

16/03/2026.- RESUMEN del I Congreso Internacional de la AEF-Ped, celebrado en Sevilla con fecha 20 y 21 de febrero de 2026.  
Autora: Elisa Aldama, Coordinadora de la Sección de Atención Temprana, Pediatría y Discapacidad Infantil del CPFA.

### I Congreso Internacional de la Asociación Española de Fisioterapeutas en Pediatría (AEF-Ped)

El evento, celebrado en el Centro Universitario San Isidoro de Sevilla, comenzó haciendo un repaso de la evolución de la profesión, reivindicando en todo momento la necesidad de un cambio en la legislación y la exigencia de dividir el servicio de fisioterapia en distintas especialidades que conlleven más formación y especialización en los distintos sectores que abarca la fisioterapia.

Se consideró que la fisioterapia pediátrica ha experimentado una gran transformación desde los años 80 hasta la actualidad. Afirmaban que lo que comenzó como una práctica centrada predominantemente en el tratamiento neurológico bajo modelos jerárquicos-maduracionistas del desarrollo motor, ha evolucionado hacia un enfoque biopsicosocial, orientado a la participación, fundamentado en la evidencia científica y, por supuesto, de la mano de las familias.

Este recorrido no solo refleja avances técnicos y metodológicos, sino un cambio radical en la comprensión del desarrollo infantil, la diversidad funcional y el papel del fisioterapeuta dentro de los sistemas sanitarios, educativos y sociales.

A lo largo del Congreso se realizaron innumerables reivindicaciones acerca de la profesión, llegando a la conclusión de la necesidad de que la fisioterapia pediátrica requiere una formación académica especializada que dé al sector acreditación y conlleve un reconocimiento institucional. Se pusieron en común distintas realidades dentro de las comunidades autónomas, desde la importancia de incluir en todas las Universidades de fisioterapia la fisioterapia pediátrica como una asignatura individual con horas lectivas adecuadas, a las posibilidades laborales dentro del sector, tomando como ejemplo la Región de Murcia, desde donde expusieron que hay un fisioterapeuta en cada centro educativo, donde no solo se trabaja con niños y niñas con diversidad funcional, sino que se hace un trabajo muy importante de prevención primaria sobre la salud musculo esquelética del alumnado.

Como otra noción fundamental se consideró que sería fundamental realizar un libro blanco de fisioterapia pediátrica como paso vital para reivindicarla como especialización dentro del servicio. Dentro de las reivindicaciones también se habló de una atención temprana de calidad, con profesionales formados, sectorizada de manera diferente en cada comunidad (perteneciente a educación, sanidad o servicios



sociales) y por supuesto, una queja y reivindicación unánime a reducir las listas de espera, alegando la importancia de la plasticidad cerebral y las posibilidades de una intervención lo más temprana posible.

El congreso centró la mayoría de las intervenciones en la participación activa del sujeto, en considerar la subjetividad de cada persona por encima de la condición física, dejando entrever la relevancia del cambio de paradigma en el sector, incluso en el ortopédico que también tuvo una importante presencia a lo largo del congreso.

El cambio de paradigma propuesto por Gloria Pomares en el taller de “Actualización en Ortopedia Infantil” pasaba de considerar a la persona como un sujeto pasivo de su tratamiento asemejando entonces la ortopedia a la discapacidad, es decir, a no pensar en la participación activa de la persona en sociedad, a un cambio total de paradigma en el que colocar al sujeto como principal protagonista, pasando de una pasividad a un empoderamiento viendo en la ortopedia un posibilitante e igualándola a la capacidad.

*“Lo que manualmente no se puede corregir a una ortesis no se le puede pedir” Gloria Pomares.*

### **MESA 1 de Neonatología**

Se dio valor a la reciprocidad en las interacciones durante el primer año de vida con el bebé. Imitación innata desde el nacimiento. La función comunicativa es aumentativa y está directamente relacionada con la psique del bebé. Las respuestas incluyen mirada, contacto visual y respuestas imitativas. Para dar lugar a interacciones intersubjetivas.

Interacciones tempranas y respuestas ajustadas como parte fundamental en el proceso de subjetivación del niño o niña. Un entorno vulnerable será considerado de riesgo para la psique del niño o niña.

También se reivindicó la labor del fisioterapeuta en las UCIs neonatales, la importancia de la detección precoz y evasión de las terapias invasivas que generan dolor desde edades muy tempranas.

