en algunos centros están presentes en los equipos como estimuladores. En el centro regional de coordinación y valoración infantil CRECROVI (Centro Regional de Coordinación y Valoración Infantil) determina en última instancia las intervenciones en materia de AT

COMUNIDAD FORAL DE NAVARRA	LEY REGULADORA Orden foral 317/2009, de 16 de octubre, de la consejera de asuntos sociales, familia, juventud y deporte, por la que se regula el servicio de atención temprana		PROFESIONALES BÁSICOS Aparecen reflejados como básicos los perfiles de logopedia, fisioterapia y psicomotricidad, en la guía de recursos de AT publicada por el Gobierno de Navarra. Se hace mención del TO dentro de los profesionales con formación específica en AT que pueden formar parte del equipo
COMUNIDAD VALENCIANA	LEY REGULADORA 2001/9607 ORDEN de 21 de septiembre de 2001, de la Conselleria de Bienestar Social, por la que se regulan las condiciones y requisitos de funcionamiento de los Centros de Estimulación Precoz	¿TERAPEUTA OCUPACIONAL LEGALMENTE CONTEMPLADO? NO	PROFESIONALES BÁSICOS Se exige formación en AT y al menos en el equipo: psicólogo, o pedagogo, fisioterapeuta y estimuladores. Dentro de la categoría estimulador puede entrar el terapeuta ocupacional pero lo determina cada centro de AT
EXTREMADURA	LEY REGULADORA Decreto 151/2006, de 31 de julio, por el que se regula el Marco de Atención a la Discapacidad en Extremadura (MADEX)	¿TERAPEUTA OCUPACIONAL LEGALMENTE CONTEMPLADO? SI El portal del SEPAD, (Servicio Extremeño de Promoción de la autonomía y Atención a la Dependencia), oferta desde su portal la figura del terapeuta ocupacional	PROFESIONALES BÁSICOS El equipo viene determinado por el tipo de terapia: logopedia / terapia de comunicación y lenguaje, psicomotricidad, fisioterapia, terapia ocupacional y tratamiento psicológico. Las actuaciones y tratamientos de rehabilitación funcional se centran en las siguientes áreas de desarrollo: psicomotora, comunicación y lenguaje, cognitiva, autonomía personal y área social

GALICIA	LEY REGULADORA Decreto 183/2013, del 5 de diciembre por el que se crea la Red Gallega de Atención temprana y que se amplía en el Protocolo de Coordinación, Intervención y Derivación Interinstitucional de Atención Temprana	¿TERAPEUTA OCUPACIONAL LEGALMENTE CONTEMPLADO? NO	PROFESIONALES BÁSICOS En todas las unidades hospitalarias cuentan al menos con un terapeuta ocupacional (no específico del servicio de AT)
ISLAS BALEARES	LEY REGULADORA Decreto 85/2010, de 25 de junio por el cual se regula la red pública y concertada de atención temprana en el ámbito de los servicios sociales de las Illes Balears	¿TERAPEUTA OCUPACIONAL LEGALMENTE CONTEMPLADO? NO	PROFESIONALES BÁSICOS En función de la ratio, el equipo básico de AT está compuesto por: - Un técnico o una técnica superior (psicólogo/a, psicopedagogo/a) con formación acreditada en desarrollo infantil. - Dos técnicos o técnicas de grado medio (fisioterapeuta, logopeda o con titulación universitaria de magisterio en la especialidad de audición y lenguaje). - Un trabajador/a social. Siendo prescindibles en función del perfil de usuarios atendidos en dicho servicio
ISLAS CANARIAS	LEY REGULADORA No dispone de una red pública ni de servicios concertados de Atención Temprana	¿TERAPEUTA OCUPACIONAL LEGALMENTE CONTEMPLADO? NO	PROFESIONALES BÁSICOS La Universidad de la Laguna cuenta con un servicio de AT que cuentan con psicomotricidad y logopedia. Solo se cuenta con TO en 5 hospitales de 10 que existen dentro del programa de rehabilitación funcional
LA RIOJA	LEYES REGULADORAS Decreto 126/2007, de 26 de octubre, por el que se regula la Intervención Integral de la Atención Temprana en La Rioja Orden 2/2010, de 11 de enero, por la que se regula el procedimiento de intervención de servicios sociales en atención temprana	¿TERAPEUTA OCUPACIONAL LEGALMENTE CONTEMPLADO? NO	PROFESIONALES BÁSICOS Queda reflejado las siguientes modalidades de atención: fisioterapia, logopedia, psicología, estimulación, psicomotricidad, lenguaje de signos

