



Instituto de Ciencias de la
Rehabilitación y el Movimiento

INSTITUTO DE CIENCIAS DE LA REHABILITACIÓN Y EL MOVIMIENTO
LICENCIATURA EN TERAPIA OCUPACIONAL

METODOLOGÍA DE LA INVESTIGACIÓN Y DISEÑO DE TRABAJO FINAL

Confeción de Dietas Sensoriales dirigidas a niños con Desorden en el Procesamiento Sensorial y su utilización por terapistas ocupacionales en la actualidad en Gran Buenos Aires.

Equipo Docente:

<u>Equipo Docente:</u>	<u>Estudiantes:</u>
Prof adjunto a cargo: Dra. Mariela Nabergoi.	Cerrudo Josefina 40937188 jose.cerrudo@gmail.com
JTP (ad honorem): Lic. en T. O. Florencia Itovich, Esp. Andrea Albino.	Cogliati Valentina 40808255 valucogliati@hotmail.com
Ayudantes de Trabajos Prácticos (ad honorem): Lic. T.O Juliana Presa, Lic. T.O Daniela Cerri	Gonzalez Venzano Damasia 40675879 damagvenzano@gmail.com
Docente colaborador: Lic. T.O Luisa Rossi	Moler Milagros 40514299 milimoler@gmail.com

Tutora de tesis: Esp. Andrea Albino.

Fecha de presentación: 15/12/2020

Agradecimientos

Después de un año de mucho trabajo, queremos agradecer a todas las personas que fueron parte de este gran Trabajo Final Integrador y que nos acompañaron durante todo el proceso. En primer lugar a nuestras familias y a nuestros amigos que vivieron el día a día de esta Investigación junto a nosotras. Gracias por todo el apoyo y la contención que nos dieron en cada instancia. Gracias por aguantar nuestras alegrías y nuestras frustraciones. Por no dejar que bajemos los brazos. Gracias por estar siempre. Gracias infinitas.

A nuestra gran supervisora, la Lic. en T.O. y Esp. Andrea Albino que sin ella nada hubiese sido igual. Gracias por la motivación, por la dedicación de cada supervisión, la paciencia, el aliento para seguir adelante, pero por sobre todas las cosas, gracias por confiar en el potencial de nuestro Trabajo Final Integrador desde el inicio del mismo. Fue un privilegio haber contado con su ayuda.

A nuestra docente de cátedra, la Doctora en T.O. Mariela Nabergoi, por su criterio y por el profesionalismo con el que nos acunó desde el primer día. Por creer en nosotras y hacer fácil lo difícil.

A las Lic. en T.O. Luisa Rossi, Lic. Daniela Cerri, Lic. Florencia Itovich y Lic. Juliana Presa por su incondicional apoyo y dedicación para aconsejarnos y responder todas nuestras inquietudes.

A la Lic en T.O. Verónica Paradera por su excelente predisposición, por creer y confiar en este Trabajo Final Integrador, por querer expandir las incumbencias de la Terapia Ocupacional a través de la investigación y por todo su tiempo dedicado a nosotras.

Gracias a todos los Terapeutas Ocupacionales a los que hemos encuestado, por su humildad, su pasión por la T.O. y por dejarnos conocer nuestra hermosa profesión.

Estamos muy agradecidas a todos aquellos que atravesaron con nosotras este camino y nos acompañaron, logrando de esta manera que el Trabajo Final Integrador se haga realidad.

Gracias a todos.

ÍNDICE

Agradecimientos	2
Tema	5
Palabras Claves	5
Introducción	5
1.1 Planteamiento del problema	5
1.2 Preguntas de investigación	10
1.3 Relevancia y justificación	11
1.4 Supuestos	13
1.5 Objetivos	14
1.5.1 Objetivo general 1	14
1.5.2 Objetivos específicos	14
1.5.3 Objetivo General 2	15
1.5.4 Objetivos específicos	15
Desarrollo	15
2.1 Marco Teórico	15
2.2 Aspectos Metodológicos	46
2.2.1 Tipo de diseño	46
2.2.2 Caracterización del universo y muestra	48
2.2.3 Matriz de datos	50
2.2.4 Fuente e instrumento	88
2.2.5 Aspectos eticos	90
2.3 Plan de analisis	91
2.3.1 Procesamiento y Sistematización	91
2.3.2 Análisis de los datos	92
2.3.3 Presentación de los Datos	99
Conclusión	140
Bibliografía	150
ANEXO A	169
ANEXO B	177
ANEXO C	183
ANEXO D	185
ANEXO E	186

Tema

Confección de Dietas Sensoriales dirigidas a niños con Desorden en el Procesamiento Sensorial y su utilización por terapeutas ocupacionales en la actualidad en Gran Buenos Aires.

Palabras Claves

Dieta sensorial - Desorden del Procesamiento Sensorial - Terapia Ocupacional en Pediatría.

Introducción

1.1 Planteamiento del problema

Según investigaciones realizadas, aproximadamente el 40-80% de los niños con discapacidad y el 5-10% de los niños con desarrollo típico tienen un Desorden de Procesamiento Sensorial (DPS) (Ahn, Miller, Milberger, & McIntosh, 2004; Ben-Sasson, Carter, & Briggs-Gowan, 2009). Según Miller (2006), el Desorden en el Procesamiento Sensorial afecta al menos a uno de cada veinte niños.

Cada vez más niños son diagnosticados con un DPS. Un estudio realizado en Estados Unidos muestra que la prevalencia de niños con dicho desorden en la última década, ha aumentado hasta alcanzar el 11-16%, comparado con la prevalencia tradicional anterior, estimada de 2 y 13% (Ahn, Miller, Milberg, McIntosh 2004; McIntosh, Miller, Shyo, Dunn 1999). En latinoamérica la prevalencia se encuentra entre el 18-31% (Castilleros, Rivera 2009; Oyola, Reynolds 2013) lo que demuestra un porcentaje mayor en comparación con América del Norte.

El DPS es un término utilizado para describir una alteración en la capacidad del sistema nervioso para captar, interpretar y utilizar la información sensorial de manera significativa, impactando así la capacidad de un individuo para participar en su entorno (Anzalone & Lane, 2012). Se ha demostrado que el procesamiento sensorial es de suma importancia para el desarrollo del área motora, cognitiva

y socioemocional del niño. (Blanche, Hallway, Botticelli; 1995).

El Desorden del Procesamiento Sensorial afecta a la participación social de los niños (Baranek, Watson, Boyd, Poe, Davis, McGuire, 2013; Cosbey, Johnson, y Dunn, 2010; Watson, Patten, Baranek, Poe, Boyd, Freuler, Lorenzi, 2011), el juego (Benson, Nicka, & Stern, 2006; Cosbey, Johnston, Dunn, & Bauman, 2012; Lawson & Dunn, 2008), el rendimiento escolar (Ashburner, Ziviani y Rodger, 2008; Brown y Dunn, 2010), la participación en actividades de la vida diaria (Bar-Shalita, Vatine, Parush 2008), la capacidad de autorregulación (DeSantis, Harkins, Tronick, Kaplan y Beeghly, 2011; Robles, Ballabriga, Diéguez y da Silva, 2012), y la adaptabilidad (Dar, Kahn y Carmeli, 2012).

Hay escaso conocimiento sobre el DPS que da lugar a una baja tasa de identificación temprana entre los niños (Ammermann, Annable, Bogino, Brosemer, Day, Hall, Headley, Kowalski, Kurzac, 2015). Los niños no identificados con DPS pueden ser mal diagnosticados o sus comportamientos pueden ser entendidos como perturbadores o inadaptados, desconociendo el origen de esta conducta. (Ammermann, et al 2015).

Notando la gran prevalencia de niños con DPS, Mulligan (2002) afirma que el abordaje de Integración Sensorial es uno de los más usados dentro de los abordajes de la Terapia Ocupacional. Los profesionales de Terapia Ocupacional han sido históricamente los principales profesionales en la evaluación y el tratamiento de las dificultades de la Integración Sensorial de los niños y jóvenes. (Bodison, Parham, 2018). Lamas y Reinoso (2020) refieren que el 93% de los profesionales formados en Integración Sensorial durante el período 2005-2018 en la República Argentina son Terapeutas Ocupacionales, seguidos de los kinesiólogos con el 3.8%, fonoaudiólogos con el 2% y otras profesiones con el 0.9%. El incremento en la población de niños diagnosticados con Desorden en el Procesamiento Sensorial hace que la demanda en Argentina de terapeutas formadas en Integración Sensorial sea cada vez mayor.

El principio general de la Terapia Ocupacional es lograr la salud, bienestar y la participación en la vida hacia un compromiso ocupacional (AOTA, 2014). La principal meta es la promoción y el bienestar de las personas, logrando que estas puedan participar de sus actividades de la vida diaria incluyendo

lo que esta debe hacer, quiere hacer y se espera que haga. Dicha meta se podrá llevar a cabo a través de reformas en la ocupación como también del medio en el que se encuentre la persona (WFOT, 2012).

El terapeuta ocupacional utiliza un abordaje desde la Integración Sensorial con niños cuyo Desorden en el Procesamiento Sensorial interfiere en el desarrollo de las habilidades para participar en sus ocupaciones diarias y en las actividades de participación social (Watling , Patten Koenig, Davies, Schaaf., 2011). En la intervención de Integración Sensorial, la tarea del terapeuta ocupacional es guiar y facilitar la entrada de las experiencias sensoriales con el fin de hacer que el niño mejore en su participación y en su capacidad de desempeño, logrando así una respuesta adaptativa (Ayres, 1979). Además, trabaja con los padres del niño para hacer cambios en el ambiente, adaptando las rutinas diarias y logrando cambios en la forma en que las personas interactúan con el niño para que su desempeño ocupacional sea lo más óptimo posible. (Polonio López, 2008).

En el correr de los años se evidenció un notable incremento en el número de terapeutas ocupacionales que deciden formarse en Integración Sensorial en La República Argentina (Reinoso y Lamas 2020). En el año 2005, 130 profesionales de Terapia Ocupacional participaron de los cursos de formación avalados por la Asociación Argentina de Integración Sensorial (AISA). En el año 2018, hubo un incremento del 93% de profesionales que realizaron su formación. Asimismo, Lamas y Reinoso (2020) muestran que se produjo un aumento en el número de los cursos que se dictaban en la Argentina. En el 2005, se dictaba un solo curso de Integración Sensorial bajo el nombre de "Perspectivas", y en 2018 se incrementó la oferta, sextuplicándose, brindando mayor información específica sobre cada tema a abordar (Reinoso y Lamas 2020). Esta expansión de conocimiento, llevó a que hoy en día muchos de los profesionales que se desempeñan en el ámbito de pediatría están familiarizadas con el concepto y el modelo de intervención de Integración Sensorial; pudiendo ponerlo en práctica con sus pacientes a la hora de intervenir, tanto dentro del consultorio como fuera de este, en los múltiples contextos del niño.

En el año 2013, Jorge, de Witt, y Franzsen realizaron un estudio donde se evidenció una falta de derivación de niños con Desorden del Procesamiento Sensorial a servicios de Terapia Ocupacional. Se estableció que esto era debido a que los profesionales de la salud en pediatría contaban con un escaso conocimiento de los DPS y la intervención basada en la Integración Sensorial. Actualmente, la existencia de profesionales de otras disciplinas, formados en Integración Sensorial, ha permitido el aumento de la derivación de niños a los servicios de Terapia Ocupacional, favorecido el trabajo interdisciplinario (Lamas et al. 2020). Gracias al incremento y formación de profesionales en Integración Sensorial, “las derivaciones de la escuela a Terapia Ocupacional de niños con problemas de aprendizaje, y los pediatras, neurólogos y psiquiatras infantiles han comenzado a solicitar Integración Sensorial y a derivar a terapeutas ocupacionales” (Lamas et al. 2020. pág 73). Lo que primero comenzó como una intervención en el consultorio, hoy en día es extrapolada al hogar, escuela, actividades extracurriculares del niño, entre otros (Beaudry Bellefeuille, 2013).

El creciente conocimiento acerca de una intervención en Integración Sensorial y los beneficios que esta brinda, hicieron que la Terapia Ocupacional gane el respeto de muchos pediatras y de otros profesionales de la salud, reconociendo la contribución de la profesión en el desarrollo de los niños. Tanto creció este concepto que incluso las Obras Sociales ofrecen cobertura específicamente en el tratamiento de Integración Sensorial. Esto permitió que más niños puedan ser derivados, diagnosticados y así recibir un tratamiento adecuado, que coincida con su Desorden en el Procesamiento Sensorial (Lamas et al. 2020).

Para abordar la función del niño dentro de las rutinas familiares y las ocupaciones, una de las herramientas que utilizan las/los terapeutas ocupacionales son las dietas sensoriales (Bertaut Copeland, 2006). Patricia Wilbarger acuñó el término Dieta Sensorial en un intento de explicar las complejas teorías de neurocomportamiento a los padres y a otras profesiones (Wilbarger, 1995). La misma es definida como una lista prescrita de actividades que permite al niño amplias oportunidades de recibir un aporte sensorial beneficioso con intervalos frecuentes, de modo que pueda participar plenamente en las actividades que componen su rutina. (Nackley, 2001). El tratamiento de

Integración Sensorial y una correcta e individualizada dieta sensorial, permite al niño participar de manera funcional en sus diversos contextos (Beaudry, 2004; Reinson, 2012).

Se realizaron investigaciones que evidencian una falta de comprensión clara del término Dieta Sensorial entre terapeutas ocupacionales (Peterson, Hunt, White, 2018; Friberg, 2018). El término es confuso para los profesionales, pacientes y cuidadores involucrados (Peterson et al 2018). Los profesionales que participaron del estudio realizado por Peterson et al en 2018, informaron que se utilizaban términos como "estrategias sensoriales", "herramientas sensoriales" y "apoyos sensoriales", lo que indica un malentendido general asociado al término "dieta sensorial".

La Teoría de la Integración Sensorial y las Dietas Sensoriales están documentadas en la literatura actual. Sin embargo, existe un gran vacío de conocimientos sobre el uso de dietas sensoriales en las prácticas de Terapia Ocupacional (Peterson et al. 2018). Se han realizado pocas investigaciones sobre las dietas sensoriales que utilizan los terapeutas, en qué situaciones las emplean (Bertaut Copeland, 2006; Friberg, 2018) y el efecto, es decir, los alcances de las mismas (Watling & Hauer, 2015). Alibrandi, et al. (2014) afirma que existen aspectos que deben ser abordados para asegurar que la dieta sensorial sea efectiva para el niño, pero poco se encontró acerca de cuáles deben ser dichos aspectos. A su vez, Pingale, Fletcher y Candler mencionaron en 2019 que la falta de explicación y variaciones de los protocolos de intervención y el uso de medidas de resultado no estandarizadas impiden la replicación de intervenciones en entornos clínicos o con fines de investigación. La falta de pruebas empíricas ha dado lugar a una aplicación incoherente de las dietas sensoriales (Peterson et al. 2018).

Friberg realizó un estudio en 2018 donde investigó sobre el desarrollo de las dietas sensoriales y la eficacia de las mismas. Al examinar los métodos utilizados para determinar si las dietas sensoriales eran efectivas, las terapeutas ocupacionales que participaron declararon, en su mayor parte, que no utilizan un método formal o estandarizado para medir los resultados. Por el contrario, la mayoría de las respuestas de los participantes indicó la utilización de métodos menos formales para determinar

la eficacia de la dieta sensorial, como preguntarle a los padres u observar al niño durante las interacciones y el juego.

A su vez, Bertaut Copeland realizó un estudio en 2006 donde se examinó el uso de dietas sensoriales en la intervención temprana desde la perspectiva tanto de los terapeutas que las sugerían, como de los padres que las usaban en su vida diaria. En un comienzo, los padres comentaron su malestar con las dietas sensoriales debido a la falta de investigaciones que apoyen su eficacia. Sin embargo, al experimentar los resultados positivos de la dieta sensorial en sus hijos, comenzaron a confiar en la eficacia de las mismas.

La revisión de la literatura mostró que muy pocos estudios evaluaron el efecto de las dietas sensoriales o de las intervenciones similares a las dietas sensoriales (Watling & Hauer, 2015). Si bien hay estudios que están empezando a llenar este vacío de información (Edelson, Edelson, Kerr, Grandin, 1999; McIntosh, Miller, Hagerman, 1999; Neu & Browne, 1997; Olson & Moulton, 2004; Smith, Press, Koenig, Kinnealey, 2005), se necesitan muchos más para demostrar a los profesionales fuera del campo y a los futuros pacientes y sus familias, la utilidad de las dietas sensoriales y sus modalidades (Bertaut Copeland, 2006).

La falta de evidencia concluyente que respalde el uso de las dietas sensoriales afecta la aceptación de esta intervención por parte de otros profesionales (Zane, Davis y Rosswurm, 2008) y plantea un dilema ético para los terapeutas ocupacionales (Pingale et al 2019).