Considerando que en el desarrollo neuromotor, los trastornos coinciden en que tienen un desarrollo atípico temprano. Por lo que tenemos herramientas suficientes para poder detectarlo y poder empezar a trabajar de manera temprana.

Los cambios se producen en los primeros dos años de vida y los principales cambios se producen en el último trimestre prenatal y en el primero postnatal.

Los procesos de neurodesarrollo se producen por cascadas epigenéticas, el bebé genera actividad espontánea y recibe feedback de ello. Actividad de unos movimientos va a conllevar la existencia de otros.

El uso de sonda nasogástrica relacionada con problemas en la alimentación futuros.

¿Qué siente el bebé al moverse dentro del útero? La diferencia entre el medio acuoso dentro del útero y postnatal, sin ambiente elástico, propioceptivo que da el medio acuoso, etc. El ambiente es diferente, ¿puede tener consecuencias? Se compara el volumen cerebral entre los bebés a término y el prematuro. Hay una diferencia estructural. El entorno por tanto será clave. Frena el movimiento cuando va a tocar zonas más innervadas.

Cuando tengo una situación patológica, la info propioceptiva que recibe el cerebro no está ayudando a la reorganización cerebral, recibe una información potencialmente dolorosa que al bebé le cuesta mucho soportar. Niño hiperalgico de su inmadurez.

Bebes de UCI neonatales reciben muchas técnicas dolorosas y de estrés. Que entorpecen el desarrollo neuromotor. En prematuros en edad pretérmino, el área motora y el área sensorial del cerebro se activan cuando se producen movimiento espontáneos, si los movimientos los provocamos de forma pasiva el resultado es similar. El dolor durante los procedimientos interrumpe persistentemente el sueño, el crecimiento ponderal y la maduración cerebral.

Analgesia no farmacológica como tratamiento (terapia en nido, estimulación neuromotora temprana, facilitar movimientos fluidos y serpenteantes, masaje infantil, hamacas, hidroterapia que favorece y asemeja el entorno uterino, movilizaciones pasivas con presión articular...) Artículos que respaldan el piel con piel.

Ser capaces de introducir estas técnicas de una manera adecuada para reducir potencialmente cualquier técnica dolorosa o de estrés. **El SNC no se entrena, se organiza.**

Esto posibilita que se reduzca la mortalidad, que se reduzcan los días de estancia hospitalaria, el dolor, aumenta el crecimiento, reducción de sépsis, hipotermia, hipoglucemia, aumenta la saturación de oxígeno, reduce las readmisiones hospitalarias, mejora la termorregulación y los niveles de glucosa en sangre, mejora el neurodesarrollo y disminuye los estados de depresión post parto, estrés y ansiedad en la madre.

Cada vez que se observa el movimiento espasmódico imitan el movimiento fluido de un bebé sin PC, y con neuro imagen si ha visto que hay modificaciones en la plasticidad neural. Es un estudio reciente que se está desarrollando con un grupo control pequeño pero que abre una puerta importante a nuevas maneras de hacer.

ARTICULO: **Movement Imitation Therapy for Preterm Babies (MIT-PB): a Novel Approach to improve the Neurodevelopmental Outcome of Infants at High-Risk for Cerebral Palsy.** Marina Soloveichick, Peter B. Marschik, Ayala Gover, Michal Molad, Irena Kessel. Christa Einspieler.

### En resumen...

- Los avances recientes en la investigación del cerebro han demostrado que el entorno de un bebé tiene un efecto importante en el desarrollo cerebral y el desarrollo saludable.
- En los primeros años de vida de un bebé, el cerebro está ocupado construyendo su sistema de conexiones sinápticas y la cantidad de estimulación que reciba el bebé afectará directamente a esta sinaptogénesis.
- La estimulación repetitiva y constante fortalece estas conexiones y las hace permanentes, en cambio aquellas conexiones que no se utilizan pueden eliminarse.
- Este intenso periodo de crecimiento cerebral y su capacidad de creación de redes ocurre sólo una vez en la vida.
- Los cuidadores y padres, tendrán esta breve pero única oportunidad para ayudar a fomentar la formación de circuitos cerebrales con sus bebés. El entorno facilita o limita la exploración. El entorno adecuado reduce la necesidad de intervención directa.
- El pronóstico neuromotor no depende solo de la lesión, sino de la experiencia sensoriomotriz cotidiana.
- Lo sencillo no es lo mínimo, es lo esencial. Facilitar buenos movimientos hoy es cambiar trayectorias mañana.
- Evaluar y prevenir el dolor es imprescindible.

