

PRESENTE Y FUTURO DE LA ATENCIÓN TEMPRANA: ABORDAJE DESDE EL ENFOQUE CIENCIA, TECNOLOGÍA Y SOCIEDAD

Dra .Raquel Chillón Martínez.

Personal Docente e Investigador de la Universidad de Sevilla.
Miembro del Grupo de Investigación CTS 305.
Secretaria Científica de la revista “Cuestiones de Fisioterapia”.

INTRODUCCIÓN

En el momento actual de la Atención Temprana, quizá estamos viviendo un punto de inflexión en cuanto a su desarrollo, evolución y consolidación, y sólo será el futuro, más o menos inmediato, el que determinará si realmente este punto de inflexión va a ser algo definitivo, positivo y enriquecedor para la sociedad o, por el contrario, va a significar un momento de retroceso del que difícilmente la Atención Temprana pueda recuperarse.

Y es que, desde el año 2000, se han producido una gran cantidad de cambios sociosanitarios, educativos, políticos y culturales que han hecho posible que hoy, la Atención Temprana, sea una entidad compleja y diversa que puede ser analizada desde el Modelo Ciencia, Tecnología y Sociedad, un modelo que nos permite abordar los distintos elementos que componen una entidad nosológica de conocimiento constituida y configurada por aspectos que emanan del avance del conocimiento científico, con aspectos que suponen el impacto de las nuevas tecnologías en todos los ámbitos de la información, comunicación, asistencia clínica y terapia y, sobre todo, con aquellos factores que, definitivamente, son cruciales en todo proceso de análisis: los que tienen que ver con la evolución y el cambio en la sociedad, y, como consecuencia, en las familias.

Así, en esta ponencia, intentaremos recoger aquellos aspectos que desde este modelo puedan ser de interés para intentar describir el presente de la Atención Temprana, pero con la intención de avanzar para construir un futuro inmediato más productivo para los usuarios, las familias, los profesionales y las entidades implicadas en este contexto en el que se triangulan ejes sociales, educativos y en salud.

Pero, ¿cómo sintetizar todos estos aspectos para que puedan ser de utilidad en Atención Temprana y en una ponencia de estas características?. Pues bien, he de decir que el perfil de esta ponencia viene matizado por el hecho de que soy fisioterapeuta y, sin duda, en el contexto inter, intra y transdisciplinar, la fisioterapia hoy juega un papel fundamental en los equipos de Atención Temprana, aunque es obvio decir que no siempre ha sido así y que sólo con formación, especialización y apoyo legislativo, los y las fisioterapeutas podrán seguir formando parte de este ámbito fundamental de actuación para tantos niños y niñas y sus familias, y en ello estamos. Sin duda, la Fisioterapia ha avanzado a pasos agigantados en el último siglo y su crecimiento ha permitido y está permitiendo que podamos aportar nuestra praxis, conocimiento y desarrollo en el ámbito, también, de la Atención Temprana, contexto que, sin duda, supone un ejemplo a seguir en cuanto al significado real de trabajo en equipo.

Pero no solo la Fisioterapia ha cambiado exponencialmente en las últimas décadas, también lo han hecho otras profesiones como Psicología, Terapia Ocupacional, Logopedia, Pedagogía, Trabajo Social, etc., lo que significa que, si aunamos las sinergias disciplinares y las enfocamos hacia la mejora de la Atención Temprana que actualmente se está llevando a cabo en nuestro país, conseguiremos grandes logros que redundarán en la calidad de vida de muchísimas personas pues, sin duda, el periodo inicial de la vida supone un momento clave en el desarrollo psicofísico, emocional y social del individuo en su contexto familiar y sociocultural, y todos los profesionales debemos estar a la altura de lo que la sociedad, actualmente, nos demanda, teniendo en cuenta que es en la propia sociedad en la que se están produciendo también cambios, pues incluso el perfil del usuario de Atención Temprana ha cambiado, siendo notable el aumento de casos de niños y niñas de riesgo neurológico, como en el caso de la prematuridad, incluso de menores en situación de riesgo por factores relacionados con el entorno. Por tanto, actualmente, no es sólo el esfuerzo en diagnósticos que en las distintas patologías puedan realizarse, sino, sobre todo, es necesario establecer estrategias de prevención y promoción sanitarias cuando el niño o la niña presenten factores de riesgo previamente identificados. Pues bien, si cambia el perfil del usuario en Atención Temprana, también tienen que cambiar los modelos de actuación o intervención e integrar los cambios que en todas las disciplinas se están produciendo.

