

**Aportes de la Terapia Ocupacional al Contexto Educativo Inclusivo: Interrelación entre el Enfoque Psicosocial, la Teoría de Integración Sensorial y acciones de Atención Temprana**

**Contributions of The occupational Therapy to the Inclusive Educational Context: Interrelation of the Psychosocial Approaches, the Theory of Sensory Integration and Early Attention Actions**

**Verónica Véliz R.<sup>1</sup>**

**Lorena Uribe-Echevarría M.<sup>2</sup>**

---

<sup>1</sup> Terapeuta Ocupacional, Lic. en Cs. de la Ocupación Humana, Universidad de Chile. Encargada Sala Psicomotricidad Proyecto de Integración Escolar de Huechuraba y Encargada Chile Crece Contigo Salud Corporación Desarrollo Social de San Joaquín. Dirección Postal: Av. Trinidad Oriente N°63, La Florida, Santiago. Fono: 9 229 06 34. [veronicavelizrojas@gmail.com](mailto:veronicavelizrojas@gmail.com)

<sup>2</sup> Terapeuta Ocupacional, Lic. en Cs. de la Ocupación Humana, Universidad de Chile. Oncología Infantil Complejo Asistencial Dr. Sótero del Río y Neuropsiquiatría Hospital San Juan de Dios. Dirección Postal: Av. Carlos Antúnez N°1865, Depto. 1001, Providencia, Santiago. Fono: 8 156 21 51. [lo.uribe@gmail.com](mailto:lo.uribe@gmail.com)

## **RESUMEN**

En contextos sociales vulnerados se observan condiciones que interfieren el desarrollo de habilidades y destrezas académicas, relacionales y emocionales. Esto, ligado a una respuesta inadecuada a los estímulos ambientales o necesidades individuales, puede convertir el proceso de adaptación del niño al contexto escolar en una tarea que requiere coordinación y gestión en red. Esta sistematización tiene como objetivo presentar un tipo de intervención que facilita los procesos de autonomía de niños en situación de vulnerabilidad escolar en escuelas municipales de la comuna de Huechuraba, entre los años 2006 y 2009. La estrategia central consiste en fomentar las interacciones de todos los sistemas a través de intervenciones ya sea individuales y/o grupales a niños, familiares, profesores, comunidad educativa, centros de salud y especialistas de salud y educación. Con ello se promueve el respeto por los derechos del niño y por las particularidades individuales del desarrollo, incorporando acciones relevantes en la convivencia diaria. Esto permite reconstruir y resignificar relaciones y símbolos vinculares desde la cotidianidad, abarcando los contextos ocupacionales y el campo relacional del niño, permitiendo así el surgimiento de la autonomía del niño.

**PALABRAS CLAVE:** Autonomía, Inclusión Escolar, Cotidianidad.

## **ABSTRACT**

In social harmed contexts, it's common to observe conditions that interfere with the development of social, emotional and academic skills. This, bound to an inadequate answer to the environmental stimuli and individual necessities, can turn the process of adaptation to the school context a complex task, that requires preventive actions, coordination and management in network. The present document has as objective to present a type of intervention that facilitates the processes of autonomy and participation of children in situation of vulnerability in municipal schools of district Huechuraba, between years 2006 and 2009. The central strategy is to foment the interactions of all the systems, it is used individual and group interventions to children, relatives, professors and educative community, specialists of education and health. With it, the respect for the child's rights as well as the individual particularities of development are promoted, incorporating complementary methodologies and educative practices in the daily coexistence. This makes it possible to reconstruct and to resignificate relations and symbols from the daily activities, promoting with it the upcoming of child's autonomy.

**KEY WORDS:** Autonomy, School Inclusion, Daily Nature

## INTRODUCCIÓN

Si observamos y analizamos desde una perspectiva inclusiva, factores como: situación de vida de cada niño (a) y adolescente con Necesidad Educativa Especial (NEE<sup>3</sup>) como vivienda e ingreso per capita, características personales, dinámica relacional de la familia, entre otros; se pueden distinguir condicionantes psicosociales que escapan al margen de acción del niño y su familia, y que generan exclusión social, cuya primera consecuencia es una familia con limitación al acceso de oportunidades y recursos y un sistema educativo que mantiene su status quo y rotula a niños con NEE. Dichas condicionantes se relacionan con la falta de oportunidades en el sentido amplio, que se traducen en escasas ofertas de trabajo formal, bajas remuneraciones, extensas jornadas laborales, profesores no preparados para atender niños con NEE, insuficientes escuelas con programas de integración y educación formal, programas limitados de capacitación en oficios, largas esperas en el sistema de salud, recreación restringida, construcción de barrios sociales con alta densidad poblacional, viviendas con mal estado de conservación, entre otras. Por ello es importante concebir y comprender que la mayoría de los niños con NEE y sus familias, son vulnerados por el sistema socioeconómico vigente y por el estado de tipo subsidiario, que genera oportunidades limitadas solo a la contingencia y por lo tanto, estas múltiples situaciones producen exclusión social. Es así, como las acciones actuales de inclusión, sumada a los aspectos psicosociales, son factores que determinan la exclusión y con ello se potencia el concepto de NEE, cuyo foco se centra en la carencia de “algo en las personas” y no en lo macro, donde muchas veces, la familia no tiene injerencia directa en la búsqueda y aplicación las soluciones.

Es así como la Integración e Inclusión Escolar, son todavía temas pendientes, porque se ha trasladado el enfoque educativo propio de la educación especial a la escuela común, centrándose en la atención individualizada y no en la transformación de las prácticas educativas de las escuelas. Por otro lado, el Ministerio propone avanzar hacia la inclusión y en la práctica muchas escuelas regulares continúan con políticas locales de integración, que no siempre aseguran que los niños con NEE logren desarrollar su potencial de aprendizaje en todas las dimensiones del ser humano (físico, cognitivo, social, afectivo y espiritual). Además, desde los lineamientos del Ministerio de Educación, se pretende que la escuela siempre debe estar preparada para trabajar con la diversidad, porque las particularidades individuales son una condición inherente al ser humano. Sin embargo, en la practica los profesionales docentes y no docentes no han incorporado herramientas para intervenir desde esta perspectiva.