1.2 Preguntas de investigación

El rastreo bibliográfico demostró que la falta de pruebas empíricas acerca de la implementación de dietas sensoriales ha dado lugar a una aplicación incoherente de las mismas (Peterson et al. 2018). Este trabajo pretende contribuir a la práctica de Terapia Ocupacional, en la ampliación de pruebas empíricas, profundizando en los aspectos que las/ los terapistas ocupacionales de Gran Buenos Aires consideran a la hora de confeccionar y utilizar dietas sensoriales; y los métodos de

medición empleados para evidenciar los resultados de la dieta sensorial para niños con Desorden en el Procesamiento Sensorial. Existen múltiples artículos que hacen referencia a la confección de dietas sensoriales por terapeutas ocupacionales, pero hay escasa información acerca de la confección de las mismas; y nula información acerca de su uso en la Argentina. Esta inquietud da lugar a las siguientes preguntas:

¿Qué aspectos tienen en cuenta los/las terapeutas ocupacionales al confeccionar una dieta sensorial para niños con Desorden del Procesamiento Sensorial, en la actualidad en Gran Buenos Aires?

¿Qué métodos utilizan las/los terapeutas ocupacionales para medir los resultados de una dieta sensorial, en la actualidad en Gran Buenos Aires?

1.3 Relevancia y justificación

El presente trabajo de investigación tiene como propósito indagar sobre los aspectos considerados por los/ las terapeutas ocupacionales de Gran Buenos Aires para la confección e implementación de una dieta sensorial. Al mismo tiempo, busca conocer los métodos que las/ los profesionales de la disciplina utilizan para medir los resultados de la dieta sensorial. Esto permitirá identificar y describir los métodos tanto formales/ estandarizados como informales/ no estandarizados que utilizan las terapeutas ocupacionales de Gran Buenos Aires en la actualidad.

Considerando la relevancia teórica, este trabajo pretende contribuir, primordialmente a la Terapia Ocupacional, a los diferentes profesionales de la salud, a la comunidad científica y a las futuras investigaciones que aporten conocimiento nacional. Durante el rastreo del estado del arte se encontró escasa bibliografía específica acerca de las dietas sensoriales. Una bibliografía específica sobre el

tema, como ofrece este trabajo, puede aportar a la práctica profesional de Terapia Ocupacional. El Trabajo Final integrador no solo permitirá identificar y describir los principales aspectos que las/ los terapistas ocupacionales consideran al momento de confeccionar y utilizar una dieta sensorial; sino que también dará a conocer los métodos que las/ los profesionales utilizan para medir los resultados de la misma. Asimismo, al no contar con investigaciones acerca de dietas sensoriales en Argentina, este trabajo aportaría bibliografía nacional acerca de la confección y utilización de las dietas sensoriales por terapistas ocupacionales en la actualidad.

Por otro lado, considerando la relevancia práctica, es decir, aquellos aportes que ofrecerán los resultados obtenidos a la práctica profesional de Terapia Ocupacional, estos resultados podrán ser de útil conocimiento tanto para profesionales que se estén desarrollando en el área, como para estudiantes universitarios o residentes. El Trabajo Final Integrador, será de utilidad como base teórica para todo profesional que utilice el enfoque de Integración Sensorial en su práctica, principalmente para las/ los terapistas ocupacionales quienes han sido históricamente los principales profesionales en abordar las dificultades de Integración Sensorial (Bodison, Parham., 2018). La investigación brindará conocimientos y herramientas prácticas a los profesionales a la hora de utilizar su razonamiento clínico y planificar su tratamiento con los niños con Desórdenes en el Procesamiento Sensorial, generando conocimientos que aportan valor a sus intervenciones. Del mismo modo, pueden verse beneficiados los maestros, padres y/o cuidadores, ya que serán quienes llevan a cabo la implementación de la dieta sensorial al participar en la rutina y ocupaciones del niño (Ammermann, et al.2015). De manera más indirecta, los niños con Desorden en el Procesamiento Sensorial y sus familias pueden favorecerse de esta investigación. Al aportar al conocimiento del profesional acerca de la confección de las dietas sensoriales y su utilización, el tratamiento de los mismos puede verse enriquecido.

Siguiendo esta línea, la relevancia social del presente trabajo puede verse justificada al considerar todo lo antedicho. A su vez, como se mencionó en el planteamiento del problema científico,

aproximadamente el 40-80% de los niños con discapacidad y el 5-10% de los niños con desarrollo típico tienen un Desorden de Procesamiento Sensorial (DPS) (Ahn, Miller, Milberger, & McIntosh, 2004; Ben-Sasson, Carter, & Briggs-Gowan, 2009). Considerando estos datos, el desarrollo de esta investigación aportará estrategias para el abordaje con niños con un Desorden en el Procesamiento Sensorial, pudiendo cubrir sus necesidades de manera integral y humanitaria en respuesta a estas demandas sociales.

Para finalizar, es pertinente mencionar que los datos que se obtendrán en este Trabajo Final Integrador, podrán ser de utilidad para futuras investigaciones como base para la creación de un protocolo que guíe la confección de una dieta sensorial. Esto, a su vez, podría aportar conocimiento teórico y práctico que facilite la investigación para comprobar la eficacia de la dieta sensorial, al utilizar los mismos estándares pudiendo ser así replicados. Al mismo tiempo, el conocimiento de los métodos utilizados por terapeutas ocupacionales para medir los resultados de la dieta sensorial; también puede ser utilizado para comprobar la eficacia de la dieta ya que los cambios se evidencian en la medición de estos resultados.

1.4 Supuestos

El presente Trabajo Final Integrador cuenta con los siguientes supuestos:

Si bien los/las terapeutas ocupacionales de Gran Buenos Aires consideran las características del niño, su rutina y contexto, la actividad sensoriomotora y el planteamiento de objetivos; la mayor parte de los/las terapeutas se centra en las características particulares del Desorden del Procesamiento Sensorial del niño, la respuesta conductual del mismo frente a un estímulo sensorial, su rutina y la planificación de objetivos.

Las/ los terapistas ocupacionales de Gran Buenos Aires que utilizan dieta sensorial, emplean métodos informales o no estandarizados por sobre los métodos formales o estandarizados para medir los resultados de la dieta sensorial.

1.5 Objetivos

1.5.1 *Objetivo general 1*

Describir los aspectos que los/las terapistas ocupacionales de Gran Buenos Aires tienen en cuenta al confeccionar una dieta sensorial para niños con Desorden del Procesamiento Sensorial.

1.5.2 *Objetivos específicos*

- 1) Identificar y describir el nivel de consideración que el/la terapeuta ocupacional le otorga a la rutina y a los contextos del niño para la confección y utilización de una dieta sensorial.
- 2) Identificar y describir el nivel de consideración que el/la terapeuta ocupacional le otorga a la actividad sensoriomotora para la confección y utilización de una dieta sensorial.
- 3) Identificar el nivel de consideración que el/la terapeuta ocupacional le otorga a las características particulares de cada niño para la confección y utilización de una dieta sensorial.
- 4) Identificar y describir el nivel de consideración que el/la terapeuta ocupacional le otorga al planteamiento de objetivos para la confección de una dieta sensorial.

1.5.3 *Objetivo General 2*

Describir los métodos que las/los terapistas ocupacionales de Gran Buenos Aires utilizan para medir los resultados en la implementación de una dieta sensorial.

1.5.4 *Objetivos específicos*

- 1) Identificar y describir los métodos formales/ estandarizados que los/las terapistas

ocupacionales de Gran Buenos Aires utilizan para medir los resultados de una dieta sensorial.

- 2) Identificar y describir los métodos informales/ no estandarizados que los/las terapeutas ocupacionales de Gran Buenos Aires utilizan para medir los resultados de una dieta sensorial.

Desarrollo

2.1 Marco Teórico

Aproximadamente el 40-80% de los niños con diversas discapacidades y el 5-10% de los niños con desarrollo típico tienen un Desorden del Procesamiento Sensorial (Ahn, Miller, Milberger, & McIntosh, 2004; Ben-Sasson, Carter, & Briggs-Gowan, 2009). Los estudios realizados en niños en Latinoamérica arrojan mayores datos de prevalencia de este desorden, entre el 18-31% (Castillejos, Rivera 2009; Román-Oyola, Reynolds, 2013).

El procesamiento sensorial fue definido por Humphry (2002) como el "registro y modulación de la información sensorial y la organización interna de los estímulos sensoriales a fin de ejecutar respuestas adaptativas exitosas a las demandas de la situación y así participar significativamente en las ocupaciones cotidianas" (pág. 172). A su vez, Bundy, Lane y Murray (2002) definen el procesamiento sensorial como "las funciones relacionadas con las sensaciones que ocurren en el sistema nervioso central; incluye la recepción, modulación, integración y organización de los estímulos sensoriales; también incluye las respuestas conductuales a la entrada sensorial". (pág. 480). Las respuestas neurológicas atípicas a estos estímulos sensoriales pueden dar lugar a un Desorden en el Procesamiento Sensorial (DPS) (Miller, 2006). El DPS se produce cuando el cerebro es incapaz de organizar la información sensorial para su uso apropiado (Mitchell, Moore, Roberts, Hachtel y Brown, 2015), alterando la capacidad de los niños para detectar, modular, interpretar y responder a los estímulos sensoriales de su cuerpo (sentidos de movimiento y posición) y del entorno (sentidos del tacto, la audición, la visión, el gusto y el olfato) (Vidya Pingale, 2018).

Miller, Anzalone, Lane, Cermak y Osten (2007) describieron que el Desorden del Procesamiento Sensorial "puede estar asociado con alteraciones en el aprendizaje, el desarrollo y las emociones" (pág. 135). Los niños con DPS tienen una disminución en la frecuencia, la duración y la complejidad de las respuestas adaptativas; una disminución de la autoestima y la confianza, y una alteración de las habilidades motoras finas, motoras gruesas, cognitivas y sociales (Parham y Mailloux, 2013). Como resultado, el DPS afecta la capacidad de los niños para cumplir con sus roles, llevar a cabo rutinas y participar en ocupaciones significativas de juego, aprendizaje y participación social, así como en actividades de la vida diaria dentro del contexto escolar (Watling, Kuhanek, Parham y Schaaf, 2018).

El DPS implica un amplio espectro, dependiendo de cómo el individuo procesa la información sensorial. El origen del DPS no es una alteración conductual, ni un defecto en el modo de crianza de los padres, sino que es el resultado de una deficiencia a nivel neurológico (Miller, 2006).

Los mecanismos de procesamiento sensorial y los patrones de maduración de los mecanismos de integración sensorial y multisensorial son diferentes en los niños con DPS en comparación con los niños típicos (Vidya Pingale, 2018). Los estudios de activación sensorial mostraron diferencias en los patrones de activación sensorial en los niños con DPS en comparación con los niños con desarrollo típicos (Brett-Green, Miller, Schoen, Nielsen 2010; Davies, Chang, Gavin 2009; Davies & Gavin, 2007). El déficit en los patrones de activación sensorial afecta a la capacidad de los niños para suprimir o filtrar los estímulos irrelevantes y regular selectivamente las respuestas corticales a estímulos sensoriales adicionales. Debido a los déficits en los mecanismos de activación sensorial, los niños con DPS responden de manera inconsistente a los estímulos repetidos. Estos hallazgos explican los comportamientos, tales como como la distracción, la impulsividad, el nivel de actividad anormal, la responsabilidad emocional, y desorganización, visto en niños con DPS (Davies et al., 2009; Davies et al. 2007).

Mc Intosh, Miller y Hagerman (1999) realizaron un estudio en la Universidad de California en San Francisco donde sugieren que los niños con DPS tienen diferencias cuantificables en su estructura

cerebral que distingue a un Desorden en el Procesamiento Sensorial de otros trastornos del desarrollo neurológico, como Trastorno del Espectro Autista y Déficit de Atención con Hiperactividad, así como diferenciar un Desorden en el Procesamiento Sensorial del desarrollo típico. Este resultado permite comprobar que el DPS produce cambios a nivel neurológico, en el sistema nervioso central. En el estudio mencionado, participaron 16 niños de sexo masculino con DPS. Se analizó la sustancia blanca del cerebro, la cual es esencial para percibir, pensar y aprender; y el resultado fue comparado con 24 niños con desarrollo típico, de igual sexo, edad y coeficiente intelectual. Se evidenció que los niños con Desorden en el Procesamiento Sensorial, mostraron anomalías microestructurales en la sustancia blanca, principalmente en la parte posterior del cerebro. Estas son las áreas del cerebro que conectan lo auditivo, visual y táctil con sistemas involucrados en el procesamiento sensorial. (Miller, Fuller, Roetenberg, Stock Kranowits, 2014).

Miller, Cermak, Lane, Anzalone & Koomar, (2004) distinguen tres grupos dentro del Desorden del Procesamiento Sensorial: el Desorden en la Modulación Sensorial (DMS), el Desorden en la Discriminación Sensorial (DDS) y el Desorden Motor de Base Sensorial (DMBS). Las personas pueden experimentar cualquiera de los tres tipos diferentes de DPS identificados anteriormente: DMS, DDS y DMBS o una combinación de ellos (Miller, 2006).

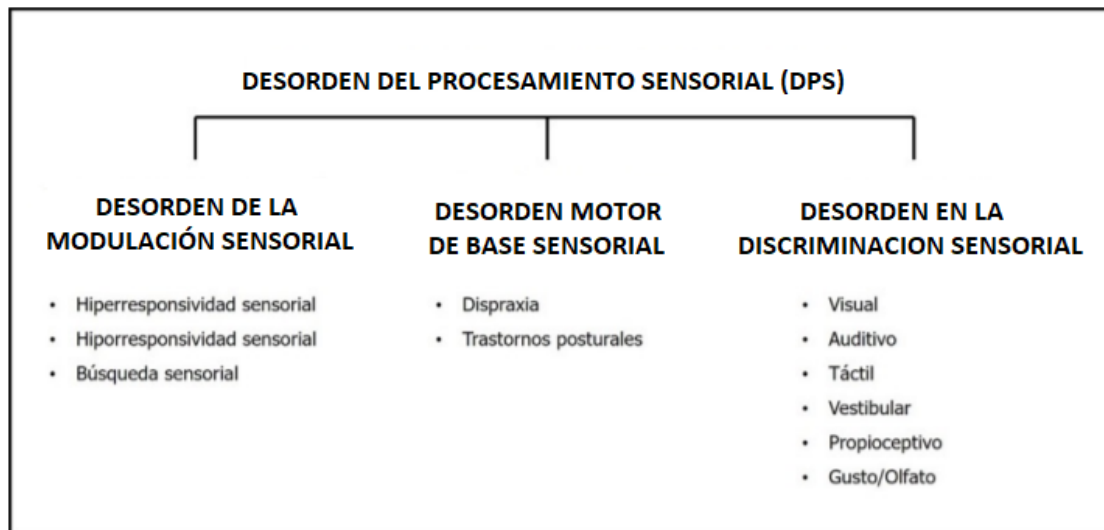


Figura 1: Clasificación de los Desórdenes en el Procesamiento Sensorial y subtipos. Traducido de Miller, Anzalone, Lane, Cermak y Osten (2007) por los propios investigadores.

Desorden en la Modulación Sensorial

Blanche (2011), hace referencia al término modulación como “la habilidad de filtrar la entrada de información sensorial, al modo de ignorar los estímulos irrelevantes y centrarse en estímulos más pertinentes”. Por lo tanto, los niños con un Desorden en la Modulación Sensorial (DMS) demuestran comportamientos ante la información sensorial que no coinciden con su naturaleza e intensidad. El DMS se produce cuando un individuo tiene dificultades para registrar, procesar y filtrar los estímulos sensoriales innecesarios que pueden afectar a las personas en la realización de sus ocupaciones cotidianas (Anzalone & Lane, 2012; Bar-Shalita, Vatine, Parush. 2008). Estas personas pueden no responder ante un estímulo, o pueden responder de más. Algunos niños no hacen ninguna de las dos cosas, sino que anhelan la sensación con una determinación sin límites (Miller, 2006).

Para explicar estos comportamientos, Winnie Dunn describió el Modelo del Procesamiento Sensorial en 1997 estableciendo que existe una relación entre el umbral de una persona, y sus estrategias de autorregulación, creando 4 patrones básicos de procesamiento sensorial mediante su

interacción (Figura 2). Cada uno de estos patrones se puede manifestar de forma muy diferente y ocurre en un amplio espectro, dependiendo del umbral neuronal y la respuesta conductual del individuo (Reynolds & Lane, 2008). Dependiendo de los patrones, los niños pueden ser juzgados erróneamente como irritables, malhumorados, agresivos, impulsivos, excesivos, hiperactivos, exigentes, enojados, explosivos, etc. (Miller, 2006). Es relevante mencionar el hecho de que Dunn, a diferencia de Miller, no utiliza el término de Desórdenes en el Procesamiento Sensorial, sino que hace referencia a Perfiles Sensoriales.

Winnie Dunn (2007) define el umbral neurológico como el punto en donde el estímulo es suficiente para causar la activación de las células nerviosas y del sistema. Cuando una persona tiene un umbral sensorial bajo, la misma nota y responde al estímulo más frecuentemente que otros individuos. En contraste, cuando una persona tiene un umbral sensorial alto, la misma no registra estímulos que otras personas si lo hacen con mayor facilidad, porque su sistema requiere de mayor estímulo sensorial para activar su umbral. Todas las personas tienen un rango de umbral propio para registrar y responder a los estímulos de la vida diaria y este puede ser distinto dependiendo a cada tipo de sensación.