Y sin duda, uno de los cambios sustanciales en todas las disciplinas está siendo la transferencia clínica y en la praxis cotidiana de la evidencia científica. Los términos “basado en la evidencia”, “basado en pruebas”, “de la Ciencia a la Clínica”, “el conocimiento científico a pie de camilla” y un largo etcétera de alocuciones, se han convertido en la coletilla final de muchas ponencias, disertaciones y jornadas, lo que supone un cambio trascendental que ha venido a quedarse y del que, estoy convencida, obtendremos importantes logros, pues no siempre las profesiones socioeducativas y sanitarias implicadas en la Atención Temprana han vivido el mismo momento de gloria en relación con la integración del conocimiento científico, ya que nuestros recorridos profesionales han estado, aunque de forma diversa, imbricados con la praxis técnico-profesional dentro de modelos profundamente jerarquizados y con limitada autonomía profesional.

Así, y poniendo como ejemplo a la Fisioterapia, desde 1957 hasta 1980, la Fisioterapia, como especialidad del título de Ayudante Técnico Sanitario, no participaba directamente en la Atención Temprana, pues sus competencias, en materia de salud, se centraban principalmente en la Atención Especializada implementada en centros hospitalarios y, aunque siempre ha existido el ejercicio libre de la profesión, no es menos cierto que el fisioterapeuta pediátrico, tradicionalmente, ha estado muy vinculado a este nivel hospitalario y especializado en salud, sobre todo en el periodo que actualmente estamos comentando. En este periodo de tiempo, la carencia real de autonomía profesional, la dificultad para identificar problemas de salud que fueran susceptibles de ser abordados desde la Fisioterapia o la limitación que suponía el déficit en el acceso a la información clínica del paciente, hacían de la práctica profesional diaria una mera ejecución de procedimientos y técnicas, y aunque estos procesos sean también, evidentemente, importantes, hoy sabemos que no es suficiente.

A partir del año 2001, en prácticamente todas las Comunidades Autónomas, se obtienen plenamente las competencias para la gestión en materia de educación y salud, lo que pudo permitir el desarrollo de la Atención Temprana, a veces vinculada a salud y otras

veces a asuntos sociales, siendo más difícil, en todos los casos, la vinculación a educación, pues no siempre ha habido consenso en cuanto a la franja de edad para derivación a Atención Temprana. Sin duda, a partir del año 2005, con la publicación del Libro Blanco de Atención Temprana, se producirá un punto de inflexión que redundará positivamente en el desarrollo de ciertos estándares, al menos técnicos y administrativos, que permitieron la apertura de centros específicos de Atención Temprana y que va a contar con la participación de profesionales que ya habían superado esta primera etapa técnica inicial, como ocurrió con los fisioterapeutas, y que habían alcanzado un nivel de madurez académica, profesional y científica de gran calado, pues el cambio proporcionado en 1980 para la Fisioterapia (para otras profesiones en otros años, pero más o menos en las mismas décadas) con la integración en la universidad, el logro de autonomía profesional, la adquisición de nuevas habilidades y la consolidación del perfil profesional en los equipos sanitarios, será clave para que, precisamente a partir de ese año 2005, muchas profesiones den un salto exponencial con el desarrollo de los nuevos grados y, sobre todo, y en el caso de la Fisioterapia, con la aprobación de la Orden CIN 2135/2008, que supone un marco clave para asentar las competencias profesionales, entre ellas, el diagnóstico en Fisioterapia.

Para la Atención Temprana, el crecimiento y consolidación de las profesionales sanitarias, sociales y educativas es fundamental, porque va a permitir que la Atención Temprana crezca en base a unos estándares académicos y científicos bien consolidados, lo que redundará claramente en una mejoría de la atención que reciban y perciban las familias.

Por todo ello, quisiera dejar constancia en esta ponencia que, el presente de la Atención Temprana pasa por valorar, integrar y potenciar el valor que supone el crecimiento que se ha producido en las disciplinas implicadas en la Atención Temprana para generar modelos más eficaces y eficientes de actuación transdisciplinar y, para lograr esta meta, serán claves los apoyos que a nivel legislativo, tanto nacional como autonómico, puedan producirse, pues no es suficiente aprobar y refrendar normas legislativas, sino, especialmente, que la dotación para estas normas sea suficiente y que a medio y largo plazo, realmente, podamos vislumbrar un futuro más favorable para la Atención Temprana.

JUSTIFICACIÓN

Sin duda, las fuentes documentales y bibliográficas existentes muestran el interés en el desarrollo actual de la Atención Temprana y el papel que el fisioterapeuta juega en este contexto, sobre todo cuando se tiene presente el ámbito de la disfunción y la discapacidad (1) en la infancia y la necesidad de aunar esfuerzos para llevar a cabo mejoras en este contexto, pues son muchos y profundos los cambios profesionales, científicos, sociales, sanitarios y culturales a los que nos hemos enfrentado en las últimas décadas (2, 4-7, 9, 12, 13). Actualmente, la sociedad está empezando a valorar el trabajo de los distintos profesionales en atención temprana, evidenciándose de forma histórica y tradicional las grandes diferencias existentes entre las distintas autonomías en nuestro país (8, 10). Estas diferencias se describen en un espectro amplio, desde la existencia o no del servicio de atención temprana o el periodo de inclusión por edad de niños/as, hasta la gratuidad o no del mismo. Además, la figura del fisioterapeuta en atención temprana en algunas autonomías es un perfil obligatorio para poder diseñar esta cartera de servicios, pero no en todas.