Más aún, en contextos sociales vulnerados (escuela, así como el ambiente social y familiar), se observan condiciones que interfieren el desarrollo de habilidades y destrezas académicas, relacionales y emocionales. Esto, ligado a una respuesta inadecuada a los estímulos ambientales o necesidades individuales, puede convertir el proceso de adaptación al contexto escolar en una tarea que requiere coordinación y gestión en red. Por lo tanto, el proceso de inclusión puede ser modificado a través de las acciones del equipo interventor, por ello, el trabajo multidisciplinario o interdisciplinario, adquiere relevancia según la etapa del proceso de integración de cada niño. Un equipo que trabaja con un enfoque psicosocial comunitario, promoverá la participación no sólo del niño con NEE, sino de toda la comunidad educativa, promoviendo la responsabilidad social en el respeto y aceptación de la diversidad, brindando espacios reales de participación.

La presente sistematización apunta a describir una estrategia de intervención que se potencia y retroalimenta con tres perspectivas de atención: Teoría de Integración Sensorial, Modelo de Rehabilitación Psicosocial y Enfoque de Atención Temprana.

---

<sup>3</sup> Se utilizara la abreviación NEE para el concepto de necesidades educativas especiales.

## FUNDAMENTACIÓN

La Declaración de Salamanca, aprobada en la Conferencia Mundial sobre NEE (1994), expresa que las escuelas deben acoger a todos los niños de la comunidad independientemente de sus condiciones personales, culturales o sociales; niños discapacitados y bien dotados, niños de la calle, de minorías étnicas, lingüística o culturales, de zonas desfavorecidas o marginales, lo cual plantea un reto importante a los sistemas educativos. Asimismo sugiere que las escuelas inclusivas constituyen el medio más eficaz para combatir actitudes discriminatorias, construir una sociedad inclusiva y proporcionar una educación de calidad para todos, mejorando así la eficiencia de los sistemas educativos.

En el informe de la Comisión Delors (Delors, J. et al. UNESCO. 1996), se invita a adoptar el “respeto por la diversidad” como principio fundamental para *combatir todas las formas de exclusión en la educación, para devolverle a la educación su “rol central como crisol” que contribuye a la armonía social.* Asimismo, expone que los aprendizajes giran en torno a cuatro ejes, los cuales son: *“Aprender a vivir, Aprender a Hacer, Aprender a Conocer y Aprender a Ser”*.

Durante el año 2004, el Ministro de Educación de Chile, señor Sergio Bitar, para elaborar y legitimar una nueva Política Nacional de Educación Especial, optó por abrir la discusión lo más ampliamente posible. *“Era importante actualizar el diagnóstico de la educación especial y revisar nuestras acciones, puesto que desde 1990 hasta ahora, esta formación ha tenido cambios fundamentales”*. Por ello, el 19 de Enero 2004, se convocó a una Comisión de 20 Expertos que integraron diversos profesionales y representantes de organizaciones vinculadas a la Educación Especial, presidida por Rosa Blanco, especialista de la Oficina Regional de Educación para América Latina y el Caribe, UNESCO. Durante cuatro meses trabajaron en la elaboración de un diagnóstico, una propuesta conceptual y recomendaciones que orientaron la futura política de Educación Especial. Su resultado se encuentra en el documento denominado: *“Nueva Perspectiva y Visión de la Educación Especial”* (Nuestro Compromiso con la Diversidad), Junio del año 2004; el cual fija las orientaciones de la nueva Política de Educación Especial de aquí al Bicentenario, con metas aplicables de manera gradual.

Este documento sirvió de base para la elaboración de la Política Nacional de Educación Especial (2005), la cual se fundamenta en el derecho de los niños (as), jóvenes y adultos que presentan necesidades educativas especiales a una educación de calidad, a la igualdad de oportunidades, a la participación y a la no discriminación. Sin embargo, hacer efectivos estos derechos requiere que la educación transite de un enfoque homogeneizador a uno basado en la diversidad. El enfoque conceptual de la Política es Educativo, asume el concepto de NEE y la conceptualización actual de discapacidad de la OMS (Clasificación Internacional del Funcionamiento y la Salud CIF, 2001).

Discapacidad se utiliza como término genérico para referirse a deficiencias, limitaciones en la actividad y restricciones en la participación. La discapacidad se concibe como un fenómeno multidimensional, resultante de la interacción de las personas con el entorno. En la clasificación se utiliza un enfoque biopsicosocial, en el que se integran las diferentes dimensiones de la salud desde una perspectiva biológica, individual y social. Considera la evaluación de diferentes componentes relacionados con el funcionamiento y la discapacidad (funciones, estructuras corporales y deficiencias; limitaciones en la actividad y restricciones en la participación), así como de los factores contextuales, partiendo del ambiente más inmediato al individuo y llegando hasta el entorno general.

