

Resolución conjunta de la Dirección General de Personas con Discapacidad, de la Dirección General de Formación Profesional e Innovación y de la Dirección General de Asistencia Sanitaria por la que se dictan instrucciones sobre el baremo para la valoración de la necesidad de atención temprana y su aplicación

El artículo 15.3 de la Ley 6/2021, de 23 de diciembre, por la que se regula la intervención integral de la atención temprana en el ámbito de la Región de Murcia establece que la intervención de los servicios sociales especializados de atención temprana se asignará en las sesiones de tratamiento que requieran el menor y su familia, conforme al baremo establecido. Asimismo, señala que este baremo deberá ser aprobado mediante orden conjunta de las consejerías competentes en materia de sanidad, servicios sociales y educación, a propuesta de la Comisión Técnica de Atención Temprana.

Por su parte, la Disposición final duodécima de la citada ley establece que en el plazo máximo de 6 meses estará publicado el baremo que se indica en el artículo 15.3.

La Consejería de Mujer, Igualdad, LGTBI, Familias, Política Social y Transparencia, junto a la Consejería de Educación y la Consejería de Salud, ha iniciado la tramitación del proyecto de orden por la que se aprueba el baremo para la valoración de la necesidad de atención temprana. En este sentido, de conformidad con lo establecido en el artículo 133.1 de la Ley 39/2015, de 1 de octubre, del Procedimiento Administrativo Común de las Administraciones Públicas, con carácter previo a la elaboración del proyecto de orden se ha realizado una consulta pública a través del Portal de Transparencia de la Comunidad Autónoma de la Región de Murcia. La consulta pública previa, habilitada desde el 23 de febrero al 11 de marzo de 2022, ha permitido recabar las aportaciones de la ciudadanía y de las organizaciones sobre la iniciativa normativa.



La Comisión Técnica de Atención Temprana, constituida con fecha 24 de febrero de 2022 conforme a lo previsto en el artículo 19 de la Ley 6/2021, de 23 de diciembre, por la que se regula la intervención integral de la atención temprana en el ámbito de la Región de Murcia, en sesión ordinaria de fecha 2 de junio de 2022, aprueba el baremo para la valoración técnica de la necesidad de atención temprana.

Con la finalidad de hacer posible lo previsto en la Ley 6/2021 respecto a la valoración de la necesidad de atención temprana antes de que concluya la tramitación de la orden conjunta de las consejerías competentes en materia de sanidad, servicios sociales y educación, resulta necesario establecer, de forma provisional, el baremo a aplicar, como un documento de contenido técnico que permita a los equipos de orientación educativa y psicopedagógica de atención temprana y a los de sector, realizar la valoración de la necesidad de atención temprana conforme a lo previsto en la Ley 6/2021, de 23 de diciembre, por la que se regula la intervención integral de la atención temprana en el ámbito de la Región de Murcia.

Por ello, y en orden a posibilitar la valoración técnica de la necesidad de atención temprana conforme a lo previsto en la Ley 6/2021,

RESUELVO

Primero. Objeto.

La presente resolución tiene por objeto:

- a) Establecer, de forma provisional, el baremo para la valoración de la necesidad de atención temprana previsto en el artículo 15.3 de la Ley 6/2021, de 23 de diciembre, por la que se regula la intervención integral de la atención temprana en el ámbito de la Región de Murcia.

RUZ CABALLERO, MARIA DE LA CONCEPCION 13.07/2022 14:38:32 GARCIA IBORRA, JUAN 13.07/2022 14:42:49 AYALA VIGIERAS, ISABEL 15.07/2022 09:39:29

Esta es una copia auténtica imprimible de un documento electrónico administrativo archivado por la Comunidad Autónoma de Murcia, según artículo 27.3.c) de la Ley 39/2015. Los firmantes y las fechas de firma se muestran en los recuadros. Su autenticidad puede ser contrastada accediendo a la siguiente dirección: <https://sede.carm.es/verificardocumentos> e introduciendo el código seguro de verificación (CSV) CARM-5981f04-0411-fb72-fb7-00505696b280



- b) Recoger las instrucciones para la aplicación del baremo de forma uniforme por todos los equipos de orientación educativa y psicopedagógica que lleven a cabo la valoración.
- c) Establecer los factores que se tomarán en consideración para valorar la situación de riesgo biológico o psicosocial.
- d) Definir en qué consisten las intervenciones de atención temprana recogidas en artículo 15.1 de la Ley 6/2021, de 23 de diciembre, por la que se regula la intervención integral de la atención temprana en el ámbito de la Región de Murcia.