Por otro lado, Dunn (2007) define otro concepto central para entender el procesamiento sensorial, la autorregulación, como la respuesta conductual que tiene una persona frente a un estímulo. Por un lado, la conducta puede ser pasivas, es decir, que dejan que los estímulos y situaciones sucedan a una distancia próxima, y luego reaccionan, respondiendo acorde a su umbral. En el otro extremo, se encuentran los niños que implementan estrategias activas para controlar la cantidad y tipo de estímulo sensorial, presentando una respuesta en contra de su umbral.

	Conducta	
Umbral	PASIVO	ACTIVO
ALTO	Pobre registro	Búsqueda sensorial
BAJO	Sensibilidad sensorial	Evitación

Figura 2: Modelo de Procesamiento Sensorial de Dunn. Traducido de Dunn (2007) por los propios investigadores.

Los niños hiperresponsivos responden a mensajes sensoriales más intensamente, más rápidamente y/o por más tiempo que los niños con sensibilidad sensorial normal (Miller, et al. 2014). Estos niños pueden ser molestados por varios estímulos que no afectarían a un niño con un desarrollo típico (Miller, 2006). La hiperresponsividad es característica de un umbral neurológico bajo (Ben-Sasson, Carter, & Briggs-Gowan, 2009). Un niño que experimenta una respuesta excesiva puede ser sensible a los sonidos fuertes, a ciertas sensaciones táctiles (por ejemplo, pegamento o pintura) o tener dificultades para comer ciertas texturas de alimentos (Bar-Shalita, Vatine, Seltzer, & Deutsch, 2009). También puede interpretar un ligero toque de otro niño como un golpe o distraerse con el ruido de un ventilador a una distancia lejana (Bertaut Copeland, 2006). Un niño sensible al olfato puede no ser capaz de sentarse cerca de una persona que acaba de ducharse con un jabón y un shampoo fuertemente perfumados (Miller, 2006).

En el caso de que un individuo responda de manera exagerada frente a un input sensorial no aversivo (Ben-Sasson et al, 2009), el mismo se encuentra implementando estrategias pasivas de autorregulación, dando como resultado un patrón Sensitivo Sensorial (Dunn, 2007). Las personas que se encuentran en este patrón no huyen o escapan de la situación, sino que reaccionan una vez que el estímulo desagradable aparece (Dunn, 2007). Cualquier cambio en el contexto del niño o en

el aporte sensorial puede desencadenar incomodidad, temor, evasión, distracción, sobrevigilancia o agresión porque supone una nueva violación de sus sentidos (Ben-Sasson et al. 2009).

Por el contrario, según el Modelo del Procesamiento Sensorial de Dunn, cuando la persona con hiperrespuesta presenta estrategias activas de autorregulación se refiere a un patrón Evitador Sensorial. Al presentar una respuesta activa, tiende a evitar o evadir situaciones o estímulos que reconozca como amenazantes (Dunn, 2007).

Los niños con hiporesponsividad exhiben menos respuesta a la información sensorial que la situación exige, tardan más en reaccionar y/o requieren de mensajes sensoriales relativamente intensos o duraderos antes de actuar (Miller, 2006). Un niño que experimenta hiporesponsividad muestra una menor respuesta en comparación a un niño con un desarrollo típico (Bar-Shalita et al., 2009). Esto se debe a que sus sistemas nerviosos tienen un umbral neuronal más alto que responde de manera lenta a las sensaciones, por lo que requieren más estimulación durante un período de tiempo más largo para desencadenar una respuesta conductual (Reynolds & Lane, 2008). Por ejemplo, un niño con hiporesponsividad al tacto puede ser capaz de colocar su mano en una lámpara encendida durante un largo período de tiempo, sin reconocer la sensación de calor (Miller, 2006).

Siguiendo con el modelo de Dunn (2007), el patrón de Bajo Registro se caracteriza por un alto umbral y una estrategia pasiva de autorregulación. La persona no suele detectar o percibir estímulos suaves o leves como una caricia y logran reaccionar cuando son tocados, apretados o se les habla con un tono de voz más fuerte. Es decir, reaccionan frente a estímulos que tienen mayor intensidad. Estos niños suelen ser caracterizados como "perezosos" o "desmotivados" en entornos educativos (Miller, 2006) o pueden parecer inexpresivos o fríos cuando otras personas demuestran sus emociones. Asimismo, estos niños son menos sensibles a los cambios en su entorno y pueden exhibir un menor compromiso social o una comunicación limitada con los demás, como si fueran imparciales con respecto a lo que sucede a su alrededor (Miller, 2006). Suelen mostrar preferencias por actividades sedentarias y tienen dificultades para iniciar una actividad (Copeland, 2006).

Por último, se encuentra el patrón Buscador de Sensaciones (Dunn, 2007) donde el niño presenta estrategias activas de autorregulación. Los mismos presentan altos umbrales de estimulación sensorial y exhiben una mayor demanda de sensaciones para satisfacer sus necesidades sensoriales. (Alibrandi, Beacock, Church, Des Moines, Goodrich, Harris, Sprague, Vrtovsnik 2014). Estos niños se caracterizan por la búsqueda continua e insaciable de experiencias sensoriales, a menudo de formas socialmente inaceptables (Miller et al. 2014; Dunn, 2007). A pesar de tener un umbral alto de alerta, y por lo tanto no percibir muchas sensaciones, tienden a interesarse en su búsqueda de estímulos, permitiendo saciar su umbral alto y así, poder desempeñarse en la diaria (Dunn, 2007). Aunque un niño con un desarrollo típico anhela la entrada sensorial para aprender y dominar los desafíos, los niños de este patrón pueden ser extremos en su búsqueda de sensaciones. (Miller, 2006).

Los niños que buscan sensaciones pueden tocar música muy fuerte, interactúan de forma inapropiada en situaciones sociales amontonándose, tocando y derribando a sus compañeros, así como lanzándose contra las paredes y cayendo al suelo con una gran cantidad de fuerza (Miller, 2006). En los entornos educativos, estos niños son etiquetados como "problemáticos" porque con frecuencia se meten en problemas relacionados con su limitada capacidad para controlar su deseo impulsivo de sensaciones (Miller, 2006). Además, pueden correr riesgos extremos durante el juego, al chocar y trepar a todo porque los niños no pueden tener suficiente sensación (Miller, 2006). Un niño que muestra síntomas de búsqueda de sensaciones puede estar en constante movimiento, participar en actividades que son arriesgadas o peligrosas, y prefieren los olores o sabores fuertes (Miller, 2006). Al analizar la conducta de estos niños, el terapeuta intenta determinar la sensación que el niño tiende a buscar (Dunn, 2007)

Desorden en la Discriminación Sensorial

El segundo es el Desorden en la Discriminación Sensorial (DDS), descrito por Copeland (2006) como aquellos niños que tienen problemas para detectar las similitudes y diferencias entre sensaciones específicas, como visión, audición, tacto, gusto, olfato, posición y movimiento. Estos individuos pueden experimentar una falta de capacidad para distinguir las cualidades de los diferentes estímulos sensoriales y son incapaces de percibir y organizar la información que reciben (Anzalone & Lane, 2012). El cerebro transmite información sensorial del entorno o del cuerpo, sin embargo, el niño no puede identificar correctamente la fuente, la frecuencia o la intensidad de la sensación (Alibrandi, et al. 2014). El DDS puede afectar un sentido, o muchos sentidos, dependiendo del niño (Alibrandi et al. 2014).

Existen dos tipos de características necesarias para lograr una adecuada discriminación sensorial, las cuales son las capacidades de procesamiento temporal y espacial (Ammermann, et al., 2015). Según Anzalone y Lane (2012), las cualidades temporales incluyen determinar el tiempo del estímulo y la ubicación de un sonido que se escucha. Es decir, identificar cuándo y dónde se percibe un estímulo sensorial. Las cualidades espaciales ayudan al individuo a determinar características como la forma y la profundidad de un objeto o las cualidades espaciales relacionadas con los otros sentidos.

Un niño con Desorden en la Discriminación Sensorial puede a menudo experimentar dificultades en varios sistemas sensoriales. Un individuo con un trastorno de discriminación visual podría tener dificultades para reconocer un objeto que está parcialmente cubierto (Miller, 2006). Si un individuo tiene dificultades de discriminación auditiva, no podría ser capaz de distinguir las diferencias entre palabras similares (Miller, 2006). El trastorno de discriminación táctil podría dar lugar a la incapacidad de determinar si una taza contiene un líquido caliente o frío (Miller, 2006). Un individuo con trastorno de discriminación vestibular podría no ser capaz de saber si está erguido cuando está en la oscuridad (Miller, 2006). El trastorno de discriminación propioceptiva se produce cuando un individuo tiene dificultad para saber cuánta presión se necesita para levantar un objeto (Miller, 2006). Un individuo con dificultades de discriminación olfativa no sería capaz de reconocer ciertos aromas (Miller, 2006). Por último, el trastorno de discriminación gustativa es la incapacidad de distinguir diferentes sabores

(Miller, 2006). Sin el procesamiento efectivo de estas modalidades sensoriales, un individuo puede experimentar dificultades para interpretar lo que se ve, se oye o se siente (Miller, 2006).

Desorden Motor de Base Sensorial

El último desorden, es el Desorden Motor de Base Sensorial (DMBS), descrito por Miller (2014) como un problema en la estabilización del cuerpo o en el pensamiento/ planificación/ secuenciación o ejecución de una serie de movimientos basado en información sensorial fuera y dentro del cuerpo. Esto conlleva alteraciones para la discriminación de las sensaciones percibidas por el sistema táctil, vestibular y propioceptivo (Anzalone & Lane, 2012). Esta dificultad de discriminación puede impactar en el movimiento y el control postural del individuo (De Graaf-Peters, Blauw-Hospers, Dirks, Bakker, Bos, Hadders, 2007; Anzalone & Lane, 2012). El trastorno se clasifica en dos categorías que consisten en la dispraxia y el desorden postural. (Ammermann et al. 2015).

Los niños a los que se les diagnostica dispraxia pueden experimentar dificultades para completar las tareas de movimiento que implican un mayor funcionamiento ejecutivo, lo que resulta en una disminución de la capacidad para completar las actividades diarias (Toussaint-Thorin, Marchal, Benkhaled, Pradat-Dihel, Boyer, Chevignard. 2013). Los tres componentes principales de las praxias son la ideación, la planificación motora y la ejecución (Anzalone & Lane, 2012). Por lo tanto, el cerebro de un individuo con dispraxia es incapaz de procesar la información de manera que pueda entender cómo realizar una acción, planificar una acción o corregir los errores cometidos a partir de una acción (Miller, 2006).

La dispraxia implica una alteración en la coordinación motora, la sincronización, la planificación, la organización y la secuenciación (Alibrandi, et al. 2014). Esto es el resultado de problemas motores basados en el tacto (dificultad para realizar tareas de motricidad fina), problemas motores basados en la visión (mala coordinación mano-ojo), problemas motores basados en el sistema vestibular

(dificultad para secuenciar el movimiento de inclinación) y problemas motores basados en la propiocepción (pobre control motor y conciencia corporal) (Alibrandi, et al. 2014).

La segunda categoría para el DMBS es el desorden postural. Los sistemas vestibular, propioceptivo y visual trabajan juntos para controlar la cabeza, los ojos, el tronco y otras extremidades. Esta coordinación y habilidad se considera control postural (Anzalone & Lane, 2012). Los individuos con un buen control postural son capaces de hacerlo porque sus cuerpos proporcionan una buena estabilidad y movilidad (Miller, 2006), lo que les permite completar tareas como alcanzar, mover, escribir, empujar, sentarse, estar de pie, etc. (Anzalone & Lane, 2012). Estas tareas se realizan de forma eficiente y automática debido a la capacidad del cuerpo para ajustar su posición (Miller, 2006)

El desorden postural afecta al tono muscular, el equilibrio y la capacidad de controlar los músculos (Alibrandi, et al. 2014). Esto puede hacer que el niño parezca torpe e impide que iguale las capacidades físicas de sus compañeros (Alibrandi, et al. 2014). Debido al bajo tono muscular y a la inhibición del control motor, es difícil mantener el equilibrio y el balance (Collins & Miller, 2012). La falta de conciencia corporal también puede contribuir a estas dificultades. Los niños con trastornos posturales a menudo eligen actividades sedentarias debido a las dificultades para mantener una postura estable (Collins & Miller, 2012). Se necesita mucha concentración para tener control corporal, por lo que los niños que tienen desorden postural tienden a fatigarse más rápidamente (Miller, 2006).

Un niño con desorden postural también puede tener disfunción motora oral (babeo frecuente o dificultad para comer) y disfunción motora ocular (dificultad para percibir la profundidad), además de problemas vestibulares (dificultad para mantener el equilibrio) y dificultades propioceptivas (mala postura y puede sentarse en posiciones incómodas), lo que resulta en una disfunción motora general (Miller, 2010).

Es importante señalar que sólo porque un niño tenga un desorden postural, no se puede suponer automáticamente que también tenga un trastorno del movimiento (Anzalone & Lane, 2012). Por lo tanto, un niño que no puede permanecer sentado en posición vertical en su silla debido a un desorden

postural puede ser capaz de planificar y ejecutar una actividad de manera apropiada, demostrando un movimiento adecuado (Alibrandi, et al. 2014). Por el contrario, un niño puede ser identificado con dispraxia, pero puede demostrar un control postural apropiado (Anzalone & Lane, 2012). Si un niño tiene un desorden postural y dispraxia, estaría encorvado en su silla y no tendría la capacidad de planear un movimiento como averiguar cómo saltar una cuerda o copiar una frase del pizarrón (Miller, 2006).

Blanche (2011) refiere que la forma en que procesamos la información sensorial afecta nuestro equilibrio sensorial y tendemos a elegir estrategias conductuales, actividades y ambientes para mantener nuestra sensación de bienestar. Es importante reconocer que un desequilibrio sensorial se transforma en un problema que debe ser tratado por un profesional sólo si el individuo siente que alguno de ellos interfieren con las actividades diarias de su hijo (Blanche, 2011).

El enfoque de la intervención de Integración Sensorial fue específicamente diseñado para individuos con Desorden en el Procesamiento Sensorial (Ammermann et al. 2015). Los profesionales de la Terapia Ocupacional han sido históricamente los principales profesionales en la evaluación y el tratamiento de las dificultades en la integración sensorial en niños (Bodison, Parham, 2018).

La Federación Mundial de Terapeutas Ocupacionales (WFOT) define a la Terapia Ocupacional como una profesión que se ocupa de la promoción de la salud y el bienestar a través de la ocupación. El principal objetivo de la Terapia Ocupacional es capacitar a las personas para participar en las actividades de la vida diaria. Los terapeutas ocupacionales logran este resultado mediante la habilitación de los individuos para realizar aquellas tareas que optimizan su capacidad para participar, o mediante la modificación del entorno para que éste refuerce la participación.

El servicio de Terapia Ocupacional se encarga de la prevención, el diagnóstico funcional, el tratamiento y la investigación de las ocupaciones diarias en las diferentes áreas: actividades básicas de vida diaria (alimentación, vestido, baño, higiene), productividad (tareas relacionadas con las actividades preescolares y escolares), juego y esparcimiento (lúdicas), y participación social

(comunicación y relación con pares y adultos); con el objetivo de incrementar la función independiente y mejorar el desarrollo de las personas que presentan dificultades en su desempeño diario, contemplando la adaptación de las tareas y del entorno para alcanzar la máxima independencia y mejorar la calidad de vida (González-Francisco, 2009).

Las/ los terapistas ocupacionales en pediatría proveen servicios a niños de todas las edades que tienen dificultades en el desarrollo físico, emocional y social, los cuales, debido a estas condiciones, necesitan asistencia especial en el aprendizaje de las habilidades necesarias para llevar una vida independiente, satisfactoria y productiva (AOTA, Case-Smith, 2005). Como esta disciplina tiene un enfoque holístico, se entiende al ser humano, en este caso, más concretamente al niño, como un ser en interacción constante con su medio, y se centra en la educación de las habilidades adaptativas de este niño y en la habilitación de su contexto para promover el mayor grado de inclusión y participación posible (APTONA, 2004).

Los terapeutas ocupacionales en pediatría suelen abordar el Desorden del Procesamiento Sensorial en niños mediante el uso de un enfoque de Integración Sensorial (Friberg, 2018). Es importante señalar que el enfoque de Integración Sensorial nace desde la Terapia Ocupacional y, por tanto, aunque el marco teórico es generalizable a otras disciplinas y debe contribuir a entender la conducta humana; la clínica (es decir, la valoración e intervención de la disfunción) no puede separarse del paradigma de Terapia Ocupacional. (Del Moral Orro, Pastor Montaña, Saenz Vler, 2013). Esto supone tener siempre la mirada puesta en el desempeño ocupacional del niño, en sus actividades de la vida diaria, en el juego y en el aprendizaje escolar (Del Moral Orro, et al. 2013).

Se recomienda certificación y formación avanzada por parte de terapistas ocupacionales para proporcionar Integración Sensorial; sin embargo, esto no es un requisito (Watling & Clark, 2011). Ayres estipula que el/la terapeuta ocupacional debe recibir formación post profesional en Integración Sensorial con un mínimo de 50 horas educativas en la teoría y la práctica, aportando fidelidad a la intervención (Schultz-Krohn, 2013).