Es importante aclarar que cada vez que mencionemos el concepto de NEE, nos referimos no solo a lo planteado por el Ministerio de Educación<sup>4</sup>, sino también a lo citado por Jerez (2004) *“presencia de dificultades mayores que el resto de los estudiantes para acceder a los aprendizajes*

---

<sup>4</sup> *“un alumno precisa ayudas y recursos adicionales, ya sean humanos, materiales o pedagógicos, para conducir su proceso de desarrollo y aprendizaje y contribuir al logro de los fines de la educación”*

que se determinan en el currículo que le corresponde por su edad (bien por causas internas, por dificultades o carencias en el entorno sociofamiliar o por una historia de aprendizaje desajustada) y necesita, para compensar dichas dificultades, adaptaciones de acceso y/o adaptaciones curriculares significativas en varias áreas de ese currículo”. Es importante mencionar, además, que la Comisión de Expertos del Ministerio de Educación (2004) afirma que “*las NEE pueden ser de carácter transitorio o permanente. De hecho, hay alumnos que requieren ayudas y recursos sólo en un momento determinado de su escolarización, otros en cambio requerirán de estos apoyos en forma sostenida en el tiempo*”. La primera corresponde a situaciones puntuales que pueden ser superadas, como trastorno emocional, fobias, violencia intrafamiliar, embarazo adolescente, drogadicción, trastornos específicos del lenguaje y aprendizaje, aprendizaje lento, déficit atencional, hiperactividad, trastornos conductuales, deprivación socioeconómica y cultural. La segunda corresponde a discapacidades intelectual, auditiva, visual, motora, multidéficit, psíquica, visceral y graves alteraciones en la capacidad de relación y comunicación.

De acuerdo a lo señalado por Saleh (2005) “*las políticas de inclusión requieren de flexibilidad en el currículo y en los enfoques pedagógicos, sensibilidad hacia el contexto y necesidades locales, y el desarrollo de actitudes que fomenten una cultura de equidad, justicia social y respeto por la diversidad*”. Es así, que la educación especial (desde donde surgen los Proyectos de Integración Escolar) no solo compete a políticas de educación (igualar oportunidades de acceso y participación), sino también laborales (condiciones de todo el personal de la escuela) y de tipo social para responder a la diversidad de estudiantes. Sin embargo, ha existido una concepción histórica de considerar a los estudiantes con NEE, como personas pasivas que requieren de servicios otorgados por terceros para superar sus necesidades específicas (profesionales docentes y no docentes especialistas), olvidando que cada uno tiene una historia de vida y condicionantes psicosociales, determinantes en su situación de vida actual que están influyendo en el desarrollo integral de los estudiantes y no necesariamente corresponden a causas biológicas. Entonces, la mayoría de las acciones en pro de la integración, provienen de una mirada de fortalecimiento personal, que habilite a la persona en destrezas previamente definidas para la participación social.

Si bien en nuestro país, la política de Integración Escolar es sustentada por una mirada psicosocial integrativa, en la que los sujetos son posibles de modificar por intervenciones e interacciones; el desafío actual es avanzar hacia un enfoque psicosocial inclusivo, en el cual, es la comunidad la que adquiere las herramientas necesarias para que todas las personas puedan estar incluidas en ella. Por ello, esta propuesta de intervención incorpora acciones con los profesores y agentes de salud relevantes para la situación de cada niño. No obstante, este avance requiere necesariamente de un cambio de mirada sustancial, en la cual el foco de intervención se modifica desde el niño problematizado hacia la comunidad a la que pertenece.

En esta propuesta de intervención, la Teoría de Integración Sensorial se utiliza como base del tratamiento, porque el procesamiento de información sensorial inadecuada, provocará un proceso motor, cognitivo y socioemocional inadecuado. Además, la Teoría de Integración Sensorial enfatiza la contribución de la información entregada por los sistemas propioceptivo, vestibular y táctil en la formación del sistema postural (tono muscular, equilibrio y postura), conciencia corporal y estabilidad emocional; base para explorar el mundo y motivarse hacia acciones significativas. Esta relación con el medio y la facilidad para desarrollar respuestas adaptativas, promueven actividades motrices fluidas y con propósito, necesarias en la primera infancia y en la etapa de inicio a la escolaridad, principalmente niveles de prebásico (prekinder y kínder) y NB1 (primer y segundo año de enseñanza básica).

Se incorpora el Modelo de Rehabilitación Psicosocial, porque es un proceso colectivo que coloca al sujeto en su espacio relacional, para deconstruir y resignificar situaciones cotidianas que no se problematizan; facilitando la comprensión de las dinámicas relacionales del niño con sus entornos y aporta nuevos elementos a la visión de los docentes acerca de sus estudiantes y familias.

Existen tres corrientes desde las cuales se puede situar un profesional o agente social para intervenir:

| MIRADAS PSICOSOCIALES   |   |   |  |
|---|---|---|--|
|   | Biomédica   | Biopsicosocial  | PSICOSOCIAL<br>fundamento de nuestro quehacer profesional  |
| Sujeto  | Considera al sujeto como pasivo y reactivo a la información que recibe y a las influencias externas. Es un ser funcional  | Considera al individuo como activo, que interactúa e intercambia con lo social. El sujeto tiene una realidad previa que puede modificarse según esa interacción   | La consideración de sujeto se basa en los derechos humanos y en la valoración del campo de la relación, para buscar autonomía e inclusión  |
| Campo relacional  | Se limita a la funcionalidad, dada por el grado de adaptación a lo "accesible" (yo me adapto a), y no a los conceptos de universalidad. Por lo tanto, la persona puede quedar inserta o desinserta del campo relacional                                       | Las interacciones sociales influyen, pero el sujeto sigue siendo sujeto, por lo tanto, su objetivo es integrarlo. Por lo tanto, el campo relacional busca la independencia  | Su premisa es que el campo relacional influye en la construcción de sujeto, ya que las interacciones producen intercambio con otros sujetos, por lo tanto, <u>la persona es, porque las condiciones la producen</u>  |
| Cotidianidad (expresada en el sistema escolar abordado en esta sistematización) | Desde aquí se explican las rotulaciones de los profesores hacia los estudiantes inquietos como "déficit atencional" y las múltiples derivaciones a Médicos especialistas. Desde esta mirada psicosocial, se acepta la diversidad pero bajo ciertos criterios. | Aquí se explica el énfasis dado a la atención de las necesidades específicas de los niños, manteniendo inalterable el sistema educativo. El estudiante y su familia se derivan a Psicopedagogas, Orientación Familiar, Programa Infante Juvenil de COSAM, Centro de Apoyo Municipal y Diagnóstico (CEMDYT, que se encarga de evaluar y dar tratamiento a casos que lo ameritan con Asistente Social, Psicopedagoga o Psicólogo) u otras instancias existentes dentro de la red municipal. | Es por eso que se trabaja la intersubjetividad, los significados, los sentidos y la construcción simbólica; que apunten hacia el desarrollo del niño a nivel local (entornos sociales relevantes a cada caso: familia nuclear, familia extensa, escuela, barrio) |