Segundo. Baremo para la asignación de sesiones de intervención de atención temprana en niñas y niños con alteraciones del desarrollo.

La asignación de la intervención de los servicios sociales especializados de atención temprana se realizará conforme al baremo que se recoge como anexo I, estableciendo tanto las intervenciones como el número de sesiones que corresponda en función de la alteración o las alteraciones del desarrollo que presente el niño o la niña.

Tercero. Instrucciones para la aplicación del baremo.

1. Los equipos de orientación aplicarán el baremo recogido en el anexo I conforme a lo establecido en el artículo 22 de la Ley 6/2021, de 23 de diciembre, por la que se regula la intervención integral de la atención temprana en el ámbito de la Región de Murcia.
2. Las sesiones de atención a la niña o el niño contempladas en el baremo tendrán una periodicidad semanal, y las sesiones de orientación y apoyo familiar tendrán una periodicidad mensual.
3. Cada sesión tendrá una duración de una hora, de la cual 45 minutos se dedicarán a atención directa a la niña o el niño y 15 minutos a la familia. Los 15



minutos de atención a la familia podrán ser acumulados por los Centros de Desarrollo Infantil y de Atención Temprana (CDIAT) siempre que con ello se dé una mejor atención a la familia. Este tiempo de atención a la familia será adicional al número de sesiones de orientación y apoyo familiar asignadas.

4. La suma de sesiones no podrá superar las 5 sesiones semanales, excepto en los casos de alteraciones graves múltiples, alteraciones motoras severas, entre las que podemos destacar las de origen neurológico, neuromuscular, osteoarticular o neurodegenerativo, y alteraciones severas del desarrollo, que de forma prioritaria podrán ser las asociadas a discapacidad intelectual grave y profunda así como trastornos del espectro autista (TEA), cuyo número máximo será de 10 sesiones semanales.

5. Las sesiones de orientación y apoyo familiar no se tendrán en cuenta para el cómputo del número máximo de sesiones semanales.

6. Los servicios sociales especializados de atención temprana asignarán las sesiones de intervención que requieran la niña o el niño y su familia, según informe de valoración del Equipo de orientación educativa y psicopedagógica de atención temprana o de sector y conforme a uno de los siguientes módulos de atención:

- a) Módulo A. Se asignará este módulo cuando se requiere una atención intensiva, de entre 6 y 10 sesiones semanales.
- b) Módulo B. Se asignará este módulo cuando se requiere una atención frecuente, de 3 a 5 sesiones semanales.
- c) Módulo C. Se asignará este módulo cuando se requiere una atención moderada, de 1 a 2 sesiones semanales.
- d) Módulo D. Se asignará este módulo cuando se requiere una atención de seguimiento, con un máximo de 24 sesiones anuales.
- e) Módulo PRE. Se asignará este módulo cuando el niño o la niña requiera una atención provisional inmediata, con un máximo de 3 sesiones semanales, previas al módulo de atención aprobado en la resolución definitiva del procedimiento.



7. Para la prescripción de las sesiones se tendrán en cuenta los apoyos que el niño o la niña y su familia puedan estar recibiendo de otros sistemas (sanitario, educativo, de protección social, etc.), con el objeto de evitar la duplicidad de las intervenciones. Cuando los apoyos recibidos en otros sistemas se consideren complementarios, dichos apoyos no computarán a la hora de asignar las sesiones de intervención.

Cuarto. Situaciones de riesgo.

1. Se consideran niños y niñas en situación de riesgo de padecer alteraciones en el desarrollo los siguientes:

- a) Situación de riesgo biológico: niños y niñas que durante el periodo pre, peri o posnatal, o durante el desarrollo temprano, han sufrido situaciones que podrían alterar su proceso madurativo, como puede ser la prematuridad, el bajo peso o la anoxia al nacer.
- b) Situación de riesgo psicosocial: niños y niñas que conviven de forma continuada con situaciones de exclusión social, estrés o desajuste sostenido de la interacción familiar y funciones parentales, con alta probabilidad de derivar en un trastorno o retraso evolutivo de no mediar intervención.

2. Cuando una niña o un niño presente alguno de los indicadores de riesgo biológico o psicosocial relacionados en el anexo II, se asignará el módulo D, con una intensidad máxima de 24 sesiones anuales.