Estos y otros aspectos deficitarios y heterogéneos fueron puestos en evidencia en un documento elaborado por la Federación Estatal de Asociación de Atención Temprana en colaboración con el Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad en el año 2011 (11) que perfecciona y amplía documentos semejantes previamente publicados y que, sin duda, supone uno de los antecedentes clave como documento de referencia nacional que muestra la heterogeneidad de los servicios de Atención Temprana, la falta de igualdad de oportunidades, el déficit de recursos, la variabilidad de diseños de equipos, la diversidad de modelos de actuación y, en definitiva, la falta de homogeneidad en criterios profesionales y laborales que, sin duda, afectan tanto al colectivo de fisioterapeutas implicados como, y especialmente, a tantos/as niños/as.

Así, esta ponencia se centrará en el contexto de la Fisioterapia en la Atención Temprana, ya que es urgente y prioritaria la valoración exhaustiva del estado actual del desarrollo de la Fisioterapia en Atención Temprana (3, 5 – 7, 12, 13) para identificar los estándares que deberían tenerse en consideración en todo el territorio nacional, favoreciendo así el impacto a nivel sociosanitario de la publicación diana definida para este tipo de servicios, siendo conscientes que en este proceso, el Modelo Ciencia, Tecnología y Sociedad cobra una especial relevancia, porque estamos obligados a aunar los avances técnicos, tecnológicos y científicos en un contexto sociosanitario cambiante.

Además, y como complemento a este periodo de edad infantil temprano, debemos subrayar la deficitaria presencia del fisioterapeuta en el ámbito Educativo, fuera o dentro del Equipo de Orientación Educativo, pues son muy pocas las Comunidades Autónomas que tienen algún tipo de norma reguladora y, en las comunidades que existe, es insuficiente para lograr que los/as niños/as que requieren escolarización a partir de los 3 años y que necesitan tener una línea de continuidad de los servicios de fisioterapia en las instituciones educativas, los reciban, existiendo en muchos casos una importante brecha no sólo entre los servicios de Atención Temprana y los que pudieran recibir en sus centros escolares, sino, sobre todo, una gran heterogeneidad y desigualdad en función de lugares de residencia y comunidades autónomas. Aunque el objetivo de esta ponencia no estará imbricado en el contexto educativo, sí queremos dejar constancia de la necesidad de no desvincular del análisis en la Atención Temprana el papel que, a partir de los 3 años (edad obligatoria de escolarización), juegan y jugarán los procesos de interrelación entre los Centro de Atención Temprana y los centros educativos, y eso sólo ocurrirá si las fuentes vivas, las familias y los profesionales, no ejercemos una mayor presión para conseguir los cambios legislativos necesarios y suficientes.

1. EL MODELO ACTUAL DE LA FISIOTERAPIA EN EL CONTEXTO DE LA ATENCIÓN TEMPRANA

En el contexto de la Atención Temprana el Modelo Actual de Intervención en Fisioterapia puede ser un eslabón fundamental en la cadena de actuación sociosanitaria y educativa en niños de 0 a 6 años (aunque ya sabemos que las demandas de algunas entidades aspiran a aumentar esta franja de edad). En este modelo de actuación, los procedimientos asistenciales se registran en la Historia Clínica de Fisioterapia que incluye el Diagnóstico de Fisioterapia. Esto supone, que todos los diagnósticos de todos los profesionales que participan en la Atención Temprana deben ser considerados y, para ello, la Organización Diagnóstica para la Atención Temprana (ODAT) es

fundamental, pero en ella, es importante que participemos todos los profesionales. Es decir, si se dispone o aspira a disponer de un diagnóstico de la patología o anomalía en el contexto biomédico es perfecto, pero si no se dispone de él o aun disponiendo de él, es fundamental que todos sepamos y podamos tener autonomía para identificar problemas que puedan ser abordados desde nuestro contexto profesional, o lo que es lo mismo, puedan ser diagnosticados, al fin y al cabo, identificar y diagnosticar son términos sinónimos.