Para mayor pertinencia, se complementa la intervención con el Enfoque de Atención Temprana, el cual propone abordar las problemáticas de desarrollo de niños antes de que se conviertan en problemas más complejos. El acceso de un profesional de Salud en el contexto educacional permite detectar condiciones de alteración, disfunción o deficiencia que no han sido detectados por otras instancias, ya que es, en este ambiente en el cual el niño se ve enfrentado a situaciones cotidianas de aprendizaje, donde debe utilizar todo su arsenal de herramientas y capacidades, emergiendo desde el contexto real, aquellas interferencias que pueda presentar para llevar a cabo los requerimientos de esa área.

La intervención de atención temprana tiene como foco principal promover, facilitar o potenciar la evolución de todas las posibilidades de desarrollo del niño/a. Al considerar desarrollo desde el concepto amplio e integral, se hace necesario tratar también factores que pueden generar, agravar, perpetuar o por el contrario, disminuir las dificultades que el niño presenta, como son particularmente los cuidadores primarios y los vínculos que ellos establecen con el niño/a, ya que son personas significativas que el niño toma como modelo y desde quienes conoce y comprende el mundo.

Esta propuesta de intervención coloca especial énfasis en iniciar un tratamiento interdisciplinario y coordinado desde edades tempranas, cuando el niño lo requiere, detectando y tratando necesidades especiales incluso antes del inicio de la edad escolar, de tal forma de facilitar las transiciones de una etapa a otra otorgando los apoyos que necesite.

## OBJETIVOS

**General:** Facilitar procesos de autonomía de niños y niñas en situación de vulnerabilidad escolar en las escuelas municipales de la comuna de Huechuraba, entre los años 2006 y 2009.

### **Específicos:**

- 1) Fomentar el proceso de desarrollo integral en niños con rezago y/o retraso a través de intervención de especialidad en el área de Terapia Ocupacional e Integración Sensorial
- 2) Promover comportamientos adaptativos que se generalizan e integran en los hábitos de trabajo escolar y rutina de vida, satisfactorios a nivel escolar, familiar y social
- 3) Lograr respuestas sensoriales adaptativas, como equilibrio, postura, manipulación, coordinación bilateral, percepción visual y de procesos táctiles, vestibulares y propioceptivas; que faciliten el movimiento, el aprendizaje y la conducta
- 4) Validar a las familias y cuidadores primarios en el ejercicio de una crianza saludable, incorporando elementos que fortalezcan la relación vincular con sus hijos (as)
- 5) Apoyar a los profesores de aula y profesionales afines a cada caso, en la construcción simbólica de sujeto (qué es para mí este estudiante en particular) considerando los significados (personales y colectivos), el campo relacional (mío y de los alumnos) y las intersubjetividades.
- 6) Favorecer la inclusión de niños con NEE a sus diferentes contextos ocupacionales

## DESCRIPCION

Esta propuesta de intervención, basada en el uso y retroalimentación de tres enfoques (Integración Sensorial, Psicosocial y Atención Temprana), utiliza como estrategia transversal fomentar las interacciones de todos los sistemas a través de intervenciones ya sea individuales y/o grupales a niños, familiares, profesores, comunidad educativa, centros de salud y especialistas de salud y educación. Con ello se promueve el respeto por los derechos del niño y a las particularidades individuales del desarrollo, incorporando acciones relevantes en la convivencia diaria.

El Taller de Integración Sensorial, está inserto dentro del Proyecto de Integración Escolar (PIE); el cual depende a su vez del Departamento de Educación Municipal. El número total de profesionales docentes y no docentes del PIE es de 25 personas, entre educadoras diferenciales especialistas en lenguaje, déficit cognitivo, audición, trastorno visual, fonoaudiólogos, psicólogos y terapeutas ocupacionales. Existen 35 horas profesionales de Terapeuta Ocupacional, distribuidas en 25 y 10 hrs, por lo tanto, trabajan dos profesionales para atender un promedio de 65 niños semanales. Este taller es una instancia de apoyo complementario en aquellos niños que presentan dificultades para adaptarse a la rutina de trabajo escolar debido a la búsqueda constante de información sensorial, desatención y desconcentración, problemas de comportamiento y emocionales, hiperactividad, impulsividad, dependencia en AVD, retraso del desarrollo psicomotor. Su finalidad es apoyar el desempeño escolar de niños y niñas que presentan NEE derivadas o no de una discapacidad, que les facilite la generalización de estrategias y autonomía los contextos ocupacionales cotidianos. Para la intervención es esencial trabajar en los siguientes niveles:

- a) **Individual** para regular el procesamiento sensorial de niños (as) con dificultades de adaptación a la dinámica escolar para lograr patrones de comportamiento y aprendizajes adaptativos y funcionales tanto en la escuela como en el hogar.
- b) **Familiar** para favorecer estilos de crianza saludable que les permita a los padres y apoderados guiar y acompañar, tanto el proceso de desarrollo integral como el proceso pedagógico de sus hijos.
- c) **Comunidad educativa** promoviendo el rol de estudiante para mayor autonomía y participación activa dentro de la comunidad educativa.