Quinto. Intervenciones de atención temprana.

1. Las intervenciones en atención temprana deben abordar a las niñas y los niños y sus familias desde una perspectiva global que tome en consideración todos los aspectos que pueden influir en la evolución de la situación, evitando de este modo intervenciones parciales o fragmentadas.

15.07/2022 09:39:29 | AVILA VIGUERAS, ISABEL | 13.07/2022 14:42:49 | GARCIA IBORRA, JUAN | 13.07/2022 14:38:32 | RUIZ CABALLERO, MARIA DE LA CONCEPCION

Esta es una copia auténtica imprimible de un documento electrónico administrativo archivado por la Comunidad Autónoma de Murcia, según artículo 27.3.c) de la Ley 39/2015. Los firmantes y las fechas de firma se muestran en los recuadros. Su autenticidad puede ser contrastada accediendo a la siguiente dirección: <https://sede.carm.es/verificardocumentos> e introduciendo el código seguro de verificación (CSV) CARM-598ff04-0411-fb72-fb7-00505696b280



2. La familia y el niño o la niña serán considerados sujetos activos de la intervención, siendo la familia el principal agente impulsor de su desarrollo. En las intervenciones, será prioritario asegurar canales efectivos de comunicación con las familias que faciliten aspectos tales como:

- Comunicación de situación de progreso del niño o la niña.
- Información complementaria vinculada al mantenimiento, en los casos que proceda, de prótesis, ayudas técnicas o materiales adaptados de necesaria utilización para asegurar la aplicación de la intervención.
- Formación en la aplicación de estrategias específicas y utilización adecuada de materiales adaptados.
- Refuerzo de técnicas de capacitación familiar.

3. Las intervenciones se podrán realizar en locales propios de los centros prestadores de servicios, así como en el domicilio familiar o en otros entornos naturales de la niña o el niño cuando sea procedente, debiendo, en este último caso, realizarse de una forma coordinada. En cualquier caso, tales intervenciones deben considerar la globalidad del niño o la niña, debiendo ser planificadas por un equipo de profesionales de orientación interdisciplinar o transdisciplinar.

4. Durante el proceso de intervención integral en atención temprana, será imprescindible organizar reuniones interdisciplinares de coordinación con aquellos recursos sanitarios, educativos y sociales que se estime necesario para asegurar la mayor efectividad posible durante todos los elementos que componen el proceso.

5. Las intervenciones con las niñas o los niños y sus familias podrán realizarse en sesiones individuales o grupales. Todas las intervenciones que correspondan conforme al baremo que se aprueba con la presente resolución,



ya sean grupales o individuales, deberán ser contempladas en el Plan Individual de Atención Temprana.

6. La definición de las intervenciones de atención temprana se recoge en el anexo III.

Contra la presente resolución, que no agota la vía administrativa se podrá interponer recurso de alzada ante la Consejera de Mujer, Igualdad, LGTBI, Familias, Política Social y Transparencia, en el plazo de un mes, a contar a partir del día siguiente al de su notificación, conforme a lo previsto en los artículos 121 y 122 de la Ley 39/2015, de 1 de octubre, del Procedimiento Administrativo Común de las Administraciones Públicas.

La Directora General de Personas con Discapacidad
Concepción Ruiz Caballero

El Director General de Formación Profesional e Innovación
Juan García Iborra

La Directora General de Asistencia Sanitaria
Isabel Ayala Vigeras



ANEXO I. BAREMO PARA LA ASIGNACIÓN DE LA INTERVENCIÓN DE ATENCIÓN TEMPRANA

Relación de alteraciones del desarrollo/intervalo de sesiones de intervención de atención temprana