Dentro de la mesa de neonatología también se habló de Parálisis Cerebral Infantil (PCI):

En la identificación y diagnóstico temprano en PC tenemos un camino claro, RM, movimientos y examen neurológico.

Un diagnóstico debería darse con menos de 6 meses, sin embargo, suele darse entre los 12-24 meses. GMFCS I- II suelen diagnosticarse a los 2 años. Suelen ser los niños y niñas que mejor responden a tratamiento pero llegan más tarde porque su desarrollo es más parecido al desarrollo motor normalizado.

Del 100% de los niños y niñas con PC entorno al 55 son por prematuridad o encefalopatía, el otro porcentaje es debido a factores de riesgo desconocidos al nacimiento. Por lo que su detección también será más tardía. Los niveles de estrés y malestar son especialmente intensos cuando las familias perciben la incertidumbre en el screening como "innecesaria o injustamente prolongada".



El 60% de las familias sospechan el diagnóstico con <6 meses pero solo el 21% lo recibirá a esa edad.

Facilitaron un artículo con la transcripción de la escala Hammersmith. ARTICULO: **Reliability, Knowledge, Translation, and Implementability of the Spanish Version of the Hammersmith Infant Neurological Examination.** Álvaro Hidalgo-Robles et al.

### **Por último, se cerró la mesa hablando de COPCA, ¿qué es?**

Prácticas centrada en la familia, implicación de la familia:

- Comprender las necesidades de los padres
- Apoyar a los cuidadores para que tomen decisiones que mejoren el bienestar y la participación de toda la familia-hijo
- Establecer objetivos fundamentales
- La relación es de vital importancia.

Implicación de la familia con un punto de vista funcional.

### COPCA

- Práctica activa, niño sujeto activo de la intervención
- Objetivo planteados por el "cliente"
- Apoyo y capacitación para la familia, que es quién más tiempo pasa con el niño o niña.
- Intervenciones basadas en las necesidades de la familia y el individuo. Para ella necesitamos conocer su realidad.

COPCA modelo de intervención centrado en la familia que fomenta el desarrollo motor, afrontamiento y cuidado de niños de riesgo o con problemas motores en su desarrollo. El objetivo es fomentar el desarrollo motor en el niño a través de la capacitación e implicación de la familia.

COPCA: "Coaching" en AT: planificación conjunta con la familia, tras observación, reflexión y retroalimentación recíproca.

Con una toma de decisiones compartida.

Para ello hay que crear situaciones de exploración (para que la familia descubra la manera de aplicar los principios de estimulación del desarrollo)

El coach sugiere, no instruye (el "debes" hacer, genera un deber y carga la mochila de las familias)

ES ORIENTAR COMO PADRES EN LA CRIANZA DE SU HIJO, NO CONVERTIRLOS EN PROFESIONALES.



### ¿Qué no es coaching?

- El profesional trabaja directamente y solo con el niño.
- El cuidador puede no estar presente u observa desde el otro lado de la habitación.
- Se utiliza una determinada técnica/método que solo conoce el profesional.
- Profesional y cuidador hablan de temas no relacionados con el niño, la familia o el programa de AT.
- El profesional espera la atención del cuidador mientras este hace otra cosa.

### ¿Qué sí es coaching?

- Conceptualización: basada en aprendizaje de adultos y PCF.
- Conversación e intercambio de información.
- Práctica del cuidador con retroalimentación.
- Demostración.
- Práctica guiada con retroalimentación
- Plan de apoyo individualizado.
- Interacción conjunta.
- Observación.
- Resolución de problemas/ Reflexión.

### Marco teórico de COPCA:

Es necesario un compromiso familiar (a veces por diferentes cuestiones, por ejemplo, emocionales no se puede)

CIF-YC: objetivos, exploración, participación, aspectos personales...

TSGN: ensayo/error, movimiento autoindicado, variabilidad, retos. Sin expectativas concretas que el niño autoinicie el movimiento, las experiencias reorganizan su funcionamiento.

Para hacer COPCA usan el protocolo de observación de Winterthur.

Evaluación motora: IMP (Hadders-Algra & Heineman) para valorar al niño. 3-18 meses o en niños hasta los 2 años que no caminan o llevan menos de 2 meses caminando.