La metodología utilizada corresponde a las acciones de intervención directa e indirecta con el niño y su familia durante un periodo aproximado de 9 meses a 1 año. Las atenciones directas son aquellas que se utilizan para trabajar directamente con el niño ya sea en modalidad individual o grupal: evaluación y tratamiento (el juego es la herramienta terapéutica que permitirá regular el procesamiento de la información sensorial). La atención indirecta se refiere a la observación clínica de los contextos ocupacionales en los que participa el niño en tratamiento y a la coordinación con actores sociales de esos contextos, ya que son claves para la intervención, ya que permanecen mayor tiempo con el niño. Incluye las siguientes acciones: visita y coordinación con profesores jefes para analizar evolución de cada niño y entregar la devolución de la derivación que ellos realizan, reuniones periódicas con red de salud (COSAM), participación en al menos dos actividades recreativas (solo o acompañado por madre u otro familiar, según objetivo terapéutico) y talleres de capacitación a profesores del PIE, equipo de las escuelas (profesores, Director, Jefe UTP, Orientador, Inspector General) y familiares o cuidadores primarios en temáticas que ellos han planteado como necesarias de abordar.

Los niños ingresan por derivación directa de profesoras diferenciales que pertenecen al PIE o por visita de observación en aula de la Terapeuta Ocupacional (de común acuerdo con Profesora Jefe), debido a signos de disfunción sensoriointegrativa, tales como: se irrita cuando lo tocan o con ciertas texturas, se mueve constantemente, establece contacto visual esporádico, adopta posturas incómodas en silla, temor al movimiento, movimientos rígidos, lanza objetos, escritura deficiente, falta de estrategias de organización, dificultad para iniciar, mantenerse y finalizar una actividad pedagógica, entre otros.

La modalidad de atención es grupal, tres niños por sesión, de acuerdo a nivel escolar (edad), características del desarrollo psicomotor y perfil sensorial. No obstante, se realizan sesiones individuales, cuando el niño presenta un nivel de funcionamiento ocupacional dependiente del manejo de variables constantes por parte del Terapeuta Ocupacional para que pueda continuar desarrollando una actividad en forma fluida (habilidades sociales y psicomotoras descendidas que interfieren la comunicación e interacción con grupo de pares). Este período es de preparación hacia la participación grupal, el niño no debería permanecer por un período extenso de tiempo.

Se destinan dos a tres sesiones de evaluación, que incluye:

- Áreas del desempeño ocupacional (AVD, escuela, tiempo libre)
- Habilidades y destrezas del desempeño ocupacional: motricidad, procesamiento (cognición), comunicación e interacción social
- Disfunción sensorio integrativa
- Patrones del desempeño ocupacional: hábitos, rutinas y roles
- Contextos de participación
- Motivaciones e intereses
- Demandas de la actividad
- Contexto social y familiar

Es importante destacar que cuando es necesario, dado las características y funcionamiento del niño, en la evaluación se realiza también intervención.

Los instrumentos evaluativos son: Entrevista Semi-estructurada a los padres o cuidador primario, Test de Desarrollo Psicomotor de Picq & Vayer, Prueba Beery-Buktenica del Desarrollo de la Integración Visomotriz (VMI), Test de Observación Clínica de Integración Sensorial, Cuestionario Sensorial aplicado a los padres.

Con respecto al desarrollo de las sesiones, de acuerdo a los objetivos individuales, se busca dar oportunidades donde el niño pueda desplegar habilidades del desempeño ocupacional en diferentes contextos (clínico grupal/individual, visita y apoyo en escuelas – cuando es posible – recreativo – paseos con o sin acompañamiento de familiar), a modo de intervenir en contextos

cotidianos y significativos, donde se dan en forma natural las relaciones y donde se pueden observar y potenciar los patrones del desempeño ocupacional. De esta forma, los niños van integrando destrezas que le permiten un desarrollo integral.

Las sesiones se encuentran estructuradas en cuatro momentos: el inicio es un espacio destinado a potenciar la independencia en algunas AVD Básicas, como vestuario (sacarse chaquetas u otras ropas y zapatos), secuenciar y ordenar pertenencias. El desarrollo incluye una actividad motora con componente sensorial, juego elegido por el niño, al cual se incorporan elementos necesarios para su funcionamiento motor, social y sensorial, donde además debe coordinarse con sus pares, tomar acuerdos y respetar turnos. Luego se realiza una actividad de motricidad fina o táctil que puede ser realizada en base vertical u horizontal, de acuerdo al objetivo terapéutico individual, con el propósito aumentar la permanencia en la estación de trabajo, incorporar/organizar la rutina de trabajo escolar y la experiencia de una actividad exitosa y sensación de logro bajo esas condiciones y que luego pueda repetir en la escuela. Por último, en el cierre, el niño debe restaurar el espacio físico utilizado, ordenar y guardar los juegos y objetos utilizados; y además, nuevamente realizar en forma independiente algunas AVD Básicas u otra actividad que potencie la adquisición de nuevas destrezas de autonomía.