		<i>Apoyo psicopedagógico</i>	<i>Atención psicológica</i>	<i>Rehabilitación auditiva</i>	<i>Logopedia</i>	<i>Fisioterapia</i>	<i>Estimulación multisensorial</i>	<i>Estimulación global</i>	<i>Psicomotricidad</i>	<i>Orientación y apoyo familiar</i>
Alteraciones en el desarrollo motor	Retraso motor	_____	_____	_____	_____	0-3	0-2	0-3	0-2	0-4
	Retraso psicomotor	_____	_____	_____	_____	0-3	0-2	0-3	0-2	0-4
	Alteración motora de origen neurológico, neuromuscular, osteoarticular o neurodegenerativo	_____	_____	_____	_____	0-4	0-2	0-4	0-2	0-4
Alteraciones visuales	Ceguera	0-3	_____	_____	_____	_____	0-2	0-3	0-2	0-4
	Deficiencia visual grave	0-2	_____	_____	_____	_____	0-2	0-2	0-2	0-4
Alteraciones auditivas	Implantados	0-4	_____	0-5	0-4	_____	0-2	0-4	0-2	0-4
	Hipoacusia leve y moderada	_____	_____	0-3	0-3	_____	0-2	0-3	0-2	0-4
	Hipoacusia severa y profunda	0-4	_____	0-5	0-5	_____	0-2	0-6	0-2	0-4
Alteraciones en el desarrollo	Capacidad intelectual límite	0-2	_____	_____	0-2	_____	0-2	0-3	0-2	0-4



		<i>Apoyo psicopedagógico</i>	<i>Atención psicológica</i>	<i>Rehabilitación auditiva</i>	<i>Logopedia</i>	<i>Fisioterapia</i>	<i>Estimulación multisensorial</i>	<i>Estimulación global</i>	<i>Psicomotricidad</i>	<i>Orientación y apoyo familiar</i>
cognitivo	Discapacidad intelectual ligera	0-3	_____	_____	0-3	_____	0-2	0-6	0-2	0-4
	Discapacidad intelectual moderada	0-4	_____	_____	0-4	_____	0-2	0-6	0-3	0-4
	Discapacidad intelectual grave y profunda	0-4	_____	_____	0-4	_____	0-3	0-6	0-3	0-4
Alteraciones en el desarrollo del lenguaje	Trastorno de los sonidos del habla									
	Trastorno de la fluidez de inicio en la infancia (tartamudeo)									
	Trastorno de la comunicación social (pragmático)	_____	_____	_____	0-3	_____	_____	_____	_____	0-4
	Trastorno de la comunicación no especificado									
	Retraso del lenguaje									
Disglosias										

15/07/2022 09:39:29

13/07/2022 14:42:49 AYALA VIGUERAS, ISABEL

13/07/2022 14:38:37 GARCIA BOBREA, JUAN

13/07/2022 14:38:37

Este es una copia auténtica imprimible de un documento electrónico administrativo archivado por la Comunidad Autónoma de Murcia, según artículo 27.3.c) de la Ley 39/2015. Los firmantes y las fechas de firma se muestran en los recuadros. Su autenticidad puede ser contrastada accediendo a la siguiente dirección: <https://sede.carm.es/verificardocumentos> e introduciendo el código seguro de verificación (CSV) CARM-598 ff04-041 -fb72-f3b7-00505696280



		<i>Apoyo psicopedagógico</i>	<i>Atención psicológica</i>	<i>Rehabilitación auditiva</i>	<i>Logopedia</i>	<i>Fisioterapia</i>	<i>Estimulación multisensorial</i>	<i>Estimulación global</i>	<i>Psicomotricidad</i>	<i>Orientación y apoyo familiar</i>
	Trastorno del desarrollo del lenguaje (TDL)	0-3	_____	_____	0-4	_____	_____	_____	_____	0-4
Alteraciones del comportamiento		0-3	0-2	_____	_____	_____	_____	_____	_____	0-4
Alteraciones del desarrollo	Trastornos del desarrollo/TEA	0-4	_____	_____	0-4	0-2	0-2	0-6	0-3	0-4
Alteraciones graves múltiples		0-3	_____	_____	0-3	0-3	0-3	0-6	0-3	0-4
Retraso madurativo	0-3 años	0-3	_____	_____	0-2 (18-36 meses)	0-2	0-2	0-3	0-2	0-4



ANEXO II. FACTORES DE RIESGO BIOLÓGICO Y PSICOSOCIAL

A. Factores de bajo riesgo biológico

A.1. Factores de riesgo biológico

PRENATALES:

- Antecedentes familiares de trastornos auditivos, visuales, neurológicos o psiquiátricos de posible recurrencia.
- Embarazos gemelares o múltiples de mayor orden (atendiendo a criterio de edad gestacional y peso).
- Síndromes malformativos somáticos y anomalías congénitas.
- Factores genéticos.
- Factores físicos intrauterinos.