### En resumen:

- El coaching consiste en colaborar con las familias en un proceso creativo que invita a la reflexión
- Inspirar a las familias a tomar medidas para maximizar su potencial.
- Confiar en que ellos son los mayores expertos.



### MESAS 2-3 de infancia y adolescencia

Se reivindicó constantemente la calidad de vida de las personas con diversidad funcional, repensando los objetivos que suelen ser primordiales para la sociedad, como por ejemplo, la marcha. Una de las ponentes invitadas, Carmen Matey, ponía un ejemplo personal y muy interesante, explicando bajo su propia experiencia vital cómo dentro de un núcleo familiar, la existencia de uno de sus miembros con algún tipo de diversidad funcional condiciona a todo el resto. Hasta el punto de considerar que ella misma, es fisioterapeuta, especializada en la marcha y su hermano tiene PC.

Hizo reflexionar sobre la importancia de la participación activa de las personas con diversidad funcional en sociedad. En poner en el centro del tratamiento a la persona en sí. Y también en el centro de su propia vida, reflexionaba sobre el “ocio” de los niños y niñas con diversidad funcional, que muchas veces se ve reducido a las terapias, debido al costo económico y temporal.

La OMS recomienda que los niños y niñas con diversidad funcional realicen 60 min de actividad motora al día, al menos 3 días a la semana y limitar pantallas, lo mismo que los niños y niñas sin diversidad funcional. “cada movimiento cuenta”

Actividad física en niños-adolescentes con discapacidad, en general es menor, ya que, participan menos, muchas veces debido al enfoque de la actividad.

Señaló PARTICIPACION COMO DERECHO. La participación se considera uno de los resultados más importantes en la fisioterapia pediátrica, tanto para los padres como para los profesionales.

Se comentaron proyectos de participación muy interesantes con bicicletas adaptadas, “RuralBike” en Valladolid y DISCAMINO enfocado a realizar el camino de Santiago en bicicleta con niños y niñas con diversidad funcional.

También se propusieron unos puntos claves para la mejora de la calidad de vida:

- Generar hábitos de vida saludable: disminuyendo el sedentarismo y aumentando niveles de actividad física en su vida cotidiana (hogar, escuela y comunidad)
- Poner el foco en intervenciones cuyos efectos perduren en el tiempo, a lo largo de su vida.
- Promover la participación en experiencias positivas de diferentes actividades físicas de ocio:
  - Actividades extraescolares activas inclusivas.
  - Actividades activas familiares/con amigos/ comunitarias.
  - Deporte adaptado/deporte inclusivo



## Sección Atención Temprana, Pediatría y Discapacidad Infantil

Informaron de un curso de 20h que se va a llevar a cabo el 10-11-12 abril 2026 “Nuevos enfoques en las intervenciones hacia resultados de participación en niños-adolescentes con discapacidad” impartido por Carmen Matey.

Se expusieron los deportes modificados, como una intervención multidisciplinar para la promoción de la participación en niños y niñas con diversidad funcional. Participar conlleva relación, amistad.

Conlleva frecuencia “estar ahí” (número de días a la semana) e implicación “experiencia de participación” (nivel de motivación). La posibilidad de participar generará sentimiento grupal, pertenencia, buscada por cualquier individuo.

Los estudios revelan una muy baja participación en los niveles de actividad física en niños y niñas con diversidad funcional. La hipótesis es que estos tienen bajos niveles de alfabetización física, esta tiene cuatro dominios, físico, psicológico, social y cognitivo.

Hay modelos de deporte y actividad física, que nos ayudan en nuestra práctica clínica, modelo SPORTS.

**ARTICULO: SPORTS STARS study protocol: a randomised, controlled trial of the effectiveness of a physiotherapist-led modified sports intervention for ambulant school-aged children with cerebral palsy.** Georgina L Clutterbuck, Megan L Auld, Leanne M Johnston.

El deporte modificado (sport Stars) es donde más beneficio se vio en el estudio. Estos son los que tienen como objetivo promover habilidades motoras fundamentales y habilidades deportivas específicas → participación.

Se modifican reglas y equipo.

SPORT STARS en Australia varios estudios:

Dos grupos uno dentro del equipo y otro en espera.