Confío en gran medida en que la posibilidad real de alcanzar metas clave para muchos/as niños y niñas que son susceptibles de ser tratados en Atención Temprana (junto con sus familias), pasa por proporcionar herramientas a los profesionales que respeten su autonomía, que permitan el desarrollo de todas sus competencias y que, sin dejar nunca de fomentar el trabajo en equipo, puedan permitir también el desarrollo real de cada perfil profesional en el contexto más amplio y diverso del término, sin minimizar en ningún caso la transversalidad, tan imprescindible en la Atención Temprana. En Fisioterapia, la Orden CIN 2135/2008 otorga legitimidad para poder integrar el razonamiento clínico basado en el método científico y la implementación de la Fisioterapia Basada en la Evidencia, aspectos que creo claves para mejorar los modelos actuales de Atención Temprana en nuestro país.

Desgraciadamente, la formación en el ámbito de la Atención Temprana para muchos profesionales no es suficiente en sus Títulos de Grado. Esa es una realidad que debe ser solventada en los subsiguientes cambios de planes de estudio y en todos los títulos implicados. En el caso de la Fisioterapia, podemos decir que existe en algunas universidades la asignatura de “Atención Temprana y Fisioterapia”, como es el caso de la Universidad de Sevilla, implantada en el segundo curso del Grado. Además, es común encontrar asignaturas específicas de pediatría o integrando los contenidos de fisioterapia pediátrica en asignaturas diversas como disfunciones neurológicas y traumatológicas del niño y del adulto. Además, todos/as los/as alumnos/as de los grados en Fisioterapia, en mayor o menor medida, realizan prácticas asistenciales vinculadas con las competencias de intervención de fisioterapia pediátrica, tanto en atención especializada como en el ámbito extrahospitalario, lo que otorga una fortaleza añadida en el desarrollo competencial del fisioterapeuta que, sin duda, cada vez más o con mayor solvencia, se está incorporando a la Atención Temprana en nuestro país. Pero, debemos decir que es en la formación de posgrado donde más y mejor se ha desarrollado hasta ahora la formación en Atención Temprana para todos los profesionales, tanto educativos como sanitarios, existiendo formaciones de gran relieve académico y científico que han dotado a muchos profesionales de habilidades para que su trabajo redunde sí o sí en aquellos/as niños/as y familias que lo requieren y, por tanto, en mejorar la calidad de vida en nuestra sociedad.

Quizá pueda considerarse de perogrullo recordar los aspectos claves del proceso de intervención en Fisioterapia (MIFA), pero creo que es fundamental recordar que estos aspectos se nutren en y desde el método científico, y que en Atención Temprana también debe implementarse, tal y como se indica en la tabla 1.

ETAPAS DEL MÉTODO DE INTERVENCIÓN DE FISIOTERAPIA EN ATENCIÓN TEMPRANA (MIFA-AT)	TAREAS PARA EL RAZONAMIENTO CLÍNICO Y LA TOMA DE DECISIONES
VALORACIÓN	Recoger datos objetivos y subjetivos, cuantitativos y cualitativos del usuario (familia y entorno educativo incluido) considerando factores de riesgo, antecedentes y otros diagnósticos existentes; implementando de forma regular el uso de ESCALAS DE VALORACIÓN VALIDADAS para la medición de variables como el desarrollo motor grueso, fino, el dolor, la espasticidad, la sensibilidad, la coordinación, el equilibrio, la postura, la marcha, etc.
IDENTIFICACIÓN DE PROBLEMAS SUSCEPTIBLES DE SER ABORDADOS DESDE LA FISIOTERAPIA	- Analizar los datos recogidos en la valoración - Identificar problemas susceptibles de ser abordados - Determinar posibles causas y/o factores condicionantes - Emitir diagnósticos en formato de hipótesis como solución tentativa del problema - Distinguir y describir manifestaciones clínicas
IDENTIFICACIÓN DE OBJETIVOS	- Considerar los objetivos terapéuticos que previamente pudieran estar establecidos - Definir y describir objetivos de fisioterapia a corto, medio y largo plazo, en coordinación con el resto de objetivos del equipo en Atención Temprana.
DISEÑO Y APLICACIÓN DEL PROGRAMA DE FISIOTERAPIA EN ATENCIÓN TEMPRANA	- Priorizar los problemas identificados - Seleccionar los métodos, procedimientos, técnicas y actividades fisioterapéuticas a desarrollar en cada casa y en función de los objetivos establecidos - Establecer los recursos necesarios - Organizar temporo-espacialmente la intervención - Definir criterios de evaluación por sesión y por objetivos o metas a alcanzar. - Llevar a cabo las tareas propuestas en el programa - Recoger información sobre su evolución para la subsiguiente evaluación
EVALUACIÓN	- Registrar datos finales de sesión, intervención y periodo final de actuación. - Comparar datos finales con iniciales. - Determinar el grado de consecución de objetivos propuestos. - Establecer un juicio sobre la adecuación el programa - Proponer medidas de mejora

Tabla 1: Etapas del método de intervención de Fisioterapia Asistencial y tareas asociadas a cada una de esas etapas.