PERINATALES:

- Recién nacido con ventilación mecánica durante más de 24 horas.
- Recién nacido hijo de madre con consumo de sustancias tóxicas (alcohol u otras drogas).
- Recién nacido hermano afecto de patología neurológica no aclarada o con riesgo de recurrencia.
- Hermano gemelo si el otro reúne algún de los criterios de inclusión.

POSTNATALES:

- Infecciones postnatales del SNC.
- Enfermedades crónicas de curso complicado que originan asistencia sanitaria y hospitalizaciones continuas.
- Epilepsia.
- Daño cerebral evidenciado por neuro-imagen.

A.2. Factores de riesgo biológico asociados a prematuridad

PREMATURIDAD > 32 semanas y otro de los siguientes:

- Respiratorio: distrés respiratorio (enfermedad de membrana Hialina), apnea del prematuro, displasia broncopulmonar.
- Cardiovascular: ductus arterioso persistente, hipotensión arterial.
- infeccioso: sepsis precoz y/o tardía.
- Metabólico: hipoglucemia, acidosis metabólica, hiperbilirrubinemia.



- Crecimiento intrauterino retardado.
- Digestivo: enterocolitis necrotizante.

B. Factores de alto riesgo biológico

ETAPA NEONATAL:

- Prematuridad < 32 semanas.
- Prematuridad > 32 semanas y alteración cerebral: hemorragia intraventricular, hidrocefalia posthemorrágica, leucomalacia periventricular.
- Peso al nacer < 1.500 gr.
- Peso al nacer inferior a -2 desviaciones estándar del peso para su edad gestacional.
- Examen neurológico anormal mantenido durante más de 7 días.
- Perímetro craneal superior o inferior a -2 desviaciones estándar.
- Convulsiones en periodo neonatal.
- Bilirrubina total > 25 mg/dl en recién nacido a término.
- Recién nacido con test de Apgar < 3 al minuto o < 7 a los 5 minutos.
- Asfixia o anoxia.
- Infección del sistema nervioso central (meningitis o encefalitis).
- Patología cerebral en ECO o TAC en periodo neonatal.
- Pacientes afectos de enfermedades congénitas del metabolismo susceptibles de ocasionar déficit neurológico.

ETAPA POSTNATAL:

- Accidente y traumatismo con secuelas neurológicas motrices o sensoriales.
- Asfixia o anoxia.



C. Factores de riesgo psicosocial

Son factores de riesgo psicosocial los siguientes, siempre que se considere que pueden afectar negativamente al adecuado desarrollo del niño o la niña:

- Acusada deprivación económica que no permite cubrir necesidades básicas.
- Embarazo no deseado traumatizante.
- Rechazo del niño o la niña al nacimiento.
- Presencia de conflictos frecuentes que implican a las personas cuidadoras principales.
- Separación contenciosa que afecta al cuidado del niño o la niña.
- Ausencia de apoyos válidos de las personas cuidadoras principales que imposibilite o dificulte la adecuada atención del niño o la niña.
- Personas cuidadoras con escasas capacidades o habilidades para la atención no compensadas por el entorno de convivencia.
- Trastorno psicológico grave y no tratado en la unidad de convivencia que imposibilite o dificulte la adecuada atención al niño o la niña.
- Enfermedad grave/muerte familiar reciente que compromete la capacidad de las personas cuidadoras principales para ejercer adecuadamente su función.
- Conductas adictivas en las personas cuidadoras principales.
- Actividad ilícita de las personas cuidadoras principales en presencia del niño o la niña.
- Padres adolescentes (menores de 18 años) sin apoyo familiar válido.
- Presencia de indicadores de desprotección grave.
- Vivienda en condiciones inadecuadas de habitabilidad.
- Niños/as que se encuentran bajo tutela de la Administración pública.
- Delegación del cuidado en personas no válidas.
- Familias que no cumplimentan los controles de salud repetidamente.



ANEXO III. DEFINICIÓN DE LAS INTERVENCIONES

1. Apoyo psicopedagógico

Modalidad de tratamiento que consiste en la intervención para la estimulación de las capacidades cognitivas y comunicativo lingüísticas, así como el desarrollo de las funciones ejecutivas y las habilidades de conducta adaptativa. Se intervendría sobre diferentes aspectos del desarrollo cognitivo, comunicativo-lingüístico y de la adaptación social, emocional y conductual, con la finalidad de favorecer el desarrollo general y el aprendizaje de diferentes estrategias.

Incluye el apoyo al proceso de aprendizaje, así como implantación en los diferentes contextos, de los sistemas alternativos y aumentativos de comunicación, así como el uso de las TICS.