Jean Ayres, terapeuta ocupacional con formación postdoctoral en Neurociencia y Psicología de la Educación, comenzó a desarrollar el marco de referencia de la Integración Sensorial en los años 60 (Beaudry Bellefeuille, 2013). La misma, define la Integración Sensorial como un proceso neurológico que organiza las sensaciones del cuerpo y del medio ambiente, y hace posible el uso efectivo del cuerpo en el entorno (Ayres, 2008). La integración sensorial es algo que ocurre de manera automática en la mayoría de la gente (Ayres, 2008), regulando el comportamiento, las emociones y el aprendizaje (Ammermann et al. 2015).

Ayres (1972) plantea que los sistemas sensoriales se desarrollan de manera integrada y dependiente uno del otro (Roley, S., et. al, 2007). La interrelación de los sentidos es compleja pero básicamente permiten experimentar, interpretar y responder a diferentes estímulos del medio ambiente y del cuerpo, permitiendo interpretar una situación en forma correcta y poder emitir una respuesta apropiada (Nico, 2004). Las personas están constantemente manejando estímulos sensoriales a través de la vista, el oído, el tacto, el gusto y el olfato, los cuales son los cinco sentidos más reconocidos (Miller, et al. 2014). Sin embargo, también están constantemente recibiendo mensajes sensoriales de tres sentidos menos conocidos, los cuales suelen ser llamados "sentidos ocultos". Los mismos son el sentido propioceptivo, vestibular e interoceptivo (Miller, et al. 2014). El enfoque de esta teoría involucra principalmente a tres de estos sistemas sensoriales: el vestibular, el propioceptivo y el táctil (Ammermann et al. 2015).

El sistema vestibular forma parte del oído interno y tiene una estructura muy compleja llamada laberinto, conformada por hueso (Ayres, 2010). Esta estructura tiene receptores auditivos y dos tipos de receptores vestibulares; receptores de la gravedad y de los canales semicirculares (Ayres, 2010). Los mismos son sensibles al cambio de velocidad o dirección del movimiento de la cabeza (Ayres, 2010). La combinación de ambos receptores es muy precisa e informa a la persona donde está exactamente en relación a la gravedad, si se encuentra en movimiento o quieta, que tan rápido va y

en qué dirección (Ayres, 2010). El sistema vestibular cumple un papel importante en la capacidad de un individuo para participar en la vida diaria, ya que afecta directamente el equilibrio y la coordinación (Yunus, Liu, Bissett, Penkala, 2015).

El sistema propioceptivo es el encargado de informarle a la persona acerca de la posición de su cuerpo en el espacio (Ammermann et al. 2015). Esta información sensorial es causada por la contracción y estiramiento de los músculos y al doblar, enderezar, jalar y comprimir las articulaciones que se encuentran entre los huesos (Ayres, 2010). Las sensaciones del propio cuerpo ocurren especialmente durante el movimiento, pero también cuando la persona se encuentra quieta, debido a que los músculos y las articulaciones constantemente mandan información al cerebro acerca de la posición del cuerpo (Ayres, 2010). Si hubiera menos propiocepción, los movimientos serían más lentos, torpes y requerirían de mayor esfuerzo (Ayres, 2010). Además, se dificultará la realización de actividades sin apoyo de la visión (Ayres, 2010).

El sistema táctil es el sistema sensorial más grande del cuerpo humano (Ayres, 2010). La piel cuenta con numerosos tipos diferentes de receptores para recibir sensaciones táctiles de presión, textura, calor o frío, dolor y de movimientos de los vellos de la piel (Ayres, 2010). Los receptores del tacto que se encuentran debajo del cuello, mandan impulsos a la médula espinal y llegan al tallo cerebral (Ayres, 2010). Los receptores de la piel de la cabeza mandan impulsos atrás de los nervios craneales directamente al tallo, en donde la información táctil se distribuye al resto del cerebro (Ayres, 2010). El sistema táctil informa a la persona si algo está tocando su piel, y si ese algo es doloroso, frío, caliente, mojado o rasposo (Ayres, 2010). También, informa si un estímulo es peligroso y brinda detalles de localización y forma (Ayres, 2010).

En el sistema visual, el cerebro efectúa un “barrido” del campo visual, analizando por separado la forma de los objetos, los movimientos y los colores (Cingolani et al. 2007). Reconstruye estas características en un conjunto y da como resultado una imagen que está supeditada a las propias

reglas del cerebro (Cingolani et al. 2007). La retina del ojo es el receptor sensible a las ondas luminosas y es estimulada por la luz (Ayres, 2010). La misma manda la entrada sensorial visual a los centros de procesamiento visual del tallo cerebral, en donde se procesan los impulsos y se relacionan con otros tipos de información sensorial, especialmente con la entrada de los músculos, las articulaciones y el sistema vestibular (Ayres, 2010).

El sentido auditivo tiene la función de recoger, amplificar y transducir las ondas sonoras en impulsos eléctricos que permiten al cerebro escuchar y localizar los sonidos (Ammermann et al. 2015). Las ondas sonoras viajan por el aire estimulando los receptores vestibulares del oído interno y mandando impulsos a los centros auditivos del tallo cerebral (Ayres, 2010). Estos núcleos procesan los impulsos auditivos junto con los impulsos provenientes del sistema vestibular, de los músculos y de la piel (Ayres, 2010). Los centros de organización auditiva están muy cerca de los centros de procesamiento visual en el tallo cerebral y ambos intercambian información (Ayres, 2010). Si la información auditiva no se mezcla con otros tipos de información sensorial, tendríamos dificultades para encontrarle significado a lo que oímos (Ayres, 2010).

Este sistema realiza procesamientos de discriminación de las frecuencias de sonidos, su intensidad y localización de las fuentes sonoras en el espacio (Cingolani et al. 2007). Además, participa en funciones superiores de comunicación, como el aprendizaje y el desarrollo del habla (Cingolani et al. 2007).

El sistema gustativo tiene una función biológica primaria de reconocer las características químicas de las sustancias introducidas en la boca (Cingolani, Houssay 2007). Desempeña un rol muy importante en la masticación, degustación, deglución, e incluso en la comunicación (Ammermann et al. 2015). Este sistema se encuentra íntimamente relacionado con la relación del balance corporal de agua y electrolitos, el balance energético, la composición química del organismo y la conducta alimentaria (Cingolani et al. 2007). Los efectos del gusto de las sustancias introducidas en la boca se notan tanto en funciones elementales, como es la regulación de la salivación e insulina, y en otros

procesos mucho más complejos como es el reconocimiento consciente de los sabores de las comidas (Cingolani et al. 2007). Las personas suelen referir cuatro categorías de gustos; dulce, salado, ácido y amargo (Cingolani et al. 2007).

El sistema del olfato es el encargado de detectar e identificar las sustancias químicas que son transportadas por el aire o el agua por estructuras comúnmente conocidas como olfatorias (neuroepitelio olfatorio, nervios olfatorios, entre otras) (Cingolani et al. 2007). Se destaca su importancia en la evocación de recuerdos, en la vida sexual y emocional (Cingolani et al. 2007). Además, desempeña un papel significativo en la alimentación, en cooperación con el sentido del gusto y participa de otras funciones importantes gracias a sus conexiones con el sistema límbico y el hipotálamo (Cingolani et al. 2007).

El sistema interoceptivo refiere a las sensaciones que se perciben desde los órganos internos (Miller, 2014). Los receptores se encuentran en la mayoría de los tejidos del cuerpo (órganos, músculos, piel, huesos, entre otros) (Mahler, 2020; Craig 2014). La información recogida por estos receptores viaja a la corteza insular (ínsula) en el cerebro en donde se traducen los mensajes entrantes y se identifican las diferentes sensaciones como hambre, plenitud, picor, dolor, frío, náuseas, necesidad de ir al baño, cosquillas, esfuerzo físico, excitación sexual y los estados emocionales como la ira, calma, distracción o miedo (Mahler, 2020; Craig 2014).

Este sistema proporciona información sobre la condición interna del cuerpo, es decir, cómo se siente el cuerpo por dentro. El conocimiento de estas sensaciones corporales permite experimentar emociones esenciales y ayuda a manejar la forma en cómo se siente la persona, impulsando a tomar medidas basadas en las señales que nota del propio cuerpo (Mahler, 2020; Craig 2014).

Los terapeutas que utilizan el enfoque de Integración Sensorial pueden crear oportunidades para ayudar al sistema sensorial del niño a modular, integrar y utilizar la información sensorial del entorno de manera significativa para obtener respuestas adaptativas que promuevan una mayor participación

en las ocupaciones (Baranek, 2002). Es decir, el objetivo de dicho modelo es que la persona sea capaz de procesar la información sensorial compleja en una forma más efectiva (Nico, 2004).

Las intervenciones de Integración Sensorial están diseñadas para ayudar al niño a alcanzar y mantener niveles adecuados de alerta y apoyar la motivación intrínseca del mismo en el juego (Watling & Clark, 2011). Es por esto que el abordaje de Integración Sensorial se realiza desde la ocupación de juego, siendo la misma, un área significativa en los niños (Roley, Mailloux, Miller-Kuhaneck, Glennon, 2007).

Tres principios guían la Teoría de Integración Sensorial: el aprendizaje motor, las respuestas adaptativas y la actividad con fines específicos (Roley et al., 2007). Dentro de las sesiones de terapia, el terapeuta ocupacional trabaja en colaboración con el niño en la selección de actividades y en asegurar que estas sean exitosas (Ammermann et al. 2015; Del Moral Orro, Pastor Montaña, Saenz Vler, 2013). Mediante el uso de equipos especializados, el compromiso activo y las respuestas adaptativas, se busca crear un impacto duradero en el procesamiento neurofisiológico de las sensaciones (Watling & Clark, 2011).

La intervención desde el enfoque de Integración Sensorial busca abordar las necesidades sensoriales del niño con el objetivo de alcanzar una respuesta adaptativa a la actividad y el contexto (Spitzer & Roley, 2001). A fin de abordar el Desorden del Procesamiento Sensorial en el hogar del niño y sus otros contextos, los terapeutas ocupacionales utilizan variedad de herramientas que incorporan estrategias sensoriales (Bundy et al., 2002), cuya aplicación es más factibles dentro del entorno de la persona que las intervenciones clínicas tradicionales, como la Integración Sensorial de Ayres (Anzalone & Lane, 2012; Dunn, 2007). Una de estas herramientas es la Dieta Sensorial, desarrollada por Patricia Wilbarger (Wilbarger & Wilbarger, 2002). Las mismas se basan en la teoría de Integración Sensorial desarrollada por el Dr. Jean Ayres e incorporan estrategias sensoriales (Peterson, Hunt, White, 2018). Las estrategias ayudan a los individuos a organizarse para mantener

y optimizar el desempeño funcional en la vida diaria (Blanche, 2011). Pueden incluir conductas habituales no conscientes, actividades y ambientes (Blanche, 2011).

La intervención de Integración Sensorial y la Dieta Sensorial comparten los principios básicos comunes. Ambas abordan una disfunción a nivel cerebral y ofrecen una explicación neurológica, utilizando teorías de procesamiento del Sistema Nervioso Central para describir el proceso de tratamiento que logra producir la respuesta adaptativa (Kumari Shao & Senapati, 2014). Las dietas sensoriales se desarrollaron como una extensión de los principios establecidos por Ayres, sin embargo, no incorporan todos los principios de intervención de la Integración Sensorial (Parham, Roley, May-Benson, Koomar, Brett-Green, Burke, Schaaf, 2011). Combinan la aplicación de la teoría y la intervención de Integración Sensorial y los principios básicos de la Terapia Ocupacional a lo largo de la vida diaria en diversos entornos, no sólo dentro de la clínica (Parham et. al., 2011; Ayres, 2005; Wilbarger & Wilbarger, 2002). Proporcionan, de esta manera, una técnica adicional para que los terapeutas empleen con los pacientes que luchan con el procesamiento y organización de los estímulos sensoriales (Peterson, et al. 2018). Como se mencionó previamente, Ayres estipula que el/la terapeuta ocupacional debe recibir formación post profesional en Integración Sensorial (Glennon, 2013). Debido a que la Dieta Sensorial fue desarrollada a partir de la Teoría de Integración Sensorial, se considera que estas normas también deben ser aplicadas (Schultz-Krohn, 2013).

Patricia Wilbarger acuñó el término dieta sensorial en el año 1984, en un intento de explicar las complejas teorías de neurocomportamiento a los padres y a otras profesiones (Wilbarger, 1995). Ella define la dieta sensorial como una estrategia de intervención de Terapia Ocupacional que consiste en un programa cuidadosamente planificado de actividades sensorio-motoras específicas que se programan de acuerdo con las necesidades individuales de cada niño a lo largo del día, para facilitar un nivel óptimo de excitación, promover el desarrollo típico y mejorar el rendimiento ocupacional en el contexto de la vida cotidiana (Wilbarger & Wilbarger, 2002; Wan Yunus, Liu, Bissett y Penkala, 2015; Wilbarger, 1995). Son rutinas diarias cuidadosamente creadas y centradas en el paciente,

desarrolladas para satisfacer las necesidades individuales de cada niño (Wilbarger, 1995; Nackley, 2001). Utilizando una dieta nutricional como metáfora, Wilbarger explicó que, al igual que las comidas saludables necesitan una serie de diferentes opciones de alimentos para ser nutricionalmente equilibradas, la combinación correcta de los aportes sensoriales es necesaria para tener un rendimiento ocupacional óptimo (Wilbarger, 1995). Es decir, para mantener a la persona promedio en un nivel óptimo de excitación y rendimiento, esta necesita encontrar e incorporar varias experiencias sensoriales a lo largo de su día (Bertaut Copeland, 2006). La dieta sensorial fomenta el procesamiento adecuado de la información sensorial a nivel cerebral para que la persona logre un estado de alerta adecuado y adaptado a las necesidades del contexto (Schultz-Krohn, 2013). De esta manera, se proporciona la cantidad adecuada de entrada sensorial para reajustar el sistema neurológico, ayudando al niño a funcionar a su nivel óptimo (Swearingen, 2007).

Las dietas sensoriales son una intervención común en el campo de la Terapia Ocupacional en pediatría (Peterson, et al. 2018; Baltazar Mori, 2015). Se dirigió en un principio a niños con perfil sensorial defensivo, siendo luego expandida a otros niños (Williams & Shellenberger, 1994) y hasta adultos (Kinnealey, Oliver, & Wilbarger, 1995). Las pruebas demuestran que las dietas sensoriales se utilizan con mayor frecuencia en personas diagnosticadas con Trastornos del Espectro Autista, Trastorno por Déficit de Atención con Hiperactividad y Desorden de Procesamiento Sensorial (Peterson, et al. 2018; Nackley, 2001). Miller (2003) en un debate sobre la necesidad de pruebas empíricas de las terapias para los Desórdenes del Procesamiento Sensorial, declaró que "la mejor práctica actual de intervención para niños con Desorden de Procesamiento Sensorial es la innovación centrada en la ocupación y no en el tratamiento mediante técnicas sensoriales específicas de forma aislada" (pág. 2). Nackley (2001) refiere que la dieta sensorial se utiliza cuando el Desorden del Procesamiento Sensorial interfiere con las actividades en las que el niño necesita participar en su vida diaria.

Al utilizar esta herramienta de intervención, los terapeutas ocupacionales le brindan información a los padres, con el objetivo de enseñarles sobre los patrones de procesamiento sensorial de su hijo. Los profesionales se basan en evaluaciones, entrevistas y observaciones estandarizadas, para luego desarrollar un plan de dieta sensorial individualizado que contempla las necesidades sensoriales del niño y las prioridades de la familia (Friberg, 2018). Las dietas sensoriales tienen por objeto ayudar a los niños a organizar sus respuestas de acuerdo a los estímulos sensoriales en la vida cotidiana y, por lo tanto, a dedicarse con éxito a las ocupaciones significativas y necesarias (Peterson, et al. 2018). Proporcionan una combinación de inputs sensoriales promoviendo un nivel óptimo de alerta (Dunn, 2007; Peterson, et al. 2018), evitando que el niño se desregule y experimente una sobrecarga de estímulos sensoriales, o aumentando el alerta del niño en el caso de que se encuentre demasiado letárgico (Yack, Sutton, Aquilla, 2002). Cuando los niños no pueden responder adecuadamente, sus vidas se ven dramáticamente afectadas (Yack, et al. 2002).

Es beneficioso centrarse en la aplicación de dietas sensoriales como una intervención terapéutica para ayudar al niño a interactuar con su entorno de forma más satisfactoria a lo largo de su vida diaria (Peterson, et al. 2018). “La dieta sensorial permite al niño muchas oportunidades para recibir estímulos (inputs) sensoriales beneficiosos para él en intervalos frecuentes, permitiéndole así participar de lleno en las actividades que componen su horario diario” (Alcántara 2009, p.49). Wilbarger & Wilbarger (2002) refieren que la Dieta Sensorial es beneficiosa ya que puede mejorar la postura, el esquema corporal, la autorregulación y también puede reducir las conductas defensivas sensoriales. De esta manera, se logra aumentar el rendimiento ocupacional del niño en las actividades de juego, autocuidado, comunicación social y las conductas productivas para ser un participante activo en el entorno (Wilbarger & Wilbarger 2002).