## **RESULTADOS**

Desde la habilitación y puesta en marcha del Taller de Integración Sensorial en el año 2006, siempre estuvo planificado atender a los niños que presentan signos de disfunción sensorial que les interferían el cumplimiento de su rol de estudiante, como una estrategia de apoyo a esas NEE y a los profesores de aula; visión centrada solamente en la entrega de una prestación para superar la disfunción ocupacional. Además, a nivel de Departamento de Educación, las atenciones contra jornada que se otorgan en el Centro Familiar de Integración Escolar por parte de profesionales no docentes, son valoradas a nivel de Jefatura como una estrategia de validación frente a la comunidad, por la inversión en recursos económicos y humanos en el área de educación. Bajo este contexto, el aporte del Terapeuta Ocupacional era limitado, siendo necesario, buscar espacios de innovación y apertura hacia una mirada de intervención integral. Con el tiempo, se han incorporado otros modelos de trabajo, que complementan la Teoría de Integración Sensorial, facilitando la emergencia y/o generalización de aprendizajes y habilidades personales que contribuyen a un desarrollo integral. En este contexto, se amplía el aporte profesional del Terapeuta Ocupacional y su mirada particular, incorporando acciones novedosas para el PIE pero de requisito sustancial para una intervención integral y ética; que requiere de visualización del funcionamiento del niño y su familia en diferentes contextos ocupacionales.

Los tres modelos utilizados en conjunto, de manera transversal y transdisciplinaria logran encaminar al niño hacia la satisfacción personal, la inclusión y la autonomía. La Teoría de Integración Sensorial y el Enfoque de Atención Temprana se dirigen hacia la facilitación de experiencias de aprendizaje que impulsan y promueven el desarrollo; y el enfoque Psicosocial es fundamental para expandir y permitir estas respuestas adaptativas a todos los contextos del niño.

Incorporar estos modelos en la práctica profesional diaria, genera de por sí dos recursos fundamentales. En primer lugar disminuyen las brechas de inequidad para el desarrollo integral de potencialidades y capacidades, pues otorgan ambientes y oportunidades protegidas, seguras y sanas de aprendizaje, no solo a nivel individual, sino también, familiar, escolar y social. En segundo lugar, actúa sobre ejes del desarrollo, que muchas veces quedan descubiertos por las áreas de salud y educación, logrando solucionar aquellos conflictos que no son atribuibles a ninguno de estos dos pivotes centrales de desarrollo. En este punto, es donde se hace indispensable un enfoque psicosocial real, para comprender y abordar aquellas dificultades que no son atribuibles al niño o su ambiente, sino que se ubican en la interacción del niño con sus diferentes contextos y vínculos.

Como resultado, el niño logra reconocerse mejor y reconocer sus capacidades y limitaciones aplicadas a su día a día, recuperando la sensación de control y efectividad sobre el medio. A través de la intervención los niños van logrando comprender mejor su propio cuerpo y modificar los significados que el niño se otorga a sí mismo y a su relación con el entorno, y también a la forma de relacionarse con las personas que componen su campo relacional (principalmente familia, grupo de pares y profesores).

Por otra parte, los cuidadores primarios y educadores son capaces de comprender mejor la naturaleza del problema, eliminando las rotulaciones atribuidas a la voluntad del niño (*“este niño es flojo”, “es tonto”, “es muy agresivo”, “es torpe”*); ocupando un espacio más adecuado y acogedor en su rol de adultos significativos y educadores fundamentales.

Es así como el niño logra hacerse efectivo en su ambiente cotidiano (y no solo en el ambiente de la sala de atención) descubriéndose como un sujeto de derecho y de deber, validado por su entorno y acogido por su familia y comunidad.

A continuación se presenta un caso clínico que ejemplifica el abordaje de nuestra propuesta.

### **Caso Clínico:**

Sebastián tenía 3 años 10 meses cuando el equipo del Jardín Infantil al que asistía desde la Sala Cuna solicitó una evaluación médica, por sus dificultades para relacionarse adecuadamente con grupo de pares y mantenerse en rutinas de trabajo. La educadora menciona que no trabaja sentado, que se mueve constantemente, se escapa de la sala y grita. Floria, su abuela materna, que es su cuidador principal, consulta espontáneamente en Centro Familiar de Integración Escolar, donde es ingresado a tratamiento y atendido desde entonces por Terapia Ocupacional y Fonoaudiología. Posteriormente, Sebastián accede a tratamiento complementario de Flores de Bach en el mismo Centro Familiar de Integración Escolar, para intentar disminuir conductas en relación a movimiento excesivo y constante (*“hiperactividad”*) y dificultades para mantener la atención. Abuela y Madre no refieren modificaciones conductuales, pero reconocen que no cumplen las indicaciones en forma regular.

Al momento del ingreso se realizan diversas evaluaciones que arrojan como resultado un retraso del desarrollo psicomotor de 1 año 8 meses en relación a lo esperado para su edad cronológica, dificultades de modulación táctil, desorganización de la conducta, escasos hábitos saludables e incipientes dificultades de autoestima, ánimo lábil y muy baja tolerancia a la frustración. A nivel familiar se evidencian importantes dificultades que van surgiendo claramente a través de las sesiones. Floria se ha hecho cargo de él desde que nació, pues su madre, Patricia, trabaja fuera de Santiago, sin embargo vuelve de manera irregular por períodos de una y cuatro semanas, unas tres veces al año. Siempre que Patricia regresa, Floria, la abuela, se retira del rol de cuidador principal, dejando a la madre a cargo por ese lapso de tiempo. Durante estos períodos, las rutinas de Sebastián cambian por completo, modificándose desde los hábitos de sueño hasta la conducta con los pares. En numerosas ocasiones falta a sesiones de tratamiento durante este tiempo, pues Patricia se queda dormida. Además, Patricia y Floria presentan dificultades de relación entre ellas, y la abuela intenta sanar la relación a través de Sebastián, quien pasa a ser un instrumento entre ambas. Esto se traduce en concreto en límites difusos y reglas poco claras en el hogar, y a nivel emocional en una confusión y sensación de abandono por una o por la otra figura de apego.

En la sala de clases se evidencian principalmente conductas relacionadas con la búsqueda de regulación a través de la propiocepción (que se interpreta como necesidad de regulación por defensividad táctil), con la desatención y dificultad para mantenerse y terminar actividades, y la labilidad emocional. Se observa de dificultad por parte de los compañeros para relacionarse con él, y escaso manejo y emociones negativas por parte de las Educadoras (Sebastián es percibido como un niño difícil de manejar y que interrumpe constantemente).