PRINCIPADO DE ASTURIAS	LEY REGULADORA Plan de Atención Temprana del Principado de Asturias y en el Decreto 79/2002, de 13 de junio, por el que se aprueba el Reglamento de autorización, registro, acreditación e inspección de centros de atención de servicios sociales	¿TERAPEUTA OCUPACIONAL LEGALMENTE CONTEMPLADO? NO	PROFESIONALES BÁSICOS Integrantes del equipo básico de atención temprana: psicólogo, fisioterapeuta, logopeda y técnicos de estimulación (psicomotricista, estimulador o maestro)
PAÍS VASCO	LEYES REGULADORAS Ley 12/2008, de 5 de diciembre, de Servicios Sociales la cual contempla expresamente el servicio de intervención social en AT entre los servicios incluidos en el Catálogo de Prestaciones y Servicios del Sistema Vasco de Servicios Sociales Decreto 13/2016, de 2 de febrero, de intervención integral en AT en la Comunidad Autónoma del País Vasco	¿TERAPEUTA OCUPACIONAL LEGALMENTE CONTEMPLADO? NO	PROFESIONALES BÁSICOS Exige únicamente que cuenten con 3 de los siguientes perfiles en los Centros de AT: psicomotricidad, psicoterapia, fisioterapia, logopedia y trabajo social. Exigiéndoles formación específica en AT o experiencia demostrable en dicha área. Se incluye la TO como un servicio que se debe proporcionar desde los equipos de intervención, pero no es obligatorio
REGIÓN DE MURCIA	LEYES REGULADORAS Ley 6/2013, de 8 de julio, establece la prestación del Servicio de AT con carácter universal para todos los menores de entre cero y seis años de la región de Murcia cuando el servicio público de valoración determine su necesidad Actualmente existe un anteproyecto de Ley de Servicios Sociales de la Región de Murcia y el Proyecto de Decreto por el que se regula la intervención integral de la AT	¿TERAPEUTA OCUPACIONAL LEGALMENTE CONTEMPLADO? NO	PROFESIONALES BÁSICOS El equipo está formado por: psicólogo, fisioterapeuta, psicomotricista, logopeda, trabajador social y estimulador

ANEXO 2. Distribución de los centros de Atención Temprana consultados por provincias españolas

Andalucía.

CENTROS DE ATENCIÓN TEMPRANA		
ANDALUCÍA	TITULARIDAD PÚBLICA	TITULARIDAD PRIVADA
Almería	15	0
Cádiz	22	0
Córdoba	17	0
Granada	19	0
Huelva	12	0
Jaén	17	0
Málaga	24	0
Sevilla	34	0
TOTAL	160	0

Total de Centros de Atención Temprana: 160

Aragón.

CENTROS DE ATENCIÓN TEMPRANA		
ARAGÓN	TITULARIDAD PÚBLICA	TITULARIDAD PRIVADA
Zaragoza	10	0
Teruel	2	0
Huesca	6	0
TOTAL	18	0

Total de Centros de Atención Temprana: 18

Cantabria.

CENTROS DE ATENCIÓN TEMPRANA		
CANTABRIA	TITULARIDAD PÚBLICA	TITULARIDAD PRIVADA
Cantabria	4	0
TOTAL	4	0

Total de Centros de Atención Temprana: 4

Castilla-La Mancha.