Las dietas sensoriales promueven un nivel de alerta o calma que satisface las demandas ambientales requeridas para alcanzar las metas funcionales de cada niño (Peterson, et al. 2018).

Uno de los propósitos de una dieta sensorial es ayudar a un individuo a hacer frente a un entorno problemático proporcionando un aporte sensorial individualizado para mejorar el rendimiento ocupacional (Wilbarger & Wilbarger, 2002). Permitiendo que, al utilizar experiencias sensoriales específicas, el niño se encuentre 'calmado, alerta y organizado' la mayoría del tiempo, respondiendo funcionalmente a sus actividades (Wilbarger, 1991; Schultz-Krohn, 2013). Busca atender las necesidades sensoriales individuales del niño de forma regular, siendo diseñada de manera individual y única en cada caso (Wilbarger, 1995; Peterson, et al. 2018; Nackley, 2001; Williams & Shellenberger, 1994). Está compuesta por actividades diseñadas y estructuradas para la persona a lo largo de todo el día para mejorar el estado de alerta o excitación y responder de manera funcional (Schultz-Krohn, 2013), permitiendo la participación activa del niño en sus ocupaciones (Peterson, et al. 2018). Estas ocupaciones incluyen actividades lúdicas y de ocio individualizadas que satisfagan sus necesidades sensoriales (Wilbarger & Wilbarger, 1991). La sugerencia de actividades lúdicas y de ocio apropiadas dependería en gran medida de las observaciones del niño y de las entrevistas con la familia, los cuidadores y los maestros.

La consulta con los terapeutas ocupacionales proporciona un medio para elaborar ideas eficaces de intervención individualizada para los entornos de la vida cotidiana (Dunn 2007). Cada terapeuta es responsable de adaptar los estímulos sensoriales de manera individualizada, proporcionando el desafío justo para cada niño en concreto e identificando las ideas pertinentes para su casa, colegio y familia, para crear un contexto sensorial exitoso (Dunn, 2007; Nackley, 2001; Parham, Cohn, Spitzer, Koomar, Miller, Burke, 2007). Se sospecha que las dietas sensoriales son menos individualizadas de lo que inicialmente pretendía Patricia Wilbarger, y que algunos componentes se destacan más que otros, como el uso de pelotas de terapia y chalecos con pesos (Wan Yunus y otros, 2015).

La revisión de la literatura mostró que muy pocos estudios evaluaron el efecto de las dietas sensoriales o de las intervenciones similares a las dietas sensoriales (Watling & Hauer, 2015).

Demopoulos (2009) examinó los efectos de la implementación de una dieta sensorial en el comportamiento de 11 estudiantes en una escuela en Johannesburgo, Sudáfrica. Los estudiantes que usaron la dieta sensorial demostraron tener menos distracción, menos impulsividad, mejor planificación, iniciación e independencia al completar las tareas y finalización de las mismas (Demopoulos, 2009). También encontró una reducción en comportamientos como la inquietud, distracción, y lento inicio y finalización de la tarea. En general, se demostró que la implementación de una dieta sensorial resultó en la mejora del rendimiento de los niños con dificultades de procesamiento sensorial en el aula.

En el año 2013, Jorge, De Witt y Franzsen realizaron un estudio a 12 infantes identificados con el Trastorno de Procesamiento Sensorial Regulatorio (TPSR), donde se investigó la eficacia de un programa. El mismo consistía en dos semanas donde se proveía educación a los padres y la implementación de una dieta sensorial buscando reducir signos de inquietud presentes en los niños. Los resultados de esta muestra indicaron una reducción significativa de los signos de inquietud, especialmente en los comportamientos de autorregulación y apego. Este programa aportó estrategias a los padres para incorporar en las tareas cotidianas de sus ocupadas vidas. Todos los infantes mostraron una reducción en los signos de Trastorno de Procesamiento Sensorial Regulatorio, y siete de los 12 infantes pasaron a estar dentro del rango normal, por lo que ya no mostraban signos del trastorno.

Vidya Pingale (2018) realizó un estudio con el propósito de investigar los efectos de las dietas sensoriales en 5 participantes de entre 4 y 11 años que presentaban diagnóstico de Desorden del Procesamiento Sensorial. Los resultados mostraron que las dietas sensoriales cambiaron positivamente las conductas en las áreas de habilidades de procesamiento sensorial (conductas de búsqueda sensorial), habilidades psicosociales (conductas de inadaptación) y la participación en el aula (conductas fuera de la tarea). Los resultados también sugieren que las dietas sensoriales pueden mejorar las interacciones de los niños con el entorno y ayudarles a superar los retos ocupacionales durante las actividades de la clase, facilitando el uso de comportamientos ocupacionales maduros y

nuevos modos de respuesta adaptativa. Por consiguiente, las dietas sensoriales pueden facilitar una mayor participación en las actividades del aula y la adquisición de nuevas habilidades (Vidya Pingale, 2018).

Por último, en el año 2019, Pingale, Fletcher y Candler realizaron una investigación en una escuela pública a tres niños de primer y segundo grado, con el objetivo de probar el efecto de las dietas sensoriales en el ambiente escolar. Cada una de las dieta sensorial fue pensada específicamente para cada niño, considerando los intereses del participante, el umbral neurológico indicado en el Perfil Sensorial, las estrategias sensoriales que prefiere el niño y las respuestas a estímulos sensoriales durante actividades de clase. Los resultados de este estudio explican que las dietas sensoriales pueden producir cambios positivos en medidas cuantificables en las áreas de búsqueda sensorial, habilidades psicosociales y la participación conductual en clase. También, se evidenció que estos cambios pueden persistir aunque se retire la dieta sensorial.

Hay aspectos específicos que deben ser abordados para asegurar que la dieta sensorial sea efectiva y beneficiosa para el niño (Alibrandi, et al. 2014; Ammermann et al. 2015).

El primer aspecto importante de la dieta sensorial es su implementación en el contexto natural del niño, ofreciendo la oportunidad de adaptarse en su propio ambiente (Nackley, 2001). Para que sean satisfactorias, estas deben estar integradas en las ocupaciones diarias y en el contexto familiar, de lo contrario, el niño o la familia la encontrarán tediosa y demasiado engorrosa para aplicarla (Bertaut Copeland, 2006). Así mismo, la dieta sensorial no requiere necesariamente de elementos específicos, sino que busca utilizar aquellos que se encuentren en el entorno natural del niño o en múltiples entornos (Bertaut Copeland, 2006).

El segundo aspecto a considerar cuando se desarrolla una dieta sensorial es la posibilidad de requerir modificaciones en el entorno del niño para permitir su plena participación (Ammermann et al. 2015). Dependiendo de las limitaciones específicas de tiempo y espacio, como en la escuela, en el supermercado o en el coche, se puede dar lugar a adaptaciones y cambios en las rutinas e

interacciones del individuo (Wilbarger & Wilbarger, 1991). Dunn (2007) esbozó la posibilidad de realizar adaptaciones en el medio ambiente natural del niño para apoyar las rutinas implementadas y satisfacer las necesidades del niño en situaciones cotidianas. Cuando el entorno y las rutinas diarias son adaptadas adecuadamente a las posibilidades del niño, se promueve un procesamiento sensorial satisfactorio (Dunn, 2007), lo que le permite participar en actividades cotidianas y significativas. Además de las adaptaciones que pueden ser implementadas para favorecer el funcionamiento diario exitoso, es importante pensar en el proceso de selección de actividades (Alibrandi, et al. 2014).

Kranowitz (1998) sugirió que con la orientación de un profesional, el niño participe de manera activa seleccionando las actividades que desea realizar, para así asegurarse de que estas sean significativas y favorecer su motivación. Se busca intervenir desde actividades de interés donde el impulso intrínseco y la motivación del niño promuevan su participación (Parham et al, 2007). Esto permite que la actividad tenga una mayor influencia en el niño (Alibrandi et al. 2014). Cuando se ofrecen opciones de actividades, es importante considerar ciertos comportamientos que la actividad puede inducir (Wilbarger, 1995).

Otras consideraciones importantes a la hora de elegir las actividades son el tipo, la duración, frecuencia y la intensidad de estímulo que proporcionará la actividad (Wilbarger, 1995). En última instancia, las actividades sensoriales que se eligen para las necesidades individuales del niño tienen como objetivo permitir que el cuerpo se organice y permanezca organizado (Yack et al. 2002). La elección de actividades efectivas dentro de la dieta sensorial, ayuda al niño a estar más centrado, adaptable y hábil (Kranowitz, 1998). Dado que los niños con Desorden en el Procesamiento Sensorial procesan la información sensorial de manera diferente, hay una variedad de actividades de la dieta sensorial que se pueden utilizar.

En las dietas sensoriales se pueden emplear diversos instrumentos y técnicas para estimular los sistemas sensoriales (tacto, visión, oído, gusto, olfato, vestibular y propiocepción) (Nackley, 2001; Pfeiffer et al., 2008; Wilbarger, 2005). Wilbarger declaró que las actividades que incluyen presión táctil profunda, estímulos vestibulares o propioceptivos, son las que mayor efecto tienen en el

comportamiento (Wilbarger, 1995; Wan Yunus et al., 2015). La dieta sensorial incorpora el procesamiento de estos estímulos para satisfacer las necesidades del sistema nervioso del niño (Kranowitz, 1998). Al proporcionar oportunidades para que el niño reciba sensaciones beneficiosas, el resultado permite que el mismo participe plenamente en las actividades diarias (Alibrandi, et al. 2014). Sweet (2010) enfatiza que "el objetivo del terapeuta es proporcionar a los estudiantes con las herramientas que les permiten hacer frente de forma independiente cuando no se sienten regulados" (pág. 2). Las herramientas de la dieta sensorial deben satisfacer las necesidades físicas y emocionales facilitando la calma, la alerta y actividades de organización (Kranowitz, 1998). Yack et al. (2002) presentó una lista de actividades de calma, organización y técnicas de alerta que pueden utilizarse para ayudar a un niño a autorregularse:

1) Las técnicas de calma incluyen: temperaturas cálidas, toque de presión profunda, estiramientos, compresiones de articulaciones, envoltura en manta, movimientos de balanceo lento/bamboleo lento, olores calmantes como lavanda, succión, y reducción de los niveles de ruido y luz.

2) Las técnicas de organización incluyen: chupar un chupete o un caramelo duro, vibración, colgar, empujar, tirar, levantar, masticar, nadar, y adiciones rítmicas a las actividades.

3) Las técnicas de alerta incluyen: iluminación brillante, temperaturas frescas, balanceo rápido, movimiento impredecible y rápido, correr, sentarse en una pelota, música fuerte y rápida, olores fuertes como menta, y habitaciones visualmente estimulantes (p. 66).

Otro de los aspectos que debe ser considerado según Wilbarger & Wilbarger (1991) es que las actividades que se realizan en la rutina deben ser específicas y orientadas en el tiempo. Esto se traduciría en actividades que pueden ser hechas en un corto período de tiempo, pero aún así tiene un impacto significativo en el individuo. Cuando se incorpora una dieta sensorial a la rutina diaria de un niño, hay una variedad de herramientas y equipos que pueden ser utilizados además de y en combinación con las modificaciones ambientales y de las actividades y técnicas sensoriales. Estas herramientas y equipos también pueden utilizarse como un enfoque de intervención directa (Nackley, 2001). Como se mencionó anteriormente, algunos de los instrumentos utilizados comúnmente

incluyen: chalecos de peso, mantas con peso, cojines para sentarse, mordillos, auriculares, bolas de terapia y juguetes masticables. Las intervenciones también pueden orientarse a actividades cognitivas como el uso de tablas y hojas de trabajo que el niño puede usar como guía para mejorar la autorregulación (DiMatties, 2004; Ammermann et al. 2015).

Junto con el uso de herramientas e instrumentos, los terapeutas ocupacionales pueden recomendar técnicas que no implican la compra o el suministro de equipos. En el caso de un niño que necesita un aporte propioceptivo, el uso de actividades de trabajo pesado puede proporcionar compresión y tracción articular, haciendo que el niño se sienta conectado a su cuerpo (Biel & Peske, 2005). Algunos ejemplos de actividades pueden ser: presión profunda en los hombros, salto en un trampolín, flexiones, caminata en carretilla, caminata en cangrejo, lanzamiento de una pelota, tareas domésticas, natación y ciclismo (Alibrandi, et al. 2014). En el caso de un niño que necesita una entrada sensorial vestibular, puede balancearse, girar o tener un movimiento consistente (Biel & Peske, 2005). Como se mencionó anteriormente, la acción de un balanceo lento puede ser calmante para el niño, mientras que un balanceo rápido puede generar alerta. Girar puede proporcionar al niño una entrada rotativa. Girar y balancearse permite al niño realizar movimientos de inicio y parada que pueden proporcionar al sistema vestibular la entrada que anhela (Biel & Peske, 2005). Para un niño con hipo-responsivos o hiper-responsivos a la entrada táctil, se pueden utilizar varias técnicas como: tacto profundo, enrollar al niño con fuerza en una manta, jugar con diferentes texturas y utilizar el Protocolo de cepillado de Wilbarger. Para los niños mayores, actividades como coser, esculpir y hacer crochet pueden ser beneficiosas. La entrada auditiva puede obtenerse escuchando varios tipos de música, tocando un instrumento o simplemente escuchando los ruidos del exterior (Biel & Peske, 2005). Para un niño que es visualmente distraído, el uso de un estímulo visual puede tener un efecto calmante. Mediante el uso de luces tenues, sombreros y el respeto por las preferencias de color, un niño tendrá la capacidad de regular la entrada visual del medio ambiente (Biel & Peske, 2005). Por último, para un niño que es sensible al gusto, se pueden utilizar varias estrategias. Darle a un niño alimentos con sabores fuertes, puede animarle a probar nuevas comidas. Permitir que un niño ayude

a preparar la comida, se ha demostrado que aumenta su disposición a probar nuevos alimentos. Además, proporcionar juegos de adivinanzas para saber de qué sabor es algo puede despertar la curiosidad de probar nuevos sabores (Biel & Peske, 2005).

La utilización de estas herramientas y actividades periódicamente a lo largo del día de un niño puede proporcionar una oportunidad para obtener y mantener un funcionamiento óptimo en el hogar y en la escuela (Murray et al., 2014). Según Williams y Shellenberger (1994), las dietas sensoriales pueden mejorar la capacidad de los niños para autorregularse en el aula. Al confeccionar una dieta sensorial, es necesario tener en cuenta las preferencias que la persona presenta sobre las experiencias sensoriales que se proveerán a lo largo de todo el día (Nackley, 2001; Wilbarger, 1995). Estableciendo y controlando la cantidad y el tipo de estímulo sensorial, el niño será capaz de procesar la información de la manera más efectiva (Ammermann et al. 2015). Es importante aclarar que no se realizan las mismas experiencias sensoriales para todos los pacientes, sino que el terapeuta ocupacional selecciona según los objetivos que son pertinentes para el niños y su familia (Schultz-Krohn, 2013).

Por último, diversos estudios enfatizan la necesidad de educar a la familia acerca del Desorden del Procesamiento Sensorial de su hijo para la correcta implementación de la dieta sensorial (Heck, Kobielski, Crawford, Bickford, 2013; Battle, Beehem, Lynch, Mathers y Micho, 2012; Bertaut Copeland, 2006). Dunnston y Griffiths (2008) destacan la importancia del papel que desempeñan los terapeutas ocupacionales a la hora de capacitar a las familias para utilizar una dieta sensorial en el hogar. El objetivo general es empoderar a los padres para que tengan la habilidad de proporcionarle a su hijo las estrategias sensoriales que necesita para regularse (Dunnston & Griffiths, 2008). Esto asegura que el niño reciba la información sensorial necesaria en más de un entorno, es decir, es generalizable a otras situaciones (Alibrandi, et al. 2014). El niño no sólo recibe el aporte sensorial necesario en el hogar, sino que también lo recibirá en la escuela, el club y en todos los entornos en los que participe (Alibrandi, et al. 2014). Cuando los terapeutas ocupacionales dan esta educación a

los padres para implementar una dieta sensorial en el hogar, le ofrecen al niño la oportunidad de desempeñarse en las ocupaciones diarias (Dunnston & Griffiths, 2008). Dunn (1997) enfatizó la necesidad de que las familias de niños con DPS sean educadas acerca de cómo estos factores afectarán el comportamiento de sus hijos y, por lo tanto, su capacidad para participar en ocupaciones. Podemos decir, de esta manera, que la dieta sensorial permite la participación de la familia o del cuidador, maestra, entre otros, lo que es esencial para que la intervención se lleve a cabo fuera de la clínica de Terapia Ocupacional (Wilbarger & Wilbarger, 2002).