Debemos entender que, el modelo actual de intervención en Fisioterapia está refrendado, avalado y fomentado por los principales organismos internacionales y nacionales como la *Internacional Organisation of Physical Therapists in Paediatrics* perteneciente a la *World Confederation for Physical Therapy*, el Grupo de Pediatría de la Asociación Española de Fisioterapeutas y la Sociedad Española de Fisioterapia en Pediatría y que tenemos que hacer un esfuerzo por integrar los avances científicos y tecnológicos en el actual contexto socioeducativo y sanitario en el que se desarrolla la Atención Temprana. Actualmente, la Fisioterapia Basada en la Evidencia (14) es una realidad que supone el uso de los resultados de investigaciones clínicas, los cuales deben formar parte del proceso de decisión del fisioterapeuta y servirá, entre otros aspectos, para reemplazar, modificar o enriquecer métodos, técnicas y procedimientos de actuación, planes, protocolos y programas de atención, y sobre todo, supondrá un cambio sustancial en el ámbito de la valoración y el diagnóstico en Atención temprana. Así, y siguiendo a Herbert y cols., (2005), la toma de decisiones en la práctica clínica cotidiana no se realizará de una forma abstracta y teórica, sino que dependerá de forma directa del complejo entramado de actores que configuran el panorama clínico, panorama que se nutre de personas, de decisiones tomadas (también) por fisioterapeutas, clínicos, pacientes, gestores, políticos, etc.

Para llevar a cabo estos nuevos modelos debemos considerar que en la Organización Diagnóstica en Atención Temprana se definen ejes concretos donde la Fisioterapia interviene de forma tradicional (como el eje IV – Trastornos del Desarrollo) y otros ejes donde puede intervenir de forma más temprana aún con carácter preventivo y promotor de salud (ejes I – III: niños/as con factores de riesgo, factores familiares de riesgo o factores ambientales de riesgo); quizá en el eje V sobre la “Familia”, las intervenciones deberán regularizarse desde la Fisioterapia dentro de Modelos en los que precisamente la familia adquiera un mayor protagonismo, pues este eje considera los trastornos de interacción o de formas de relación familia-niño. Sin duda, en este momento, la inclusión de los avances científicos vinculados con los trastornos del desarrollo motor (PCI, TMC, trastornos de origen espinal, de origen periférico, muscular u osteoarticular), los trastornos psicomotores (retraso psicomotor simple, alteraciones de equilibrio y coordinación, etc), retraso evolutivo (leve a profundo y el no especificado) junto con las diversas plurideficiencias que pudieran identificarse, requieren nuestros mayores esfuerzos para implementar la Fisioterapia Basada en la Evidencia.

Debemos tener presente, además, que habiéndose definido tradicionalmente cuatro modelos de actuación en Atención Temprana desde el “Modelo de Experto” al “Modelo Centrado en la Familia”, en España, el “Modelo Familia-Profesional” es el más común (11), aunque el “Modelo de Experto” no deja de tener un peso específico importante y que en 2013 era de un 30%, existiendo fisioterapeutas en las distintas comunidades autónomas con porcentajes inferiores de presencia al 26.09%. Estos datos nos invitan a pensar que la incorporación de más fisioterapeutas situados a nivel cognitivo, profesional y científico en los equipos de Atención Temprana, serán agentes de cambio en los modelos actualmente existentes.

2. EL MODELO ACTUAL DE LA FISIOTERAPIA EN ATENCIÓN TEMPRANA: ALGUNA REFLEXIONES CIENTÍFICAS PARA SU DESARROLLO.

El marco teórico actual de la Fisioterapia en Atención Temprana supone, al menos, y desde una perspectiva científica, abordar los siguientes aspectos:

1. Superar modelos teóricos como fundamentos de la atención.
2. Implementar la Fisioterapia Basada en la Evidencia (FBE)
3. Usar estrategias de valoración válidas y fiables: identificación (diagnóstico) de problemas susceptibles de ser abordados en el contexto de la Atención Temprana, también, desde la Fisioterapia.
4. Integrar de forma más contundente el entorno cotidiano (familiar, educativo, etc) del/a niño/a en los procesos de valoración e intervención

En relación con el primer punto, debemos pasar de las teorías reflejas, de programación motriz o centros generadores de patrones y teorías maduracionales o jerárquicas hacia la integración de la Teoría Dinámica de Sistemas (1967), la Teoría de la Selección de los Grupos Neuronales (1987) y el sistema de neuronas espejo (aprendizaje motor por observación de la acción, pues, entre otras cuestiones, ya se conocen las expresiones del desarrollo motor atípico que pueden estar relacionados con alto riesgo biológico (retraso en la adquisición de hitos del desarrollo motor, persistencia de reacciones infantiles, desviación leve/severa del tono muscular y variación reducida del comportamiento motor) y las que no son atribuibles a la lesión de la estructura cerebral (trastornos del desarrollo de la coordinación, hiperactividad, déficit de atención, entre otras).