CENTROS DE ATENCIÓN TEMPRANA		
CASTILLA-LA MANCHA	TITULARIDAD PÚBLICA	TITULARIDAD PRIVADA
Albacete	1	6
Ciudad Real	3	6
Cuenca	3	2
Guadalajara	1	1
Toledo	2	8
TOTAL	10	23

Total de Centros de Atención Temprana: 33

Castilla y León.

CENTROS DE ATENCIÓN TEMPRANA		
CASTILLA Y LEÓN	TITULARIDAD PÚBLICA	TITULARIDAD PRIVADA
Ávila	1	0
Burgos	1	0
Zamora	1	0
León	1	0
Palencia	1	0
Salamanca	1	0
Segovia	1	0
Soria	1	0
Valladolid	1	0
TOTAL	9	0

Total de Centros de Atención Temprana: 9

Cataluña.

CENTROS DE ATENCIÓN TEMPRANA		
CATALUÑA	TITULARIDAD PÚBLICA	TITULARIDAD PRIVADA
Barcelona	50	0
Tarragona	13	0
Gerona	10	0
Lérida	10	0
TOTAL	83	0

Total de Centros de Atención Temprana: 83

Ciudad Autónoma de Ceuta.

CENTROS DE ATENCIÓN TEMPRANA		
CIUDAD AUTÓNOMA DE CEUTA	TITULARIDAD PÚBLICA	TITULARIDAD PRIVADA
Ceuta	1	0
TOTAL	1	0

Total de Centros de Atención Temprana: 1

Ciudad Autónoma de Melilla.

CENTROS DE ATENCIÓN TEMPRANA		
CIUDAD AUTÓNOMA DE MELILLA	TITULARIDAD PÚBLICA	TITULARIDAD PRIVADA
Melilla	1	0
TOTAL	1	0

Total de Centros de Atención Temprana: 1

Comunidad de Madrid.

CENTROS DE ATENCIÓN TEMPRANA		
COMUNIDAD DE MADRID	TITULARIDAD PÚBLICA	TITULARIDAD PRIVADA
Madrid	32	0
TOTAL	32	0

Total de Centros de Atención Temprana: 32

Comunidad Valenciana.

CENTROS DE ATENCIÓN TEMPRANA		
COMUNIDAD VALENCIANA	TITULARIDAD PÚBLICA	TITULARIDAD PRIVADA
Alicante	16	0
Castellón	4	1
Valencia	11	5
TOTAL	31	6

Total de Centros de Atención Temprana: 37

Extremadura.

CENTROS DE ATENCIÓN TEMPRANA		
EXTREMADURA	TITULARIDAD PÚBLICA	TITULARIDAD PRIVADA
Badajoz	23	0
Cáceres	12	0
TOTAL	35	0

Total de Centros de Atención Temprana: 35

Galicia.

CENTROS DE ATENCIÓN TEMPRANA		
GALICIA	TITULARIDAD PÚBLICA	TITULARIDAD PRIVADA
A Coruña	9	0
Lugo	2	0
Ourense	3	0
Pontevedra	5	1
TOTAL	19	1

Total de Centros de Atención Temprana: 20

Islas Baleares.

CENTROS DE ATENCIÓN TEMPRANA		
ISLAS BALEARES	TITULARIDAD PÚBLICA	TITULARIDAD PRIVADA
Islas Baleares	0	0
TOTAL	0	0

Total de Centros de Atención Temprana: 0

Islas Canarias.

CENTROS DE ATENCIÓN TEMPRANA		
ISLAS CANARIAS	TITULARIDAD PÚBLICA	TITULARIDAD PRIVADA
TOTAL*	7	0

Total de Centros de Atención Temprana: 7

* Para este trabajo no se contemplan las provincias de las Islas Canarias por falta de datos.

La Rioja.

CENTROS DE ATENCIÓN TEMPRANA		
LA RIOJA	TITULARIDAD PÚBLICA	TITULARIDAD PRIVADA
La Rioja	1	27
TOTAL	1	27

Total de Centros de Atención Temprana: 28

Comunidad Foral de Navarra.

CENTROS DE ATENCIÓN TEMPRANA		
NAVARRA	TITULARIDAD PÚBLICA	TITULARIDAD PRIVADA
Navarra	1	0
TOTAL	1	0

Total de Centros de Atención Temprana: 1

País Vasco.