Se realizan intervenciones en los diferentes contextos ocupacionales del niño. Inicialmente se focaliza la intervención en el motivo de consulta, que es la interacción entre el niño y su ambiente escolar, realizando evaluación del niño e intervención de integración sensorial para apoyar sus procesos de modulación y se explica a las profesoras y directora de colegio la naturaleza del problema, otorgando herramientas de manejo en sala y logrando ampliar la interpretación de las conductas del niño. Se interviene a lo largo del tiempo ante situaciones puntuales de tipo escolar.

En varias ocasiones se cita a Floria y Patricia, para esclarecer relación de ellas con el niño, establecer objetivos en conjunto, implicancias de la relación de ambas en el desarrollo y conductas del niño, mantención de vínculos estables, definición de roles y pautas de crianza en casa.

En situaciones puntuales se realiza intervención en crisis con abuela, debido al brote de conductas de descontrol de impulsos del niño, se contiene y se otorgan herramientas de relajación, anticipación de nuevas crisis y nuevas herramientas de contención y manejo del niño.

Se realiza coordinación de caso con Psicólogo del colegio por crisis de encopresis diurna (concordante con regreso de Patricia después de largo período de ausencia) para orientación a equipo de educadoras respecto a antecedentes del caso.

A través de las intervenciones de Terapia Ocupacional, Sebastián logra mejorar su adaptación a la rutina de juegos, y responder a reglas y requisitos. Logra adoptar hábitos en torno a las actividades de la sesión y los realiza de manera independiente. Se otorgan pautas de crianza a la abuela (remarcar los logros, no mantener castigos o enojos todo el día, mostrar conducta esperada más que amenazar, ordenes simples y cortas, establecer las reglas de manera clara y no ceder ante descontrol del niño, guiar actividades con modeling, entre otras), algunas de las cuales son ejecutadas con buenos resultados.

Alternando actividades guiadas con cinco minutos de juego libre, logra participar de forma adecuada en ambas, la mayor parte del tiempo. Además, se observa que anticipando la sesión, y luego recordando anticipadamente cuales son los pasos a seguir, logra estructurarse mejor para finalizar una actividad completa e iniciar otra. Es capaz de iniciar al menos dos actividades por sesión con apoyo verbal y logra respetar los tiempos de juego libre, retomando las actividades guiadas. Interactúa con Terapeuta activa y adecuadamente, preguntando o proponiendo actividades e intenta respetar instrucciones acercándose a la Terapeuta cuando se le pide para realizar acuerdos.

Presenta dificultades para estructurarse por si mismo, y requiere estímulos verbales o físicos para contener sus impulsos e iniciar o finalizar las actividades, pero con este apoyo lo logra bien y expresa agrado y satisfacción por lo realizado, recordándolo en sesiones sucesivas y queriendo repetirlo. Logra adoptar en forma independiente rutina de AVD en torno a zapatos, colación y lavado de dientes. Sebastián responde mejor en ambientes de mayor estructuración física y temporal, al anticipar actividades y expectativas repetidamente y ante la modulación correcta de los estímulos de integración sensorial.

Luego de 1 año 6 meses de atención, persisten algunos síntomas importantes que pudiesen sugerir TDA/HA, principalmente relacionados con la desatención. Además Sebastián ha logrado participar más en clases, pero debido a que presenta aprendizajes incompletos, se ha dado cuenta de que no es capaz de realizar las mismas actividades que otros niños, lo que actualmente se traduce en la evitación de nuevas tareas por temor a no poder realizarlas, o conductas de regresión en las que pide ayuda para tareas de AVD ya cumplidas, como la vestimenta o el baño. Por este motivo se deriva para atención en COSAM de la comuna, donde inicia atención por Psicóloga y Psiquiatra, manteniendo apoyo en Centro de Integración Familiar para él y su familia.

En atención de Terapia Ocupacional se readecuan los objetivos hacia favorecer sentimientos de logro y desarrollo de capacidades nuevas, otorgando especial énfasis a mantener el buen vínculo que el niño ha logrado finalmente con Floria y favorecer a través de ella el trabajo de este objetivo a nivel familiar.

En el caso de Sebastián queda ejemplificada la interacción y la necesidad del uso de los tres modelos descritos. El uso de la teoría de Integración Sensorial permite ayudar al niño a desarrollar estrategias de adaptación a la sala de clases y a explorar satisfactoriamente el ambiente ayudando a su desarrollo integral, participación e integración. Por otra parte ayuda a clarificar los síntomas del TDA/HA, ya que algunos de ellos como el movimiento constante estaban relacionados con la defensividad táctil de manera primaria.

Sebastián es un ejemplo de cómo, a través, de la incorporación de modelos de intervención complementarios entre sí (integración sensorial, psicosocial y atención temprana), los niños experimentan oportunidades de regulación de las disfunciones sensorio integrativas y las necesidades propias de la etapa del desarrollo; modificando los significados del propio niño con su cuerpo y el entorno, y también la relación con sus cuidadores primarios y educadores.

El Modelo Psicosocial como eje integrativo entre las diferentes intervenciones otorga herramientas para que las intervenciones tengan impacto a nivel educacional y familiar, y permite resignificar las relaciones del niño con sus figuras primarias, principalmente permitiendo a los educadores reinterpretar las conductas y el vínculo mismo con el niño.

El Enfoque de Atención Temprana permite detectar a tiempo la alteración del vínculo, el déficit significativo de normas de crianza, la labilidad emocional y finalmente el mismo TDA/HA, en un niño de características complejas y causalidad multifactorial, que probablemente hubiese sido rechazado del colegio si no hubiera contado con los apoyos otorgados. Este enfoque utilizado a este nivel de atención permite generar un nexo entre la comunidad educativa y el área salud, detectando y evaluando las dificultades en el mismo contexto, es decir, actúa tanto para derivar como para catalizar la atención y la coordinación adecuada de las necesidades del niño.