2. Atención psicológica

Modalidad de tratamiento que consiste en la intervención terapéutica centrada en que el niño con diagnóstico clínico, o con indicadores compatibles con una alteración o trastorno de la conducta, adquiera estrategias o habilidades cognitivas, conductuales y emocionales (control de los impulsos, relajación, autoestima, habilidades sociales,...) que le permitan controlar, regular y adaptar su conducta de manera adecuada al entorno que le rodea.

3. Rehabilitación auditiva

Modalidad de tratamiento por el cual se enseña a los individuos con pérdida de audición (usuarios de audífonos o con implante coclear) a mejorar su capacidad de comunicación.

Conlleva el entrenamiento destinado a la escucha activa, la conciencia del sonido, la detección auditiva, la discriminación auditiva, la identificación y el reconocimiento auditivo hasta llegar a la comprensión del lenguaje oral.

Se trabaja de forma específica la lectura de labios, el entrenamiento auditivo, la utilización de audífonos y la utilización de aparatos de ampliación del sonido, como los amplificadores.



4. Logopedia

Modalidad de tratamiento que consiste en la aplicación de técnicas de tratamiento específicas relacionadas con la audición, la deglución, el desarrollo de la comunicación, y la adquisición y mejora de la comprensión y expresión del lenguaje, del habla y de la voz.

Aspectos a tratar:

Prerrequisitos del lenguaje: funciones ejecutivas (atención, percepción, memoria, discriminación,...).

Bases anatómicas y bases funcionales del lenguaje: imitación, movilidad de los órganos fono articulatorios, atención y memoria, percepción y discriminación auditiva, respiración y soplo, ritmo y fluidez del habla.

Dimensiones del lenguaje: componente fonológico, semántico, morfosintáctico y pragmático.

Aplicación de técnicas de tratamiento específicas para facilitar la adquisición de habilidades y estrategias comunicativas verbales y no verbales, tanto en retrasos simples de lenguaje como en trastornos graves de la comunicación (TEA, TDL,...).

Aplicación de técnicas de estimulación y tratamiento para favorecer el desarrollo de la comunicación y el lenguaje oral en niños con déficit auditivo, teniendo en cuenta el tipo de pérdida auditiva y las medidas adoptadas (quirúrgica o protésica) y coordinándose con los especialistas implicados (ORL, programadores,...).

Tratamiento específico para todas las alteraciones del habla derivadas de problemas neurofisiológicos (disartrias,...) y malformación y disfunción fonoarticulatoria.

Este tipo de intervención se aplicaría:

Antes de los 2 años: en los casos en los que se ve especialmente comprometida la comunicación (déficits auditivos, posibles TEL o TEA, y otros trastornos que comprometan el SNC y periférico). La intervención se centrará en la comunicación, y podrá realizarse por separado o de forma complementaria a la estimulación sensoriomotriz.

Después de los 2 años: la intervención podrá ser en uno o en más de los aspectos establecidos para la intervención logopédica, lenguaje y comunicación, en función de las necesidades del niño.



5. Fisioterapia

Modalidad de tratamiento que consiste en la aplicación de técnicas y modelos de intervención de fisioterapia destinadas a niños que presentan o están en riesgo de presentar retraso motor, alteraciones motrices, músculo-esqueléticas, neurológicas, neurodegenerativas, neurosensoriales, cardiorrespiratorias, de la regulación orofacial, etc., con el objetivo de favorecer el desarrollo de sus capacidades motrices y el desempeño de las mismas en el entorno natural del niño.

La intervención de fisioterapia podrá incluir, si así se determina tras la valoración de la necesidad de atención temprana, la aplicación de técnicas específicas como la terapia orofacial, terapia manual, fisioterapia respiratoria, hidroterapia, etc., orientadas al tratamiento más concreto de las dificultades que el niño presenta y que buscarán mejorar su estado general de salud o ser coadyuvantes de otros tratamientos.

El fisioterapeuta realizará la valoración de la necesidad de ayudas técnicas y del material adaptado que sea preciso para favorecer la integración del niño en los diferentes entornos en los que se desenvuelve. Asimismo, asesorará y/o confeccionará dichas ayudas técnicas y material adaptado para prevenir y/o corregir alteraciones músculo-esqueléticas y favorecer la autonomía del niño.