CENTROS DE ATENCIÓN TEMPRANA		
PAIS VASCO	TITULARIDAD PÚBLICA	TITULARIDAD PRIVADA
Álava	2	0
Vizcaya	7	0
Guipúzcoa	14	0
TOTAL	23	0

Total de Centros de Atención Temprana: 23

Principado de Asturias.

CENTROS DE ATENCIÓN TEMPRANA		
PRINCIPADO DE ASTURIAS	TITULARIDAD PÚBLICA	TITULARIDAD PRIVADA
Asturias	8	0
TOTAL	8	0

Total de Centros de Atención Temprana: 8

Región de Murcia.

CENTROS DE ATENCIÓN TEMPRANA		
REGIÓN DE MURCIA	TITULARIDAD PÚBLICA	TITULARIDAD PRIVADA
Murcia	15	11
TOTAL	15	11

Total de Centros de Atención Temprana: 26

ANEXO 3. Distribución de la figura del terapeuta ocupacional en los centros consultados de Atención Temprana por provincias españolas

Andalucía.

Nº DE TERAPEUTAS OCUPACIONALES EN CENTROS DE ATENCIÓN TEMPRANA		
ANDALUCÍA	EQUIPO TERAPÉUTICO	ASOCIADO
Almería	0	2
Cádiz	0	1
Córdoba	1	2
Granada	3	1
Huelva	1	2
Jaén	1	1
Málaga	1	4
Sevilla	0	2
TOTAL	7	15

Total de Terapeutas Ocupacionales en los Centros de Atención Temprana: 22

Aragón.

Nº DE TERAPEUTAS OCUPACIONALES EN CENTROS DE ATENCIÓN TEMPRANA		
ARAGÓN	EQUIPO TERAPÉUTICO	ASOCIADO
Zaragoza	0	0
Teruel	0	0
Huesca	0	0
TOTAL	0	0

Total de Terapeutas Ocupacionales en los Centros de Atención Temprana: 0

Cantabria.

Nº DE TERAPEUTAS OCUPACIONALES EN CENTROS DE ATENCIÓN TEMPRANA		
CANTABRIA	EQUIPO TERAPÉUTICO	ASOCIADO
Cantabria	0	0
TOTAL	0	0

Total de Terapeutas Ocupacionales en los Centros de Atención Temprana: 0

Castilla-La Mancha.

Nº DE TERAPEUTAS OCUPACIONALES EN CENTROS DE ATENCIÓN TEMPRANA		
CASTILLA-LA MANCHA	EQUIPO TERAPÉUTICO	ASOCIADO
Albacete	2	9
Ciudad Real	4	15
Cuenca	3	3
Guadalajara	0	0
Toledo	4	15
TOTAL	13	42

Total de Terapeutas Ocupacionales en los Centros de Atención Temprana: 55

Castilla y León.

Nº DE TERAPEUTAS OCUPACIONALES EN CENTROS DE ATENCIÓN TEMPRANA		
CASTILLA Y LEÓN	EQUIPO TERAPÉUTICO	ASOCIADO
Ávila	0	0
Burgos	0	0
Zamora	0	0
León	0	0
Palencia	0	0
Salamanca	0	0
Segovia	0	0
Soria	0	0
Valladolid	1	0
TOTAL	1	0

Total de Terapeutas Ocupacionales en los Centros de Atención Temprana: 1

Cataluña.

Nº DE TERAPEUTAS OCUPACIONALES EN CENTROS DE ATENCIÓN TEMPRANA		
CATALUÑA	EQUIPO TERAPÉUTICO	ASOCIADO
Barcelona	3	8
Tarragona	0	3
Gerona	0	3
Lérida	0	0
TOTAL	3	14

Total de Terapeutas Ocupacionales en los Centros de Atención Temprana: 17

Ciudad Autónoma de Ceuta.