Heck, Kobielski, Crawford, & Bickford (2013) llevaron a cabo un estudio que examinó el conocimiento y las percepciones de los padres sobre las dietas sensoriales utilizadas para niños de 2 a 8 años con Desórdenes del Procesamiento Sensorial. Las encuestas se distribuyeron a los padres con hijos que recibieron servicios en tres instalaciones específicas situadas en el Estado de Nueva York. Treinta y dos padres completaron las encuestas y fueron incluidos en este estudio. Los resultados del estudio indicaron que los padres tenían conocimiento acerca de los DPS y de las dietas sensoriales, pero expresaron dificultad para definir ambos términos. En general, los padres involucrados en este estudio describieron que sus hijos se beneficiaron del uso de una dieta sensorial (Heck, et al. 2013).

Por otro lado, un estudio completado en 2012 por Battle, Beehem, Lynch, Mathers y Micho examinó la comprensión de las dietas sensoriales y el DPS en el aula en escuelas primarias locales en el centro de Nueva York. El estudio se llevó a cabo utilizando una encuesta con 53 encuestados distribuidos en 6 escuelas primarias. Todos los encuestados eran profesores con licenciatura o educación superior, y trabajaban a tiempo parcial o completo dentro de la escuela. Los resultados del estudio concluyeron que hay muy poca comprensión acerca del DPS y el uso de dietas sensoriales en las escuelas (Battle, et al. 2012).

Estas investigaciones en las que participaron los padres y los maestros acerca del conocimiento y la percepción de los Desórdenes del Procesamiento Sensorial y las dietas sensoriales, informó a los investigadores de que existe una conciencia limitada en estos grupos (Alibrandi, et al. 2014). Esto

pone de manifiesto la necesidad y la responsabilidad generales de los terapeutas ocupacionales de impartir más educación a los padres y maestros sobre estos temas (Alibrandi, et al. 2014). Para que se puedan abarcar las necesidades específicas del niño cuando existe un DPS, todos y cada uno de los profesionales que rodean al niño deben conocer el desorden por sí mismos. Cuando no es así, como indican estos estudios, los niños son a menudo mal diagnosticados o simplemente no son diagnosticados en absoluto (Alibrandi, et al. 2014).

Juliet Bertaut Copeland introdujo el Modelo Dieta Sensorial, “Un estilo de vida” en 2006, donde describe cómo una dieta sensorial se transforma en un “estilo de vida” para la familia que la implementa. Este modelo plantea que la terapeuta ocupacional y los padres realizan un trabajo en conjunto para abordar las necesidades del niño. Primero la terapeuta evalúa el Desorden del Procesamiento Sensorial específico del niño para realizar una selección de las actividades que más se adecuan a sus necesidades. Una vez que la terapeuta ocupacional y los padres logran participar de manera conjunta para abordar las necesidades del niño; se realiza una transferencia de conocimiento del terapeuta a los padres acerca de las características del desorden y las estrategias sensoriales a implementar. Esto transforma la visión que tienen de su hijo, facilitando la relación familiar. Este conocimiento que adquiere la familia acerca de los Desórdenes en el Procesamiento sensorial los empodera y les permite generalizar las estrategias para que puedan ser implementadas en diferentes entornos del niño. Es de esta manera, la dieta sensorial se transforma en un “estilo de vida” para las familias (Bertaut Copeland, 2006).

Coster (1998) sugiere que la medida del éxito de la intervención para un niño con Desorden en el Procesamiento Sensorial no era si había habido un cambio en su procesamiento sensorial, sino si había habido un cambio en su participación ocupacional en actividad, específicamente en aquellas que promovieran la satisfacción personal y apoyaran el crecimiento. La Terapia Ocupacional tiene como objetivo, entre tantos otros, favorecer esta participación del individuo en sus ocupaciones (American Occupational Therapy Association [AOTA], 2008). Es por esto que la práctica de la Teoría de Integración Sensorial se basa en los procesos sensoriales específicos del niño, considerando las

diversas barreras o facilitadores a la hora de participar en las actividades y ocupaciones de la vida diaria identificadas como prioridades ya sea por la familia como por el niño (Glennon, 2013). Una dieta sensorial se basa en los principios de la teoría de Ayers y está diseñado por un terapeuta ocupacional para satisfacer las necesidades sensoriales específicas y únicas de cada niño (Jorge, De Witt, Franzsen, 2013). El concepto de Ayres de proporcionar experiencias sensoriales graduadas, junto con actividades de juego dirigidas por niños, forman la base del concepto de una dieta sensorial (Schultz-Krohn, 2013).

2.2 Aspectos Metodológicos

2.2.1 Tipo de diseño

Ynoub (2009) refiere que el diseño de una investigación es una estrategia empírica que adopta el investigador buscando respuestas a su problema o contrastar sus hipótesis. Siguiendo a esta autora, el diseño de este Trabajo Final Integrador fue de tipo descriptivo, ya que buscó describir el comportamiento de variables. Continuando con esta línea, Sabino (1992) caracteriza a este tipo de diseño como aquellos que describen características fundamentales de conjuntos homogéneos de fenómenos. En este Trabajo Final Integrador se describieron los aspectos que las/ los terapeutas ocupacionales de Gran Buenos Aires consideran a la hora de confeccionar y utilizar dietas sensoriales y los métodos de medición de los resultados de la dieta sensorial para niños con Desorden en el Procesamiento Sensorial. Es decir, este trabajo buscó detallar cómo se confeccionan e implementan las dietas sensoriales al mismo tiempo que buscó especificar sus características, aspectos y métodos de uso al momento de medir los resultados.

Por otro lado, según la temporalidad de los datos, el Trabajo Final Integrador presentó un enfoque prospectivo. Esto es debido a que la información fue recabada por las integrantes del equipo a través de la utilización de una encuesta como instrumento, generando de esta modo nueva información.

Conforme al tipo de trabajo, se trató de un diseño de campo ya que los datos obtenidos fueron proveídos del “contexto inmediato de la recolección de información” (Forni et al., 1993; pág 8) a través del trabajo en concreto, es decir, la encuesta. Esta fue realizada por terapeutas ocupacionales de Gran Buenos Aires que trabajan con niños con Desorden en el Procesamiento Sensorial.

Considerando la posición del investigador, se trató de un estudio observacional o no experimental ya que el objetivo de esta investigación fue conocer el objeto tal como se presenta en la realidad. Es decir, se tomó la realidad sin ser modificada, basándose en la bibliografía y las experiencias de las/los profesionales. Las variables no fueron manipuladas de manera intencional, sino que se realizó una aproximación conceptual en donde se centró el interés del investigador y un lugar, escenario o categoría de personas que le brindaron la información (Forni et al., 1993; pág 9).

A su vez, con respecto al movimiento del objeto de estudio en el tiempo, se trató de un diseño transversal debido a que los datos fueron recolectados en un único momento o tiempo (Ynoub, 2009). El objetivo del Trabajo Final Integrador fue analizar el uso de dietas sensoriales por terapeutas ocupacionales en la actualidad en un contexto espacio-temporal definido, es decir, en la Gran Buenos Aires durante el año 2020.

Teniendo en cuenta la concepción de la realidad, el Trabajo Final Integrador presentó un diseño mixto. Esto es debido a que la investigación tuvo como objetivo recolectar y analizar tanto datos cuantitativos como cualitativos para responder al planteamiento del problema y los objetivos (Sampieri, Collado & Lucio, 2006). La mayor parte de los datos fueron analizados desde un enfoque cuantitativo, partiendo del análisis de datos medibles y excluyentes, utilizando métodos estadísticos, como por ejemplo tabla de frecuencias. Asimismo, los datos obtenidos fueron fragmentados y organizados en grupos para responder a los supuestos y objetivos planteados, siguiendo un patrón predecible y estructurado (Sampieri, et al., 2006). Por otro lado, se utilizó también un enfoque cualitativo para el análisis de las variables donde se permitió al encuestado una breve redacción para dar su respuesta, siendo este el caso de la variable “Aspectos considerados por el terapeuta ocupacional en la confección de una dieta sensorial”.

Para finalizar, es importante destacar que los métodos o estrategias que se utilizaron para el diseño corresponden tanto a métodos cualitativos como a métodos cuantitativos. El instrumento pensado para la recolección de datos fue la Encuesta; la misma se realizó a Terapeutas Ocupacionales desde un enfoque cuantitativo, debido a que buscó el análisis de datos medibles y excluyentes. Sin embargo, ciertas preguntas presentaron un enfoque cualitativo, ya que la información obtenida fue analizada a través del contenido de estas respuestas. Por lo tanto, en esta investigación se combinaron ambos tipos de enfoques metodológicos o concepciones de la realidad, cualitativas y cuantitativas. En la sección “Análisis de los datos” se especifica cómo se tomarán en cuenta tanto los datos cuantitativos como cualitativos del presente trabajo.

2.2.2 Caracterización del universo y muestra

El universo del presente Trabajo Final Integrador fue conformado por todas/os las/los terapeutas ocupacionales que utilizan dietas sensoriales actualmente con niños con Desorden en el Procesamiento Sensorial en su intervención desde el enfoque de Integración Sensorial, en Gran Buenos Aires.

Se seleccionaron como muestra de este Trabajo Final Integrador, según Rubio y Varas (2004), a informantes directos conformados por los/las terapeutas ocupacionales que cumplen con los criterios de inclusión de la investigación, pudiendo así recolectar información relevante.

El muestreo utilizado en el diseño fue de tipo no probabilístico (Briones 1989), ya que se pretendió estudiar a un colectivo específico de profesionales (Ochoa, 2015). Según el tipo de diseño de la muestra, no probabilístico e intencional, los encuestados fueron seleccionados al presentar criterios sustantivos que son definidos como criterios de pertenencia (Samaja, 1993). Por lo tanto, se seleccionó a los encuestados según las características relevantes que presentaron para los fines de la investigación (Samaja 2003), evitando la selección al azar. Se utilizó también el criterio “Bola de

Nieve”, descrito por Sampieri (2016) como la información obtenida a través de entrevistas sobre los individuos que presentan las características específicas para el estudio y sean susceptibles a responder. A través de la encuesta virtual, instrumento seleccionado para este Trabajo Final Integrador, se solicitó que “los individuos seleccionados para ser estudiados reclutan a nuevos participantes entre sus conocidos” (Ochoa, 2015; p1). En otros términos, se le pidió a los profesionales que formaban parte de la muestra, la difusión del instrumento a sus colegas, es decir, nuevos colaboradores que estén dispuestos a responder la encuesta.

Se comenzó con una muestra predeterminada, aumentando la misma en volumen a través del criterio bola de nieve. La encuesta fue enviada, en una primera instancia, vía mail a todas/os las/los terapeutas ocupacionales de Gran Buenos Aires que se encuentran en la plataforma de AISA (Asociación de Integración Sensorial Argentina), ya que presentan formación específica en la Teoría de Integración Sensorial (uno de los criterios de inclusión para la muestra).

Zona de Gran Buenos Aires	Cantidad de terapeutas ocupacionales certificadas por AISA
Zona Norte	41
Zona Oeste	14
Zona Sur	29
Zona Noroeste	3

AISA refiere que actualmente se encuentran 27 terapeutas ocupacionales en Gran Buenos Aires que han alcanzado el Nivel 3 de certificación en Integración Sensorial. Por otro lado, hay 60 profesionales en Gran Buenos Aires, que cuentan con la certificación completa. La suma de ambos grupos de terapeutas ocupacionales lleva a un total de 87 terapeutas ocupacionales que poseen formación en Integración Sensorial en Gran Buenos Aires según los datos oficiales de AISA. De las 43 profesionales que formaron parte de la muestra, el 51,16% poseía la certificación completa en

Integración Sensorial (Nivel 4), mientras que el 9,3% alcanzó el Nivel 3 de certificación. Es decir, que un total de 26 terapistas ocupacionales, que equivalen al 60% de la muestra, se encuentran registradas en los datos oficiales de la plataforma de AISA. Estas profesionales, por su grado de experiencia y conocimiento pueden ser claves para la investigación (Rubio y Varas 2004).

Al finalizar la encuesta, se le solicitó al terapeuta ocupacional que envíe la misma a aquellas/os colegas que cumplan con los criterios de inclusión. De esta manera, se contactó en primera instancia a un terapeuta ocupacional de AISA, a quien se le solicitó el envío de la encuesta a otro profesional por fuera de este aumentando así el número muestral. El mismo dependerá de la cantidad de terapeutas ocupacionales que completen y reenvíen el instrumento seleccionado.

Criterios de inclusión

- Ser terapeuta ocupacional
- Estar formada en Integración Sensorial
- Trabajar con niños con Desorden en el Procesamiento Sensorial
- Trabajar en Gran Buenos Aires
- Utilizar Dieta Sensorial

Criterios de exclusión

- Terapeutas ocupacionales que tienen menos de un año de experiencia laboral en Integración Sensorial.

2.2.3 Matriz de datos

Ver ANEXO B

Unidad de análisis

Cada uno/ a de los/ las Terapistas Ocupacionales formadas en Integración Sensorial que utilizan dieta sensorial y trabajan actualmente con niños con Desorden de Procesamiento Sensorial en Gran Buenos Aires.

Variables

(V = variable; R = valor; I = indicador)

CARACTERIZACIÓN DE LA MUESTRA

- **V1. Edad del terapeuta ocupacional.**

Definición operacional: Se refiere a la edad en años del profesional de Terapia Ocupacional desde el momento del nacimiento hasta el momento en que se realiza la encuesta.

R1: 22	R9:30	R18: 38
R2: 23	R10:31	R19: 39
R3: 24	R11:32	R20: 40
R4: 25	R12:33	R21: 41
R5: 26	R13: 34	R22: 42
R6: 27	R14: 35	R23: 43
R7: 28	R15: 36	R24: 44
R8: 29	R16:37	R25: 45

R26: 46

R32: 52

R38: 58

R27: 47

R33: 53

R39: 59

R28: 48

R34: 54

R40: 60

R29: 49

R35: 55

R41: Más de 60 años

R30: 50

R36: 56

R31: 51

R37: 57

I: Pregunta de la encuesta: ¿Qué edad tiene?

- **V2: Sexo Biológico del terapeuta ocupacional**

Definición operacional: refiere al sexo biológico del profesional.

R1: Femenino

R2: Masculino

I: Pregunta de la encuesta: Indique cuál es su sexo biológico.

- **V3: Años de experiencia trabajando con niños con Desorden en el Procesamiento Sensorial.**

Definición operacional: refiere a la cantidad de años que el profesional lleva trabajando con niños con Desorden en el Procesamiento Sensorial.

R1: 1-5

R3: 11-15

R5: 21-25

R2: 6-10

R4: 16-20

R6: 26-30

R7: 31-35

R8: 36-40

R9: Más de 40

I: Pregunta de la encuesta: ¿Cuántos años de experiencia tiene trabajando con niños con desorden en el Procesamiento Sensorial?

- **V4: Zona geográfica de Gran Buenos Aires donde el terapeuta ocupacional trabaja más horas.**

Definición operacional: Refiere a la localización geográfica dentro de Gran Buenos Aires donde el profesional se encuentra trabajando mayor cantidad de horas.

R1: Zona Norte

R2: Zona Sur

R3: Zona Oeste

I: Pregunta de la encuesta: ¿En qué partido de Gran Buenos Aires trabaja? (Seleccione el partido en el que trabaja más horas).

VARIABLES SUFICIENTES

- **V5: Formación en Integración Sensorial que presenta el terapeuta ocupacional.**

Descripción operacional: refiere a los conocimientos y capacitaciones que tiene el profesional en la Teoría de Integración Sensorial.

R: Dichos valores serán formulados en base a las respuestas obtenidas de la encuesta.

I: Pregunta de la encuesta: Especifique la formación en la Teoría de Integración Sensorial que posee.

- **V6: Conocimiento de formación específica en Dieta Sensorial que presenta el terapeuta ocupacional.**

Descripción operacional: refiere al conocimiento que tiene el profesional acerca de capacitaciones específicas sobre las Dietas Sensoriales.

R1: Si.

R2: No.

I: Pregunta de la encuesta: ¿Conoce formación específica sobre Dietas Sensoriales?

- **V7: Formación específica en Dieta Sensorial que conoce el terapeuta ocupacional.**

Descripción operacional: refiere a las capacitaciones acerca de dietas sensoriales que el profesional conoce.

R: Dichos valores serán formulados en base a las respuestas obtenidas de la encuesta.

I: Pregunta de la encuesta: Especifique formación que conoce sobre Dietas Sensoriales.

- **V8: Término que utiliza el terapeuta ocupacional en su práctica para referirse a una dieta sensorial.**

Descripción operacional: refiere al nombre que el terapeuta ocupacional utiliza en su práctica al referirse a una dieta sensorial.

R1: Dieta Sensorial

R3: Tips sensoriales

R2: Estrategias sensoriales

R4: Herramientas sensoriales

R5: Actividades sensoriales

R6: Otros

I: Pregunta en la encuesta: ¿Qué término utiliza usted en su práctica cuando sugiere un programa de actividades sensoriomotoras que le proporcionan al niño el input sensorial que necesita a lo largo del día?

- **V9: Frecuencia con la que el terapeuta ocupacional implementa dieta sensorial en niños con Desorden en el Procesamiento Sensorial.**

Descripción operacional: refiere al porcentaje con que el terapeuta ocupacional implementa dietas sensoriales con niños con Desórdenes del Procesamiento Sensorial.

R1: Menos del 25% de los niños.

R2: Del 25 al 50% de los niños.

R3: Del 51% al 75% de los niños.