6. Estimulación multisensorial

Modalidad de tratamiento que consiste en la aplicación de técnicas dirigidas a proporcionar, de manera globalizada, sensaciones y estímulos específicos a niños gravemente afectados, con necesidad de apoyo extenso y generalizado, así como como a niños con retrasos y/o alteraciones cognitivas, motoras, visuales, auditivas, del comportamiento o la atención y alteraciones del desarrollo.

Puede incluir técnicas de estimulación basal, estimulación multisensorial (aulas multisensoriales y enfoque Snoezelen), integración sensorial y comunicación multisensorial, los ámbitos básicos de trabajo, en la actualidad, pueden incluir áreas tales como: somática, vibratoria, vestibular, estimulación oral, estimulación del olfato y del gusto, estimulación acústica, estimulación táctil-háptica, estimulación visual, comunicación.



7. Orientación y apoyo familiar

Sesiones de trabajo centradas en las necesidades específicas de las familias, que se desarrollarán de manera individual o grupal.

Están destinadas a trabajar situaciones diversas relacionadas con problemas o necesidades asociadas al niño, o que afectan a la dinámica familiar, tales como: acogida familiar, afrontamiento aceptación de la problemática, trabajo con hermanos, medidas específicas sobre alimentación, actividades de ocio y tiempo libre, actuación ante situaciones problemáticas, transición escolar,...

Se proponen dos niveles de intervención que podrían prescribirse, de forma paralela o simultánea:

- a) Intervención familiar individual: para tratar de forma diferenciada con cada familia situaciones de crianza específicas que pueden afectar o estar siendo afectadas por la problemática que presenta el niño. Incluye además, el refuerzo de las técnicas de capacitación familiar, refuerzo de la información y las orientaciones ya trasladadas a cada familia durante las sesiones.
- b) Intervención familiar grupal: para tratar problemáticas de interés general, o que pueden afectar a un grupo concreto de padres, hermanos o familias en general, se llevaría a cabo a través de charlas o reuniones (transición escolar, nutrición, vida diaria, problemas de conducta, afrontamiento y aceptación de la problemática,...) y talleres (de padres, hermanos, abuelos,...) en pequeño grupo (no superior a 12).

8. Estimulación global

Tratamiento de estimulación integral que contempla la globalidad del desarrollo (cognitivo, motor, socio-emocional, la comunicación y la relación con el entorno, los hábitos de la vida diaria, la autonomía y las habilidades manipulativas).

Este tipo de intervención se aplicaría:

- a) De 0 a 2 años: estimulación sensoriomotriz.
- b) A partir de los 2 años: estimulación cognitiva.

La intervención se planifica mediante actividades integradas que incluyan objetivos y contenidos que afecten a diferentes áreas de forma simultánea.



Aplicación de técnicas, realización de actividades o modificación de entornos para fomentar la mayor independencia y autonomía del niño, favorecer el desempeño de sus capacidades en el entorno natural y en las actividades de la vida diaria.

9. Psicomotricidad

Modalidad de tratamiento que consiste en la intervención sobre los trastornos del desarrollo psicomotor o de los desórdenes psicomotores por medio de técnicas de relajación dinámica, de educación gestual, de expresión corporal o plástica, y mediante actividades rítmicas, de juego, de equilibrio y de coordinación.

Es un tratamiento de estimulación global, mediante ejercicios psicomotrices.

Incluye psicomotricidad relacional, en grupos de 2 a 5 niños que tengan adquirida algún tipo de movilidad autónoma.

Puede complementar a otras intervenciones para las alteraciones en el desarrollo cognitivo, de los problemas conductuales, dificultades en la comunicación, alteraciones motoras, de las dificultades de regulación emocional y social, y de las dificultades para la representación del cuerpo y del esquema corporal que tengan tanto un origen psíquico, como físico.

Su objetivo es facilitar a los niños el aprendizaje de un mejor control general y segmentario de su cuerpo, de la postura, de la coordinación general y otras habilidades motrices, y requiere que el niño planifique su acción para adaptarla a los requerimientos del ejercicio, y puede incluir la adquisición de contenidos de áreas concretas (motricidad gruesa y fina, cognitiva, comunicativa, social,...), por lo que tendrá un enfoque multidisciplinar.

Su grado de complejidad (así como los recursos técnicos y materiales que se precisen) se adecuará a las edades de los niños y a sus dificultades y necesidades concretas, y aplicará, por sistema, una metodología lúdica.