Nº DE TERAPEUTAS OCUPACIONALES EN CENTROS DE ATENCIÓN TEMPRANA		
CEUTA	EQUIPO TERAPÉUTICO	ASOCIADO
Ceuta	0	0
TOTAL	0	0

Total de Terapeutas Ocupacionales en los Centros de Atención Temprana: 0

Ciudad Autónoma de Melilla.

Nº DE TERAPEUTAS OCUPACIONALES EN CENTROS DE ATENCIÓN TEMPRANA		
MELILLA	EQUIPO TERAPÉUTICO	ASOCIADO
Melilla	0	0
TOTAL	0	0

Total de Terapeutas Ocupacionales en los Centros de Atención Temprana: 0

Comunidad de Madrid.

Nº DE TERAPEUTAS OCUPACIONALES EN CENTROS DE ATENCIÓN TEMPRANA		
COMUNIDAD DE MADRID	EQUIPO TERAPÉUTICO	ASOCIADO
Madrid	26	2
TOTAL	26	2

Total de Terapeutas Ocupacionales en los Centros de Atención Temprana: 28

Comunidad Valenciana.

Nº DE TERAPEUTAS OCUPACIONALES EN CENTROS DE ATENCIÓN TEMPRANA		
COMUNIDAD VALENCIANA	EQUIPO TERAPÉUTICO	ASOCIADO
Alicante	0	1
Castellón	0	0
Valencia	13	0
TOTAL	13	1

Total de Terapeutas Ocupacionales en los Centros de Atención Temprana: 14

Extremadura.

Nº DE TERAPEUTAS OCUPACIONALES EN CENTROS DE ATENCIÓN TEMPRANA		
EXTREMADURA	EQUIPO TERAPÉUTICO	ASOCIADO
Badajoz	28	0
Cáceres	16	0
TOTAL	44	0

Total de Terapeutas Ocupacionales en los Centros de Atención Temprana: 44

Galicia.

Nº DE TERAPEUTAS OCUPACIONALES EN CENTROS DE ATENCIÓN TEMPRANA		
GALICIA	EQUIPO TERAPÉUTICO	ASOCIADO
A Coruña	5	0
Lugo	1	0
Ourense	1	0
Pontevedra	4	0
TOTAL	11	0

Total de Terapeutas Ocupacionales en los Centros de Atención Temprana: 11

Islas Baleares.

Nº DE TERAPEUTAS OCUPACIONALES EN CENTROS DE ATENCIÓN TEMPRANA		
ISLAS BALEARES	EQUIPO TERAPÉUTICO	ASOCIADO
Islas Baleares	0	0
TOTAL	0	0

Total de Terapeutas Ocupacionales en los Centros de Atención Temprana: 0

Islas Canarias.

Nº DE TERAPEUTAS OCUPACIONALES EN CENTROS DE ATENCIÓN TEMPRANA		
ISLAS CANARIAS	EQUIPO TERAPÉUTICO	ASOCIADO
Islas Canarias	2	1
TOTAL*	2	1

Total de Terapeutas Ocupacionales en los Centros de Atención Temprana: 3

* Para este trabajo no se contemplan las provincias de las Islas Canarias por falta de datos.

La Rioja.

Nº DE TERAPEUTAS OCUPACIONALES EN CENTROS DE ATENCIÓN TEMPRANA		
LA RIOJA	EQUIPO TERAPÉUTICO	ASOCIADO
La Rioja	3	0
TOTAL	3	0

Total de Terapeutas Ocupacionales en los Centros de Atención Temprana: 3

Comunidad Foral de Navarra.

Nº DE TERAPEUTAS OCUPACIONALES EN CENTROS DE ATENCIÓN TEMPRANA		
NAVARRA	EQUIPO TERAPÉUTICO	ASOCIADO
Navarra	2	0
TOTAL	2	0

Total de Terapeutas Ocupacionales en los Centros de Atención Temprana: 2

País Vasco.