Así, las consideraciones que Hadder-Algra, M y cols. realizaron sobre la variación y la variabilidad en el desarrollo motor en el año 2010 (15) deben ser tenidas en consideración para la implementación de modelos eficaces de actuación en Fisioterapia, también y especialmente, en el contexto de la Atención Temprana, pues ya es sabido que la selección de la estrategia de movimiento más adecuada se produce en relación a las restricciones impuestas por la tarea y el entorno, siendo el feedback sensorial obtenido del movimiento ayuda a la selección de estrategias efectivas. Esta estrategia puede llevarse a cabo gracias a la existencia de un repertorio neuronal primario que se ve influido por la experiencia, la exploración y la repetición, formando el repertorio neuronal secundario o de circuitos funcionales. Este es un proceso que continúa a lo largo de la vida (por refinamiento dendrítico, mielinización y reordenación sináptica). Esta secuencia o estrategia de movimiento va dirigida a un objetivo, se nutre de aferencias sensoriales y aprendizaje activo (ensayo-error). Según estos autores, se establece en este contexto un desarrollo debido a la variabilidad existente en la capacidad para generar posibilidades de movimiento en función de objetivos previamente establecidos y vinculados con la interacción en el entorno.

En este contexto, podemos decir que el aprendizaje motor por observación de la acción ha sido una de las dimensiones más estudiadas en las últimas décadas, evidenciando que en casos de Parálisis Cerebral Infantil y ciertas alteraciones ortopédicas, la observación de acciones puede ayudar a codificar la memoria motora (estructura temporal de la acción y organización muscular de la misma) y, por tanto, inducir cambios plásticos en la corteza (Sarass et al, 2015). También, en una reciente revisión sistemática de Bassolino M, et al del año 2015, se deja constancia de que queda preservada la

activación cortical durante la observación de movimientos simples en niños con parálisis cerebral, independientemente del grado de discapacidad motriz, tal y como se esperaría en personas sanas (específicamente en el córtex motor primario contra lateral a la mano visionada).

Respecto a la implantación de la Fisioterapia Basada en la Evidencia, sólo vamos a reflejar en esta ponencia algunos aspectos de interés que quizá puedan ser útiles en Atención Temprana. Por ejemplo, y prestando especial atención al niño con sospecha de patología motriz o problema motor conocido (el niño de alto riesgo biológico o el niño prematuro, que ya están siendo derivados, en gran medida aunque no en todas las Comunidades Autónomas por igual, a Atención Temprana), podemos decir que la Fisioterapia implementada por la existencia de hipotonía, pérdida de contención en flexión intrauterina, apoyos en incubadora plana, influencia de la gravedad, problemas respiratorios, hipertonía transitoria, escafocefalias y plagiocefalias posicionales (más frecuentes en varones y en gemelos (Waistzman, 2007; Nuywink et al, 2012) es eficaz. También, que la posición en decúbito lateral para el descanso hasta 1 ó 2 semanas previas al alta, integrando el decúbito supino, es lo más recomendado (Bath et al, 2003; AEPED, 2004) y que el asma es uno de los problemas respiratorios más frecuentes hasta los 5 años de edad asociados a los grandes prematuros (Boyle et al, 2012) y la displasia pulmonar inicial siempre es factor agravante de este problema (Martin et al, 2013), lo que debe ser tenido en cuenta en Atención Temprana.

Se sabe también que si el niño alcanza la sedestación por encima de los 9 meses o la marcha por encima de los 16 meses se consideran señales de alarma, planteándose la posibilidad de existencia de un retraso motor simple (Pallás, 2000). En relación con la prematuridad, los riesgos ortopédicos del prematuro que no presentan alteración cerebromotriz se centran en asimetrías secundarias a plagiocefalias no tratadas, problemas posturales secundarios a la movilidad preferencial en extensión e hipertonía extensora y escoliosis de inicio precoz de curva torácica izquierda (Millán et al, 2009). Finalmente, y en este sentido, comentar que existe relación entre prematuridad y Parálisis Cerebral Infantil, pues los prematuros son más sensibles a la hipoxia asociada a la leucomalacia ventricular, por lo que se deben establecer estrategias seguras de ventilación (Legido, 2003), lo que puede tener un impacto en el desarrollo cerebral (Boardman, 2007; Srinivasen, 2007).