R4: Más del 75% de los niños.

I: Pregunta en la encuesta De la población de niños con Desorden en el Procesamiento Sensorial que usted atiende ¿a qué porcentaje le indica una dieta sensorial?

ASPECTOS CONSIDERADOS POR EL TERAPEUTA OCUPACIONAL AL CONFECCIONAR UNA
DIETA SENSORIAL.

- **V10: Aspectos considerados por el terapeuta ocupacional en la confección de una dieta sensorial.**

Descripción operacional: Aspectos refiere a los datos relevantes que el/la terapeuta ocupacional tiene en cuenta al confeccionar una dieta sensorial.

R: Dichos valores serán formulados en base a las respuestas obtenidas de la encuesta.

I: Pregunta en la encuesta: ¿Qué aspectos tiene usted en cuenta para la confección de una Dieta Sensorial?

- *Aspectos principales tenidos en cuenta por el terapeuta ocupacional para la confección de una dieta sensorial.*

Descripción operacional: refiere a los tres aspectos principales que el/ la terapeuta ocupacional tiene en cuenta al confeccionar una dieta sensorial.

Características del Desorden en el Procesamiento Sensorial

- **V11: Características del Desorden en el Procesamiento Sensorial del niño que tiene en cuenta el terapeuta ocupacional al confeccionar una dieta sensorial.**

Descripción operacional: Se refiere a las conductas del niño ligadas a su Desorden en el Procesamiento Sensorial.

R1: Si.

R2: No.

I: En caso de que el encuestado seleccione uno de los valores dentro de “Características del Desorden en el Procesamiento Sensorial del niño” correspondiendo a la pregunta de la encuesta “Indique los tres aspectos principales que tiene en cuenta al confeccionar una dieta sensorial” se considera el valor “Si”.

- **V12: Orden en el que el terapeuta ocupacional prioriza las características del**

Desorden en el Procesamiento Sensorial del niño al confeccionar una dieta sensorial.

Descripción operacional: Refiere al nivel de importancia que el terapeuta ocupacional le otorga al Desorden en el Procesamiento Sensorial del niño al confeccionar una dieta sensorial.

R1: 0

R3: 2

R2: 1

R4: 3

I: Cuando el encuestado selecciona uno de los valores dentro de la opción de “Características particulares del Desorden en el Procesamiento Sensorial del niño” correspondiendo a la pregunta de la encuesta “Indique los tres aspectos principales que tiene en cuenta al confeccionar una dieta sensorial”. En caso de no seleccionar ningún valor, se considera el valor “0”.

Respuesta conductual del niño

- **V13: Respuesta conductual del niño frente a un estímulo sensorial que tiene en cuenta el terapeuta ocupacional al confeccionar una dieta sensorial.**

Descripción operacional: Se refiere al modo de actuar del niño frente a un estímulo externo, del ambiente.

R1: Si.

R2: No.

I: En caso de que el encuestado seleccione la opción de “Respuesta conductual del niño frente a un estímulo sensorial” correspondiendo a la pregunta de la encuesta “Indique los tres aspectos principales que tiene en cuenta al confeccionar una dieta sensorial” se considera el valor “Si”.

- **V14: Orden en el que el terapeuta ocupacional prioriza la respuesta conductual del niño frente a un estímulo sensorial que tiene en cuenta el terapeuta ocupacional al**

confeccionar una dieta sensorial.

Descripción operacional: Refiere al nivel de importancia que el terapeuta ocupacional le otorga al modo de actuar del niño frente a un estímulo, al confeccionar una dieta sensorial.

R1: 0

R3: 2

R2: 1

R4: 3

I: Cuando el encuestado selecciona uno de los valores dentro de la opción de “respuesta conductual del niño frente a un estímulo sensorial” correspondiendo a la pregunta de la encuesta “Indique los tres aspectos principales que tiene en cuenta al confeccionar una dieta sensorial”. En caso de no seleccionar ningún valor, se considera el valor “0”.

Contextos del niño

- **V15: Contextos del niño que tiene en cuenta el terapeuta ocupacional al confeccionar una dieta sensorial.**

Descripción Operacional: Se refiere a el/ los ambientes en los que el niño realiza sus actividades en su día a día.

R1: Si.

R2: No.

I: En caso de que el encuestado seleccione la opción de “Contexto del niño” correspondiendo a la pregunta de la encuesta “Indique los tres aspectos principales que tiene en cuenta al confeccionar una dieta sensorial” se considera el valor “Si”.

- **V16: Orden en el que el terapeuta ocupacional prioriza los contextos del niño al confeccionar una dieta sensorial.**

Descripción operacional: Refiere al nivel de importancia que el terapeuta ocupacional le otorga a el/ los ambientes en los que el niño realiza sus actividades en su día a día al confeccionar una dieta sensorial.

R1: 0

R3: 2

R2: 1

R4: 3

I: Cuando el encuestado selecciona uno de los valores dentro de la opción de “contextos del niño” correspondiendo a la pregunta de la encuesta “Indique los tres aspectos principales que tiene en cuenta al confeccionar una dieta sensorial”. En caso de no seleccionar ningún valor, se considera el valor “0”.

Rutina del niño

- **17: Rutina del niño que tiene en cuenta el terapeuta ocupacional al confeccionar una dieta sensorial.**

Descripción operacional: Se refiere a las actividades que el niño realiza diariamente.

R1: Si.

R2: No.

I: En caso de que el encuestado seleccione la opción de “Rutina del niño” correspondiendo a la pregunta de la encuesta “Indique los tres aspectos principales que tiene en cuenta al confeccionar una dieta sensorial” se considera el valor “Si”.

- **V18: Orden en el que el terapeuta ocupacional prioriza la rutina del niño al confeccionar una dieta sensorial.**

Descripción operacional: Refiere al nivel de importancia que el terapeuta ocupacional le otorga a

las actividades que el niño realiza diariamente al confeccionar una dieta sensorial.

R1: 0

R3: 2

R2: 1

R4: 3

I: Cuando el encuestado selecciona uno de los valores dentro de la opción de “Rutina del niño” correspondiendo a la pregunta en la encuesta “Indique los tres aspectos principales que tiene en cuenta al confeccionar una dieta sensorial”. En caso de no seleccionar ningún valor, se considera el valor “0”.

Modificaciones del ambiente

- **V19: Modificaciones del ambiente que tiene en cuenta el terapeuta ocupacional al confeccionar una dieta sensorial.**

Descripción operacional: Se refiere a los cambios realizados por el terapeuta ocupacional en el/los contextos donde el niño realiza sus ocupaciones.

R1: Si.

R2: No.

I: En caso de que el encuestado seleccione la opción de “Modificación del Ambiente” correspondiendo a la pregunta de la encuesta “Indique los tres aspectos principales que tiene en cuenta al confeccionar una dieta sensorial” se considera el valor “Si”.

- **V20: Orden en el que el terapeuta ocupacional prioriza la modificación del ambiente del niño al confeccionar una dieta sensorial.**

Descripción operacional: Refiere al nivel de importancia que el terapeuta ocupacional le otorga a cambios realizados por el mismo en el/los contextos donde el niño realiza sus ocupaciones, al

confeccionar una dieta sensorial.

R1: 0

R3: 2

R2: 1

R4: 3

I: Cuando el encuestado selecciona uno de los valores dentro de la opción de “modificación del ambiente” correspondiendo a la pregunta de la encuesta “Indique los tres aspectos principales que tiene en cuenta al confeccionar una dieta sensorial”. En caso de no seleccionar ningún valor, se considera el valor “0”.

Tipo de actividad sensoriomotora

- **V21: Tipo de actividad sensoriomotora que tiene en cuenta el terapeuta ocupacional al confeccionar una dieta sensorial.**

Descripción Operacional: Se refiere a la actividad sensorial y/o motora que el profesional elige a la hora de confeccionar una dieta sensorial.

R1: Si.

R2: No.

I: En caso de que el encuestado seleccione la opción de “Tipo de actividad sensoriomotora” correspondiendo a la pregunta de la encuesta “Indique los tres aspectos principales que tiene en cuenta al confeccionar una dieta sensorial” se considera el valor “Si”.

- **V22: Orden en el que el terapeuta ocupacional prioriza el tipo de actividad sensoriomotora al confeccionar una dieta sensorial.**

Descripción operacional: Refiere al nivel de importancia que el terapeuta ocupacional le otorga actividad sensorial y/o motora que el profesional elige a la hora de confeccionar una dieta sensorial

al confeccionar una dieta sensorial.

R1: 0

R3: 2

R2: 1

R4: 3

I: Cuando el encuestado selecciona uno de los valores dentro de la opción de “tipo de actividad sensoriomotora” correspondiendo a la pregunta de la encuesta “Indique los tres aspectos principales que tiene en cuenta al confeccionar una dieta sensorial”. En caso de no seleccionar ningún valor, se considera el valor “0”.

Recursos materiales

- **V23: Recursos materiales con los que cuenta la familia que tiene en cuenta el terapeuta ocupacional al confeccionar una dieta sensorial.**

Descripción Operacional: Se refiere a la importancia que el profesional le brinda tanto a las posibilidades de la familia para comprar materiales como a los materiales que ya tienen a la hora de planificar las actividades sugeridas en la dieta sensorial.

R1: Si.

R2: No.

I: En caso de que el encuestado seleccione la opción de “Recursos materiales con los que cuenta la familia” correspondiendo a la pregunta de la encuesta “Indique los tres aspectos principales que tiene en cuenta al confeccionar una dieta sensorial” se considera el valor “Si”.

- **V24: Orden en el que el terapeuta ocupacional prioriza los recursos materiales con los que cuenta la familia al confeccionar una dieta sensorial.**

Descripción operacional: Refiere al nivel de importancia que el terapeuta ocupacional le otorga a

tanto a las posibilidades de la familia para comprar materiales como a los materiales que ya tienen a la hora de planificar las actividades sugeridas en la dieta sensorial al confeccionarla.

R1: 0

R3: 2

R2: 1

R4: 3

I: Cuando el encuestado selecciona uno de los valores dentro de la opción de “contextos del niño” correspondiendo a la pregunta de la encuesta “Indique los tres aspectos principales que tiene en cuenta al confeccionar una dieta sensorial”. En caso de no seleccionar ningún valor, se considera el valor “0”.

Intensidad de la actividad sensoriomotora

- **V25: Intensidad de la actividad sensoriomotora que tiene en cuenta el terapeuta ocupacional al confeccionar una dieta sensorial.**

Descripción Operacional: Refiere a la cantidad de estímulo que la actividad sensoriomotora proporciona al niño.

R1: Si.

R2: No.

I: En caso de que el encuestado seleccione la opción de “Intensidad de la actividad sensoriomotora” correspondiendo a la pregunta de la encuesta “Indique los tres aspectos principales que tiene en cuenta al confeccionar una dieta sensorial” se considera el valor “Si”.

- **V26: Orden en el que el terapeuta ocupacional prioriza la intensidad de la actividad sensoriomotora al confeccionar una dieta sensorial.**

Descripción operacional: Refiere al nivel de importancia que el terapeuta ocupacional le otorga a

cantidad de estímulo que la actividad sensoriomotora proporciona al niño al confeccionar una dieta sensorial.

R1: 0

R3: 2

R2: 1

R4: 3

I: Cuando el encuestado selecciona uno de los valores dentro de la opción de “Intensidad de la actividad sensoriomotora” correspondiendo a la pregunta de la encuesta “Indique los tres aspectos principales que tiene en cuenta al confeccionar una dieta sensorial”. En caso de no seleccionar ningún valor, se considera el valor “0”.

Frecuencia de la actividad sensoriomotora

- **V27: Frecuencia de la actividad sensoriomotora que tiene en cuenta el terapeuta ocupacional al confeccionar una dieta sensorial.**

Descripción Operacional: Refiere a la cantidad de repeticiones que el niño debe realizar las actividades sensoriomotoras de la dieta sensorial a lo largo de un día.

R1: Si.

R2: No.

I: En caso de que el encuestado seleccione la opción de “Frecuencia de la actividad sensoriomotora” correspondiendo a la pregunta de la encuesta “Indique los tres aspectos principales que tiene en cuenta al confeccionar una dieta sensorial” se considera el valor “Si”.

- **V28: Orden en el que el terapeuta ocupacional prioriza la frecuencia de la actividad sensoriomotora al confeccionar una dieta sensorial.**

Descripción operacional: Refiere al nivel de importancia que el terapeuta ocupacional le otorga a la

cantidad de repeticiones que el niño debe realizar las actividades sensoriomotoras de la dieta sensorial a lo largo de un día al confeccionarla.

R1: 0

R3: 2

R2: 1

R4: 3

I: Cuando el encuestado selecciona uno de los valores dentro de la opción de “Frecuencia de la actividad sensoriomotora” correspondiendo a la pregunta de la encuesta “Indique los tres aspectos principales que tiene en cuenta al confeccionar una dieta sensorial”. En caso de no seleccionar ningún valor, se considera el valor “0”.

Duración de la actividad sensoriomotora

- **V29: Duración de la actividad sensoriomotora que tiene en cuenta el terapeuta ocupacional al confeccionar una dieta sensorial.**

Descripción operacional: Refiere al tiempo que transcurre entre el inicio de la actividad sensoriomotora hasta el final de la misma.

R1: Si.

R2: No.

I: En caso de que el encuestado seleccione la opción de “Duración de la actividad sensoriomotora” correspondiendo a la pregunta de la encuesta “Indique los tres aspectos principales que tiene en cuenta al confeccionar una dieta sensorial” se considera el valor “Si”.

- **V30: Orden en el que el terapeuta ocupacional prioriza la duración de la actividad sensoriomotora al confeccionar una dieta sensorial.**

Descripción operacional: Refiere al nivel de importancia que el terapeuta ocupacional le otorga al

tiempo que transcurre entre el inicio de la actividad sensoriomotora hasta el final de la misma al confeccionar una dieta sensorial.

R1: 0

R3: 2

R2: 1

R4: 3

I: Cuando el encuestado selecciona uno de los valores dentro de la opción de “Duración de la actividad sensoriomotora” correspondiendo a la pregunta de la encuesta “Indique los tres aspectos principales que tiene en cuenta al confeccionar una dieta sensorial”. En caso de no seleccionar ningún valor, se considera el valor “0”.

Motivación e intereses del niño

- **V31: Motivación e intereses del niño que tiene en cuenta el terapeuta ocupacional al confeccionar una dieta sensorial.**

Descripción operacional: Refiere a las cosas que al niño le resulten atractivas o placenteras y que pueden ser de utilidad para el profesional al planificar las actividades sensoriomotoras de la dieta sensorial.

R1: Si.

R2: No.

I: En caso de que el encuestado seleccione la opción de “Motivación e intereses del niño” correspondiendo a la pregunta de la encuesta “Indique los tres aspectos principales que tiene en cuenta al confeccionar una dieta sensorial” se considera el valor “Si”.

- **V32: Orden en el que el terapeuta ocupacional prioriza la motivación e intereses del niño confeccionar una dieta sensorial.**

Descripción operacional: Refiere al nivel de importancia que el terapeuta ocupacional le otorga a las cosas que al niño le resulten atractivas o placenteras y que pueden ser de utilidad para el profesional al planificar las actividades sensoriomotoras de la dieta sensorial al confeccionarla.

R1: 0

R3: 2

R2: 1

R4: 3

I: Cuando el encuestado selecciona uno de los valores dentro de la opción de “Motivación e intereses del niño” correspondiendo a la pregunta de la encuesta “Indique los tres aspectos principales que tiene en cuenta al confeccionar una dieta sensorial”. En caso de no seleccionar ningún valor, se considera el valor “0”.

Participación de la familia/cuidador en la planificación de objetivos

- **V33: Participación de la familia/cuidador en la planificación de objetivos que tiene en cuenta el terapeuta ocupacional al confeccionar una dieta sensorial.**

Descripción operacional: Se refiere a si el profesional involucra a la familia/cuidador del niño a la hora de planificar los objetivos.

R1: Si.

R2: No.

I: En caso de que el encuestado seleccione la opción de “Participación de la familia/cuidador en la planificación de objetivos” correspondiendo a la pregunta de la encuesta “Indique los tres aspectos principales que tiene en cuenta al confeccionar una dieta sensorial” se considera el valor “Si”.

- **V34: Orden en el que el terapeuta ocupacional prioriza la participación de la familia/cuidador en la planificación de objetivos al confeccionar una dieta sensorial.**

Descripción operacional: Refiere al nivel de importancia que el terapeuta ocupacional le otorga a que la familia/cuidador del niño se involucre a la hora de planificar los objetivos al confeccionar una dieta sensorial.

R1: 0

R3: 2

R2: 1

R4: 3

I: Cuando el encuestado selecciona uno de los valores dentro de la opción de “la participación de la familia/cuidador en la planificación de objetivos” correspondiendo a la pregunta de la encuesta “Indique los tres aspectos principales que tiene en cuenta al confeccionar una dieta sensorial”. En caso de no seleccionar ningún valor, se considera el valor “0”.

VARIABLES RELACIONADAS A LAS CARACTERÍSTICAS DEL NIÑO

- **V35: Nivel de consideración otorgado por el terapeuta ocupacional a las características particulares del Desorden en el Procesamiento Sensorial del niño al confeccionar una dieta sensorial.**

Descripción operacional: Refiere al nivel de importancia que le otorga el profesional a las características individuales y específicas del niño al confeccionar una dieta sensorial.