Nº DE TERAPEUTAS OCUPACIONALES EN CENTROS DE ATENCIÓN TEMPRANA		
PAÍS VASCO	EQUIPO TERAPÉUTICO	ASOCIADO
Álava	0	0
Vizcaya	2	1
Guipúzcoa	2	4
TOTAL	4	5

Total de Terapeutas Ocupacionales en los Centros de Atención Temprana: 9

Principado de Asturias.

Nº DE TERAPEUTAS OCUPACIONALES EN CENTROS DE ATENCIÓN TEMPRANA		
PRINCIPADO DE ASTURIAS	EQUIPO TERAPÉUTICO	ASOCIADO
Asturias	0	0
TOTAL	0	0

Total de Terapeutas Ocupacionales en los Centros de Atención Temprana: 0

Región de Murcia.

Nº DE TERAPEUTAS OCUPACIONALES EN CENTROS DE ATENCIÓN TEMPRANA		
REGIÓN DE MURCIA	EQUIPO TERAPÉUTICO	ASOCIADO
Murcia	4	15
TOTAL	4	15

Total de Terapeutas Ocupacionales en los Centros de Atención Temprana: 19

ANEXO 4. Modalidad de contratación de la figura del terapeuta ocupacional en los centros consultados de Atención Temprana por provincias

Andalucía.

MODALIDAD DE CONTRATACIÓN DEL TERAPEUTA OCUPACIONAL				
ANDALUCÍA	CUENTA AJENA	AUTÓNOMO	NS/NC	OTROS
Almería	1	0	1	0
Cádiz	0	0	1	0
Córdoba	0	0	2	1
Granada	4	0	0	0
Huelva	0	0	2	1
Jaén	1	0	1	0
Málaga	3	0	2	0
Sevilla	1	0	1	0
TOTAL	10	0	10	2

Aragón.

MODALIDAD DE CONTRATACIÓN DEL TERAPEUTA OCUPACIONAL				
ARAGÓN	CUENTA AJENA	AUTÓNOMO	NS/NC	OTROS
Zaragoza	0	0	0	0
Teruel	0	0	0	0
Huesca	0	0	0	0
TOTAL	0	0	0	0

Cantabria.

MODALIDAD DE CONTRATACIÓN DEL TERAPEUTA OCUPACIONAL				
CANTABRIA	CUENTA AJENA	AUTÓNOMO	NS/NC	OTROS
Cantabria	0	0	0	0
TOTAL	0	0	0	0

Castilla-La Mancha.

MODALIDAD DE CONTRATACIÓN DEL TERAPEUTA OCUPACIONAL				
CASTILLA-LA MANCHA	CUENTA AJENA	AUTÓNOMO	NS/NC	OTROS
Albacete	2	0	9	0
Ciudad Real	4	0	4	0
Cuenca	3	0	3	0
Guadalajara	0	0	0	0
Toledo	0	0	19	0
TOTAL	9	0	35	0

Castilla y León.

MODALIDAD DE CONTRATACIÓN DEL TERAPEUTA OCUPACIONAL				
CASTILLA Y LEÓN	CUENTA AJENA	AUTÓNOMO	NS/NC	OTROS
Ávila	0	0	0	0
Burgos	0	0	0	0
Zamora	0	0	0	0
León	0	0	0	0
Palencia	0	0	0	0
Salamanca	0	0	0	0
Segovia	0	0	0	0
Soria	0	0	0	0
Valladolid	0	0	0	1
TOTAL	0	0	0	1

Cataluña.

MODALIDAD DE CONTRATACIÓN DEL TERAPEUTA OCUPACIONAL				
CATALUÑA	CUENTA AJENA	AUTÓNOMO	NS/NC	OTROS
Barcelona	0	4	3	4
Tarragona	0	3	0	0
Gerona	0	3	0	0
Lérida	0	0	0	0
TOTAL	0	10	3	4

Ciudad Autónoma de Ceuta.

MODALIDAD DE CONTRATACIÓN DEL TERAPEUTA OCUPACIONAL				
CIUDAD AUTÓNOMA DE CEUTA	CUENTA AJENA	AUTÓNOMO	NS/NC	OTROS
Ceuta	0	0	0	0
TOTAL	0	0	0	0

Ciudad Autónoma de Melilla.