Algunas de las cuestiones clínicas que más se han evidenciado en los últimos tiempos son que el tratamiento con toxina botulínica no debe realizarse de manera aislada (Ferrand, P, 2016), que los estiramientos manuales pasivos, en exclusividad, no están recomendados (Van Dyke et al, 2012), que el uso de los asientos moldeados parecen influir positivamente sobre la contención de las caderas de los niños con parálisis cerebral en niveles IV o V (16) siempre que se inicie su uso antes de los 7 años y usándolo al menos 3 (Tamayo et al, 2017), que la Fisioterapia es eficaz en el tratamiento de las plagiocefalias por debajo de los cuatro meses y en asimetrías leves o moderadas (Bialocerkowski et al, 2008, Robinson y Proctor, 2009, Paquerau, 2012) y que la realidad virtual es una estrategia que ha venido a consolidar programas de actuación, por ejemplo, en parálisis braquial obstétrica (El-Shami, S et al, 2017, Ibrahim Al, et al, 2011).

La Fisioterapia Basada en la Evidencia, de forma particular, incluye que se utilicen, también por parte de los fisioterapeutas, escalas como *Gross Motor Function Measure*, *ALBERTA motor infant scale*, *functional independence measure for children*, *paediatric evaluation of disability inventory*, *functional mobility scale*, *functional assesment questionnaire*, entre otras, pues muchas de estas escalas suponen realizar una valoración de aspectos esenciales de la Fisioterapia, pero otras, también nos permiten abundar en aspectos transversales. Y siempre, en el contexto del trabajo en equipo, la valoración en Fisioterapia, desde la evidencia científica, es algo que hay que incorporar de forma ineludible.

Respecto al último punto, decir que la familia, en el contexto social, ha cambiado mucho en el siglo XXI, y no podemos dar la espalda no sólo a los nuevos modelos de familia, sino a los nuevos roles en la misma y, sobre todo, a la relevancia que la integración del entorno y el contexto de la vida del niño tienen en la ciencia actualmente. Sabemos, por ejemplo, que los tratamientos domiciliarios en casos de niños con PCI y problemática respiratoria asociada son eficaces (Pérez, 2013) y que existen beneficios a largo plazo sobre los cuidadores y los niños (menos problemas escolares y de conducta) con intervenciones domiciliarias en niños prematuros (Spencer-Smith y cols, 2012, y esto son solo dos ejemplos que nos invitan a pensar que tanto los procesos como la actuación con las familias y la relación con el texto educativo desde la Atención Temprana debe cambiar. Así, estamos obligados a mirar el futuro de la Atención Temprana como una oportunidad para, realmente, basándonos en la evidencia, cambiar de forma definitiva nuestra manera de desarrollarla y, sin duda, estos porcentajes deben modificarse a medio plazo.

También, para integrar de forma más contundente el entorno cotidiano del niño, podemos recurrir incluso a publicaciones potentes y quizá algo controvertidas, pero que muestran una relevancia importante del significado del entorno del niño en el contexto de la Atención más temprana. Así, Novack et al, en el año 2013, con un controvertido sistema de “semáforos” establecía qué métodos, procedimientos y técnicas eran recomendables o no en distintas variables vinculadas con la Parálisis Cerebral Infantil, y aunque muchas de las estrategias fisioterapéuticas tradicionales quizá no fueron avaladas en esta publicación, sí podemos decir que, por ejemplo, se constata que para el desarrollo de la actividad y la función de autocuidado, cuentan con evidencia la terapia restrictiva del movimiento, el entrenamiento bimanual, la terapia orientada al contexto, el entrenamiento dirigido al objetivo o entrenamiento funcional, la terapia ocupacional tras la implementación de toxina botulínica y los problemas de actuación domiciliarios. Vemos que términos como actividad, autocuidado, contexto, objetivo o domicilio se convierten, en esta publicación y en otras muchas, en ámbito fundamental de la investigación, lo que supondrá, sin duda, la integración más contundente de la familia en la Atención Temprana incluso el desarrollo pragmático y real de los modelos centrados en la familia que, en la última década, se han empezado a visibilizar en nuestro país.

Así, desde el modelo Ciencia, Tecnología y Sociedad, se va a evidenciar un papel fundamental de todo “lo social”, pues ya es sabido que los padres de niños con discapacidad sitúan la participación de sus hijos en la comunidad como su segunda prioridad después de la prevención de la condición de sus hijos (McIntyre y cols, 2010), debiendo promover el desarrollo futuro del niño con discapacidad motriz o riesgo de padecerla mediante objetivos y diseño de intervenciones que permitan al niño frecuentes

oportunidades diarias para utilizar sus capacidades perceptivo-motrices y maximizar sus interacciones con los objetivos, las personas y sus rutinas diarias (Lobo y cols, 2014). Estos aspectos se han visto reforzados incluso en estudios con niños prematuros, pues se han observado beneficios a largo plazo sobre los cuidadores y los niños como menos problemas escolares y de conducta con intervenciones domiciliarias, lo que nos indica que el entorno más familiar y conocido para el niño es de vital importancia que sea incluido en nuestros programas de actuación.