El ponente en Brasil ha hecho una adaptación, aunque ha cambiado los deportes, adaptación en fútbol, balonmano, atletismo y baloncesto. Introduciendo un equipo multidisciplinar con un fisioterapeuta como líder del equipo. TO, INEF y Físio.

Son artículos de 2023 Junior et, al, 2023 y Gonçalves et, al. 2023.

En un taller práctico pudimos valorar en grupos con diferentes casos simulados, los facilitadores y las barreras para la participación, para guiar la intervención.

## Sección Atención Temprana, Pediatría y Discapacidad Infantil

Por otro lado, dejando a un lado la diversidad funcional, se habló del dolor lumbar en la infancia y la adolescencia.

No es un diagnóstico neurológico, ni conlleva discapacidad en la infancia pero va a generar alteraciones funcionales, por lo que el dolor lumbar en la infancia y la adolescencia se considera una condición de riesgo.

Es un trastorno musculoesquelético común al que se le pone poco interés y que, sin embargo, supone un problema de salud pública.

Es de naturaleza multifactorial, algunos significativos como el sexo femenino o la edad. Y otros van ganando prevalencia como el estado de ánimo depresivo, factores psicosociales, práctica de alta intensidad de deporte competitivos y el tabaco en la adolescencia.

Sobrepeso y obesidad son los más analizados, y actividades que generan una actividad sedentaria también generan factores de riesgo.

El impacto que tiene son limitaciones en las actividades de la vida diaria, restricciones en la participación y en absentismo escolar. Por tanto prevenirlo será esencial.

El tratamiento implicaría: Promover el conocimiento, entrenar ejercicio físico, enseñar cambios de comportamiento. El entorno facilitador va a ser el ámbito escolar.

24 estudios realizados.

Educación, ejercicio terapéutico y terapia manual. Metaanálisis en red 2024 de 11 artículos en los que se demuestra que el ejercicio terapéutico por sí solo ya tendría efecto, ya es efectivo, si se combina con terapia manual es más eficiente aún pero el ejercicio será lo importante.

EVITAR EL DOLOR LUMBAR EN LA INFANCIA EVITA DISCAPACIDAD MUSCULOESQUELETICA EN EL ADULTO  
ROL PREVENTIVO DEL FISIOTERAPEUTA.

Cerró el congreso una intervención muy especial, Iker Sanchez y su familia. Iker, es un chico de 14 años con diversidad funcional, acompañado de su padre, su madre y su fisio, mostró su total disposición a responder las preguntas de los y las asistentes. Dejando reflexiones muy interesantes que emocionaron.



Haciendo especial hincapié en la importancia de dirigirse a los niños y niñas de manera natural, de incluirlos en la toma de decisiones con respecto a su propio cuerpo y de considerarles parte activa constante. Le preguntaron cómo creía él que podíamos hacer las sesiones de fisioterapia para que le gustasen, a lo que respondió *“Hacer por ejemplo, juegos que nos gusten, o hablarnos de cosas que nos gusten mientras hacemos la sesión de fisioterapia, evidentemente, vamos y esto ya hablo por mí, no vais a conseguir que nos guste la fisioterapia, pero sí que se nos haga más amena”*. *“No tengo que agradecer un algo sino que tengo muchos algos que agradecer a la fisioterapia y es por ejemplo, el poder no haberme deformado y poder estar hoy aquí hablando e impartiendo todo lo que se pueda y conozca sobre los ámbitos de la fisioterapia en adolescentes, y el no haberme deformado, haberme dado mucha autonomía que aunque existan tecnologías que también dan autonomía, más autonomía que poder mover libremente los brazos y no tenerlos atrofiados, yo creo que no existe mayor autonomía que esa”*. *“Siempre suelo decir a las personas que sabéis valorar la capacidad por encima de la discapacidad de verdad que sois oro”*. Iker con la sala repleta y emocionada dejó un mensaje claro: **La persona por encima del diagnóstico**.

### PREMIOS

Durante el congreso también se realizó una entrega de premios a investigaciones de fisioterapia en pediatría. El I Premio de Investigación en Fisioterapia Pediátrica (Premio Soraya Pacheco da Costa), otorgado en el congreso AEF-Ped en Sevilla fue para Ana San Martín Gómez, Carmen Jiménez Antona, Domingo Palacios Ceña y David Mazoterasa Delgado por su trabajo *“Estudio cualitativo con foto-elicitación: experiencia de los padres que realizan Terapia Vojta en casa”*.