MODALIDAD DE CONTRATACIÓN DEL TERAPEUTA OCUPACIONAL				
CIUDAD AUTÓNOMA DE MELILLA	CUENTA AJENA	AUTÓNOMO	NS/NC	OTROS
Melilla	0	0	0	0
TOTAL	0	0	0	0

Comunidad de Madrid.

MODALIDAD DE CONTRATACIÓN DEL TERAPEUTA OCUPACIONAL				
COMUNIDAD DE MADRID	CUENTA AJENA	AUTÓNOMO	NS/NC	OTROS
Madrid	15	0	1	12
TOTAL	15	0	1	12

Comunidad Valenciana.

MODALIDAD DE CONTRATACIÓN DEL TERAPEUTA OCUPACIONAL				
COMUNIDAD VALENCIANA	CUENTA AJENA	AUTÓNOMO	NS/NC	OTROS
Alicante	1	0	0	0
Castellón	0	0	0	0
Valencia	0	0	13	0
TOTAL	1	0	13	0

Extremadura.

MODALIDAD DE CONTRATACIÓN DEL TERAPEUTA OCUPACIONAL				
EXTREMADURA	CUENTA AJENA	AUTÓNOMO	NS/NC	OTROS
Badajoz	28	0	0	0
Cáceres	16	0	0	0
TOTAL	44	0	0	0

Galicia.

MODALIDAD DE CONTRATACIÓN DEL TERAPEUTA OCUPACIONAL				
GALICIA	CUENTA AJENA	AUTÓNOMO	NS/NC	OTROS
A Coruña	5	0	0	0
Lugo	1	0	0	0
Ourense	1	0	0	0
Pontevedra	4	0	0	0
TOTAL	11	0	0	0

Islas Baleares.

MODALIDAD DE CONTRATACIÓN DEL TERAPEUTA OCUPACIONAL				
ISLAS BALEARES	CUENTA AJENA	AUTÓNOMO	NS/NC	OTROS
Islas Baleares	0	0	0	0
TOTAL	0	0	0	0

Islas Canarias.

MODALIDAD DE CONTRATACIÓN DEL TERAPEUTA OCUPACIONAL				
ISLAS CANARIAS	CUENTA AJENA	AUTÓNOMO	NS/NC	OTROS
Islas Canarias	3	0	0	0
TOTAL*	3	0	0	0

* Para este trabajo no se contemplan las provincias de las Islas Canarias por falta de datos.

La Rioja.

MODALIDAD DE CONTRATACIÓN DEL TERAPEUTA OCUPACIONAL				
LA RIOJA	CUENTA AJENA	AUTÓNOMO	NS/NC	OTROS
La Rioja	1	0	0	2
TOTAL	1	0	0	2

Comunidad Foral de Navarra.

MODALIDAD DE CONTRATACIÓN DEL TERAPEUTA OCUPACIONAL				
NAVARRA	CUENTA AJENA	AUTÓNOMO	NS/NC	OTROS
Navarra	1	0	0	1
TOTAL	1	0	0	1

País Vasco.

MODALIDAD DE CONTRATACIÓN DEL TERAPEUTA OCUPACIONAL				
PAÍS VASCO	CUENTA AJENA	AUTÓNOMO	NS/NC	OTROS
Álava	0	0	0	0
Vizcaya	1	0	0	1
Guipúzcoa	4	2	0	0
TOTAL	5	2	0	1

Principado de Asturias.

MODALIDAD DE CONTRATACIÓN DEL TERAPEUTA OCUPACIONAL				
PRINCIPADO DE ASTURIAS	CUENTA AJENA	AUTÓNOMO	NS/NC	OTROS
Asturias	0	0	0	0
TOTAL	0	0	0	0

Región de Murcia.

MODALIDAD DE CONTRATACIÓN DEL TERAPEUTA OCUPACIONAL				
REGIÓN DE MURCIA	CUENTA AJENA	AUTÓNOMO	NS/NC	OTROS
Murcia	0	0	19	0
TOTAL	0	0	19	0