Para finalizar, me gustaría mirar al futuro con optimismo, confiando en que las personas e instituciones con responsabilidad en la Atención Temprana en nuestro país sean sensibles a la consolidación de profesiones de gran tradición histórica que, sin duda, han crecido exponencialmente en este siglo a nivel científico y que supondrán un eslabón más de la cadena para mejorar la calidad de vida de muchos/as niños/as, sus familias y en sus entornos, agradeciendo de forma especial el trabajo incesante de instituciones como ASPROMIN Huelva, instituciones clave para poder propiciar realmente un cambio permanente y real en Atención Temprana.

BIBLIOGRAFÍA

1. Alonso, J. M. (1997). Atención Temprana. En: VV.AA. (1997). Realizaciones sobre Discapacidad en España [AchievementsonDisability in Spain] (p. 45-67).Madrid: Real Patronato de Prevención y de Atención a Personas con Minusvalía.
2. Blair, C. y Ramey, C. T. (1997). Early interention for lowbirth-weight infants and the path to second-generation research. In M. J. Guralnick (Ed.), The effectiveness of early intervention (pp. 77-97). Baltimore, MD: Brookes Publishing Co
3. Candel, I. (1998). Atención Temprana. Aspectos teóricos y delimitaciones conceptuales [Earlyattention. Theoreticalaspects and conceptual boundaries]. Revista de Atención Temprana de Murcia, 1, 9-15.
4. Candel, I. (2000). Atención Temprana: Eficacia de los programas de atención temprana en niños con síndrome de Down. Apuntes sobre la eficacia de los programas de AT. Investigación en niños con síndrome de Down [Effectiveness of earlyinterventionprograms in childrenwith Down syndrome. Notes on the effectiveness of TA programs. Research in children with Down syndrome]. Madrid: Federación Española de Síndrome de Down.
5. Candel, I. (2005). Elaboración de un programa de AtenciónTemprana [Development of a program of early intervention]. Electronic Journal of Research in Educational Psychology, 3(3), 151-192.
6. Coriat, L. (1997). Estimulación Temprana: La construcción de una disciplina en el campo de los problemas del desarrollo infantil [EarlyLearning: Building a discipline in thefield of childdevelopmentproblems]. Escritos de la Infancia, 8, 29-45.
7. Dunst, C. J. (1998). Sensorimotor development of infants with Down syndrome. En J. A Burack, R. M. Hodapp y E. Zigler (Eds) Hanbook of Mental Retardation and Development (pp. 135-182). New York: Cambridge UniversityPress
8. Federación Estatal de Asociaciones de Profesionales de Atención Temprana (FEAPAT) (2008). Organización Diagnóstica para la Atención Temprana. Manual de Instrucciones [DiagnosticOrganisationforEarlyChildhood. Manual]. Madrid: Real Patronato sobre Discapacidad.

9. García-Sánchez, F. A. (2002). Atención Temprana: elementos para el desarrollo de un modelo integral de intervención [Early Intervention: elements for the development of a Comprehensive model of intervention]. *Bordón*, 54, 39-51.
10. Grupo de Atención Temprana-GAT. (2005). Libro blanco de la Atención Temprana [White Paper on Early Intervention]. Madrid: Real Patronato de Prevención y de Atención a Personas con Minusvalía.
11. Grupo de Atención Temprana-GAT. (2011). La realidad actual de la Atención Temprana en España [The current reality of EI in Spain]. Madrid: Real Patronato de la Discapacidad.
12. Guralnick, M. J. (Ed.). (1997). The effectiveness of early intervention. Baltimore: Brookes.
13. Gútiez, P. (Edi.) (2005). Atención Temprana: prevención, detección e intervención en el desarrollo (0- 6 años) y sus alteraciones [Early Intervention: prevention, detection and intervention in development (0- 6 years) and its alterations]. Madrid: Editorial Complutense.
14. Chillón, R. (2018). Fundamentos de la práctica clínica basada en la evidencia. Bases de datos bibliográfica, fuentes documentales de evidencia y revisión bibliográfica. Madrid: Editorial Panamericana.
15. Adres-Algra, M. Variation and Variability: key words in Human Motor Development. *Physical Therapy*. December 2010, 90: 1923-2837.
16. Tamayo, L; Chillón, R. Estudio descriptivo sobre la influencia del asiento moldeado en la subluxación de caderas en personas con parálisis cerebral. 66 Congreso Asociación Española de Pediatría. Junio, 2018.