La Teoría de Integración Sensorial permite facilitar el desarrollo adecuado de respuestas adaptativas, y aumentar el control del niño de su propio cuerpo.

## DISCUSION

La escuela inclusiva debe fomentar modalidades de trabajo que faciliten el aprendizaje de todos los niños. Nuestra apuesta de intervención, cumple con este principio y la evolución positiva de los estudiantes es un precedente de un abordaje integral, con modelos de intervención (Teoría de Integración Sensorial y Modelo Psicosocial) que muchas veces, en la práctica, se consideran contrapuestos. Blanco (2005) sostiene que *“la educación inclusiva es transformar las culturas, las prácticas educativas y la organización de las escuelas para atender la diversidad de necesidades educativas especiales del alumnado, que son consecuencia de su procedencia social y cultural y de sus características personales en cuanto a motivaciones, capacidades e intereses”*.

La presencia de Terapia Ocupacional en el campo educativo permite generar un sistema de atención fluido desde la comunidad hacia los sistemas de salud, con derivación pertinente, seguimiento oportuno, detección y atención temprana de dificultades, y uno de sus grandes pilares consiste en abrir este conocimiento también a la misma comunidad educativa, sensibilizándola, capacitándola y responsabilizándolas del proceso de desarrollo integral de los niños y jóvenes de nuestro país, labor atribuida generalmente a las políticas públicas, a la familia o a los profesores, pero nunca al conjunto de la comunidad que los sostiene, que tiene el deber de incluir a estos niños otorgándoles las mismas oportunidades y también las mismas posibilidades de construir relaciones, vínculos y símbolos que a otros. La Terapia Ocupacional mantiene además el foco en el proceso de desarrollo integral y en la inclusión, es decir, en la globalidad y a la vez en la intersubjetividad, logrando limar asperezas en cuanto a los aspectos particulares de las visiones desde las diferentes áreas.

Reconstruir y resignificar relaciones y símbolos vinculares desde la cotidianidad es un proceso que necesita diversas miradas clínicas y psicosociales que apunten hacia el desarrollo de la autonomía. Por lo tanto, para facilitarla, la intervención debe considerar los contextos ocupacionales y el campo relacional del niño. Deconstruir y resignificar la cotidianidad en niños que presentan dificultades para construirse a sí mismos, es un desafío no solo para la familia, sino para toda la comunidad a la que pertenecen. Esta tarea requiere un plan complejo y por sobre todo coordinado, multidimensional, que sustente, fomente y proteja el desarrollo sano de todos sus miembros, especialmente aquellos que presentan NEE. El contexto inclusivo pasa a ser tal, en cuanto el niño logra el ejercicio de su autonomía como expresión de libertad, capacidad y relación.

Un niño incluido en un contexto que fomenta su autonomía, se desarrolla como un ser humano responsable, consciente de su espacio en la comunidad y de su compromiso hacia ella. Por eso la construcción de la autonomía se inicia y se alimenta necesariamente de las relaciones que el niño aprende a ampliar y mantener durante todo su proceso de desarrollo y en todos sus contextos. El campo relacional completo del niño debe, entonces, apuntar a que el niño se desarrolle como un ser íntegro y se hace necesario integrar las diversas miradas cotidianas y clínicas que se suman en él desde sus diferentes interacciones con sistemas. Es imprescindible apoyar en forma oportuna y pertinente las necesidades de desarrollo de los estudiantes, a través de la pesquisa temprana de una disfunción sensoriointegrativa u otras disfunciones, intervenciones multidimensionales y acciones de sensibilización social, para permitir el máximo despliegue de potencial de desarrollo y aprendizaje.

La Terapia Ocupacional en el contexto de inclusión escolar es un área en desarrollo y esta sistematización presenta una estrategia que al unir tres enfoques diferentes, logra mayor sustentabilidad en el tiempo y mayor porcentaje de éxito, en estudiantes que presentan una necesidad educativa especial, no derivada de discapacidad; siendo este profesional un nexo entre las condicionantes psicosociales del estudiante y las exigencias del entorno familiar, educacional y social. La importancia de la visión de la Terapia Ocupacional en este campo radica en la capacidad del profesional para abarcar el campo hasta las raíces de la vida y el desarrollo, que se encuentran en la cotidianidad, en las vivencias y experiencias situadas en los contextos habituales en los que el niño se desenvuelve.

## **BIBLIOGRAFIA**

- (1) Política Nacional de Educación Especial “Nuestro Compromiso con la Diversidad” (2005). Serie Bicentenario.
- (2) Instructivo Sobre Proyectos de Integración Escolar (2006). Subsecretaría de Educación
- (3) Saleh, L. (2005). Seminario Internacional: Inclusión Social, Discapacidad y Políticas Públicas. La Inclusión desde la Mirada Internacional. (p. 18).
- (4) Blanco, R. (2005). Seminario Internacional: Inclusión Social, Discapacidad y Políticas Públicas. Tendencias mundiales en la educación del alumnado con necesidades educativas especiales. (pp. 67 – 75)
- (5) Jerez, J. (2004). Seminario “Manejo de situaciones conflictivas y relevantes”. Centro de Capacitación y Orientación Educacional Hermanos Maristas. Santiago de Chile.
- (6) Informe de la Comisión de Expertos MINEDUC (2004). Nueva Perspectiva y Visión de la Educación Especial.
- (7) Delors, J. et al (1996). La Educación encierra un tesoro. Informe a la UNESCO de la Comisión Internacional sobre la Educación para el XXI. París/UNESCO