R1:1

R3:3

R5:5

R2:2

R4:4

I: Cuando el encuestado selecciona uno de los valores dentro de la opción de “Características particulares del Desorden en el Procesamiento Sensorial del niño” correspondiendo a la pregunta de la encuesta “Indique el nivel de consideración que le otorga a cada uno de los siguientes aspectos al confeccionar una Dieta Sensorial”.

- **V36: Nivel de consideración otorgado por el terapeuta ocupacional a la respuesta conductual del niño frente a un estímulo sensorial al confeccionar una dieta sensorial.**

Descripción operacional: Refiere al nivel de importancia que el terapeuta ocupacional tiene con respecto a la respuesta conductual del niño frente a un estímulo.

R1:1

R3:3

R5:5

R2: 2

R4:4

I: Cuando el encuestado selecciona uno de los valores dentro de la opción de “Respuesta conductual del niño frente a un estímulo sensorial” correspondiendo a la pregunta de la encuesta “Indique el nivel de consideración que le otorga a cada uno de los siguientes aspectos al confeccionar una Dieta Sensorial”.

- **V37: Nivel de consideración otorgado por el terapeuta ocupacional a la motivación e interés del niño al diseñar una actividad sensoriomotora.**

Descripción operacional: refiere al nivel de importancia que se le brinda a la motivación e interés del niño al diseñar una actividad sensoriomotora.

R1: 1

R2: 2

R3: 3

R4: 4

R5: 5

I: Cuando el encuestado selecciona uno de los valores dentro de la opción de “Motivación en intereses del niño” correspondiendo a la pregunta de la encuesta “Indique el nivel de consideración que le otorga a cada uno de los siguientes aspectos al confeccionar una Dieta Sensorial”.

VARIABLES RELACIONADAS A LA RUTINA Y CONTEXTO

- **V38: Nivel de consideración otorgado por el terapeuta ocupacional a la rutina y hábitos del niño al confeccionar una dieta sensorial.**

Descripción operacional: Refiere al nivel de consideración otorgado por el profesional a las actividades que el niño desempeña día a día y su forma habitual de realizarlas.

R1:1

R3: 3

R5: 5

R2: 2

R4:4

I: Cuando el encuestado selecciona uno de los valores dentro de la opción de “Rutina y hábitos del niño” correspondiendo a la pregunta de la encuesta “Indique el nivel de consideración que le otorga a cada uno de los siguientes aspectos al confeccionar una Dieta Sensorial”.

- *Componentes de la rutina que el terapeuta ocupacional tiene en cuenta al confeccionar una dieta sensorial.*

- **V39: Consideración por el terapeuta ocupacional de la agenda de actividades del**

niño al confeccionar una dieta sensorial.

Descripción operacional: Refiere al conocimiento y adecuación por parte del terapeuta ocupacional de las actividades realizadas por el niño a lo largo de su día.

R1: Si.

R2: No.

I: En caso de que el encuestado seleccione la opción de “Agenda de actividades del niño” correspondiendo a la pregunta de la encuesta “Indique los componentes de la rutina que tiene usted en cuenta al confeccionar la dieta sensorial” se considera el valor “Si”.

- **V40: Consideración por el terapeuta ocupacional de la disponibilidad del adulto responsable de implementar la dieta al confeccionar una dieta sensorial.**

Descripción operacional: Refiere al conocimiento y adecuación por parte del terapeuta ocupacional a la disponibilidad del adulto responsable para implementar la dieta sensorial con el niño.

R1: Si.

R2: No.

I: En caso de que el encuestado seleccione la opción de “Disponibilidad del adulto responsable de implementar la dieta” correspondiendo a la pregunta de la encuesta “Indique los componentes de la rutina que tiene usted en cuenta al confeccionar la dieta sensorial” se considera el valor “Si”.

- **V41: Consideración por el terapeuta ocupacional de la actividad o momento del día que le es más desafiante al niño, al confeccionar una dieta sensorial.**

Descripción operacional: Refiere a la atención e importancia que le presta el profesional de Terapia Ocupacional a los horarios o actividades que suelen representar mayores desafíos para el niño.

R1: Si.

R2: No.

I: En caso de que el encuestado seleccione la opción de “actividad o momento del día que le es más desafiante al niño” correspondiendo a la pregunta de la encuesta “Indique los componentes de la rutina que tiene usted en cuenta al confeccionar la dieta sensorial” se considera el valor “Si”.

- **V42: Nivel de consideración otorgado por el terapeuta ocupacional al contexto del niño al confeccionar una dieta sensorial.**

Descripción operacional: refiere a la importancia que el/ la terapeuta ocupacional le atribuye al contexto al momento de confeccionar una dieta sensorial, siendo 5 la mayor importancia y cinco la menor.

R1:1

R3: 3

R5: 5

R2: 2

R4: 4

I: Cuando el encuestado selecciona uno de los valores dentro de la opción de “Contexto del niño” correspondiendo a la pregunta de la encuesta “Indique el nivel de consideración que le otorga a cada uno de los siguientes aspectos al confeccionar una Dieta Sensorial”.

- *Contextos donde el terapeuta ocupacional implementa la dieta sensorial*
- **V43: Implementación de una dieta sensorial en la escuela.**

Descripción operacional: Refiere la ejecución de una dieta sensorial en el contexto escolar del niño.

R1: Si.

R2: No.

I: En caso de que el encuestado seleccione la opción de “Escuela” correspondiendo a la pregunta de la encuesta “Indique los contextos en los que implementa una dieta sensorial” se considera el valor “Si”.

- **V44: Implementación de una dieta sensorial en el hogar.**

Descripción operacional: Refiere la ejecución de una dieta sensorial en la casa del niño.

R1: Si.

R2: No.

I: En caso de que el encuestado seleccione la opción de “Hogar” correspondiendo a la pregunta de la encuesta “Indique los contextos en los que implementa una dieta sensorial” se considera el valor “Si”.

- **V45: Implementación de una dieta sensorial en actividades extracurriculares.**

Descripción operacional: Refiere la ejecución de una dieta sensorial en las actividades que el niño realiza por fuera de la escuela.

R1: Si.

R2: No

I: En caso de que el encuestado seleccione la opción de “Actividades extracurriculares” correspondiendo a la pregunta de la encuesta “Indique los contextos en los que implementa una dieta sensorial” se considera el valor “Si”.

- **V46: Implementación de una dieta sensorial en eventos sociales.**

Descripción operacional: Refiere la ejecución de una dieta sensorial en los eventos sociales en los que el niño participa.

R2: No

R1: Si.

I: En caso de que el encuestado seleccione la opción de “Eventos sociales” correspondiendo a la pregunta de la encuesta “Indique los contextos en los que implementa una dieta sensorial” se considera el valor “Si”.

- **V47: Implementación de una dieta sensorial en los traslados.**

Descripción operacional: Refiere la ejecución de una dieta sensorial en los recorridos que realiza el niño para llegar de un lugar a otro.

R1: Si.

R2: No.

I: En caso de que el encuestado seleccione la opción de “Traslados” correspondiendo a la pregunta de la encuesta “Indique los contextos en los que implementa una dieta sensorial” se considera el valor “Si”.

- **V48: Implementación de una dieta sensorial previo a las terapias.**

Descripción operacional: Refiere la ejecución de una dieta sensorial que el niño realiza antes de sus terapias.

R1: Si.

R2: No.

I: En caso de que el encuestado seleccione la opción de “Previo a las terapias” correspondiendo a la pregunta de la encuesta “Indique los contextos en los que implementa una dieta sensorial” se considera el valor “Si”.

- **V49: Implementación de una dieta sensorial en lugares de recreación.**

Descripción operacional: Refiere la ejecución de una dieta sensorial en los espacios de ocio y esparcimiento en los que el niño participa.

R1: Si.

R2: No.

I: En caso de que el encuestado seleccione la opción de “Lugares de recreación” correspondiendo a la pregunta de la encuesta “Indique los contextos en los que implementa una dieta sensorial” se considera el valor “Si”.

- **V50: Nivel de consideración otorgado por el terapeuta ocupacional a la modificación del ambiente al confeccionar una dieta sensorial.**

Descripción operacional: refiere al nivel de importancia que le presta el/ la terapeuta ocupacional a las modificaciones ambientales, es decir, a los cambios que se podrían llegar a realizar en el contexto que beneficien al niño.

R1:1

R3: 3

R5:5

R2: 2

R4: 4

I: Cuando el encuestado selecciona uno de los valores dentro de la opción de “Modificación del ambiente” correspondiendo a la pregunta de la encuesta “Indique el nivel de consideración que le otorga a cada uno de los siguientes aspectos al confeccionar una Dieta Sensorial”.

- **V51: Nivel de consideración otorgado por el terapeuta ocupacional a los recursos materiales disponibles con los que cuenta la familia al incorporar una dieta sensorial.**

Descripción operacional: Refiere al nivel de importancia que le presta el profesional a los materiales

que tiene la familia y el niño que son de utilidad para la implementación de la dieta sensorial.

R1:1

R3: 3

R5: 5

R2:2

R4: 4

I: Cuando el encuestado selecciona uno de los valores dentro de la opción de “Recursos materiales disponibles con los que cuenta la familia” correspondiendo a la pregunta de la encuesta “Indique el nivel de consideración que le otorga a cada uno de los siguientes aspectos al confeccionar una Dieta Sensorial”.

VARIABLES RELACIONADAS A LA ACTIVIDAD SENSORIOMOTORA

- **V52: Nivel de consideración otorgado por el terapeuta ocupacional a la selección del tipo de actividad sensoriomotora al confeccionar una dieta sensorial.**

Descripción operacional: Refiere al nivel de importancia que el/ la terapeuta ocupacional le presta a la selección del estímulo sensorial que predomina en la actividad al momento de confeccionar una dieta sensorial.

R1: 1

R3: 3

R5:5

R2: 2

R4: 4

I: Cuando el encuestado selecciona uno de los valores dentro de la opción de “Tipo de actividad sensoriomotora” correspondiendo a la pregunta de la encuesta “Indique el nivel de consideración que le otorga a cada uno de los siguientes aspectos al confeccionar una Dieta Sensorial”.

- *Actividades sensoriomotoras más utilizadas por el terapeuta ocupacional al confeccionar una dieta sensorial*

- **V53: Utilización de estímulos propioceptivos por parte del terapeuta ocupacional al confeccionar una dieta sensorial.**

Descripción operacional: Refiere al uso de actividades propioceptivas, es decir que requieran movimiento activo del cuerpo, en la dieta sensorial.

R1: Si.

R2: No.

I: En caso de que el encuestado seleccione la opción de “Estímulos Propioceptivos” correspondiendo a la pregunta de la encuesta “Indique los tres estímulos sensoriales que utiliza con mayor frecuencia al seleccionar el tipo de actividad sensoriomotora” se considera el valor “Si”.

- **V54: Utilización de estímulos vestibulares por parte del terapeuta ocupacional al confeccionar una dieta sensorial.**

Descripción operacional: Refiere al uso de actividades que impliquen la entrada de input vestibular en la dieta sensorial, como por ejemplo hamacarse en un columpio.

R1: Si.

R2: No.

I: En caso de que el encuestado seleccione la opción de “Estímulos Vestibulares” correspondiendo a la pregunta de la encuesta “Indique los tres estímulos sensoriales que utiliza con mayor frecuencia al

seleccionar el tipo de actividad sensoriomotora” se considera el valor “Si”.

- **V55: Utilización de estímulos táctiles por parte del terapeuta ocupacional al confeccionar una dieta sensorial.**

Descripción operacional: Refiere al uso de actividades que impliquen la entrada de input táctil en la dieta sensorial.

R1: Si.

R2: No.

I: En caso de que el encuestado seleccione la opción de “Estímulos Táctiles” correspondiendo a la pregunta de la encuesta “Indique los tres estímulos sensoriales que utiliza con mayor frecuencia a seleccionar el tipo de actividad sensoriomotora” se considera el valor “Si”.

- **V56: Utilización de estímulos gustativos por parte del terapeuta ocupacional al confeccionar una dieta sensorial.**

Descripción operacional: Refiere al uso de actividades que impliquen la entrada de input gustativo en la dieta sensorial.

R1: Si.

R2: No.

I: En caso de que el encuestado seleccione la opción de “Estímulos Gustativos” correspondiendo a la pregunta de la encuesta “Indique los tres estímulos sensoriales que utiliza con mayor frecuencia a seleccionar el tipo de actividad sensoriomotora” se considera el valor “Si”.

- **V57: Utilización de estímulos visuales por parte del terapeuta ocupacional al confeccionar una dieta sensorial.**

Definición operacional: Refiere al uso de actividades que impliquen la entrada de input visual en la

dieta sensorial.

R1: Si.

R2: No.

I: En caso de que el encuestado seleccione la opción de “Estímulos Visuales” correspondiendo a la pregunta de la encuesta “Indique los tres estímulos sensoriales que utiliza con mayor frecuencia a seleccionar el tipo de actividad sensoriomotora” se considera el valor “Si”.

- **V58: Utilización de estímulos auditivos por parte del terapeuta ocupacional al confeccionar una dieta sensorial.**

Definición operacional: Refiere al uso de actividades que impliquen la entrada de input auditivo en la dieta sensorial.

R1: Si.

R2: No.

I: En caso de que el encuestado seleccione la opción de “Estímulos Auditivos” correspondiendo a la pregunta de la encuesta “Indique los tres estímulos sensoriales que utiliza con mayor frecuencia a seleccionar el tipo de actividad sensoriomotora” se considera el valor “Si”.

- **V59: Utilización de estímulos olfativos por parte del terapeuta ocupacional al confeccionar una dieta sensorial.**

Definición operacional: Refiere al uso de actividades que impliquen la entrada de input olfativo en la dieta sensorial.

R1: Si.

R2: No.

I: En caso de que el encuestado seleccione la opción de “Estímulos Olfativos” correspondiendo a la pregunta de la encuesta “Indique los tres estímulos sensoriales que utiliza con mayor frecuencia a

seleccionar el tipo de actividad sensoriomotora” se considera el valor “Si”.

- **V60: Método utilizado con mayor frecuencia por el terapeuta ocupacional para la selección de la actividad sensoriomotora.**

Definición operacional: Refiere al método que el profesional utiliza con mayor frecuencia para determinar qué actividad sensoriomotora el niño va a realizar. Es decir, se busca conocer qué estrategia utiliza el profesional para seleccionar la actividad sensoriomotora que el niño va a realizar en la dieta sensorial.

R1: Se otorga un listado de actividades sensoriomotoras donde el niño/familia/cuidador pueden seleccionar la que deseen.

R2: Se le indica una actividad sensoriomotora específica que debe ser realizada.

R3: La elección de la actividad sensoriomotora se deja a libre interpretación del niño/familia/cuidador.

R4: La elección de la actividad sensoriomotora se consensua en conjunto con la familia/cuidador.

R5: Otros

I: Pregunta en la encuesta: Indique el método que utiliza con mayor frecuencia para la selección de la actividad sensoriomotora que se va a realizar.

- **V61: Nivel de consideración otorgado por el terapeuta ocupacional a la intensidad de la actividad sensoriomotora al confeccionar una dieta sensorial.**

Descripción operacional: Refiere al nivel de importancia que le presta el profesional a la intensidad

de la actividad sensoriomotora, considerando que la intensidad es la cantidad de input sensorial que el niño recibe en un tiempo determinado.

R1:1

R3:3

R5:5

R2: 2

R4:4

I: Cuando el encuestado selecciona uno de los valores dentro de la opción de “Intensidad de actividad sensoriomotora” correspondiendo a la pregunta de la encuesta “Indique el nivel de consideración que le otorga a cada uno de los siguientes aspectos al confeccionar una Dieta Sensorial”.

- **V62: Nivel de consideración otorgado por el terapeuta ocupacional a la frecuencia de la actividad sensoriomotora al confeccionar una dieta sensorial.**

Descripción operacional: Refiere al nivel de importancia que le presta el profesional a la frecuencia de la actividad sensoriomotora, considerando que la frecuencia es la cantidad de veces que se realizan las actividades sensoriomotoras en un día.

R1:1

R3:3

R5:5

R2: 2

R4:4

I: Cuando el encuestado selecciona uno de los valores dentro de la opción de “Frecuencia de actividad sensoriomotora” correspondiendo a la pregunta de la encuesta “Indique el nivel de consideración que le otorga a cada uno de los siguientes aspectos al confeccionar una Dieta Sensorial”.

- **V63: Frecuencia de la actividad sensoriomotora sugerida comúnmente por el terapeuta ocupacional al confeccionar una dieta sensorial.**

Descripción operacional: Refiere a cuántas veces por día el/ la terapeuta ocupacional indica que se realice la actividad.

R1: 1 o 2 veces por día.

R2: 3 o 4 veces por día.

R3: 5 o más veces por día.

R4: No especifico la frecuencia.

R5: Depende de las características particulares del niño y su familia/cuidador.

R6: Otros.

I: Pregunta en la encuesta: Indique la frecuencia con la que comúnmente sugiere las actividades sensoriomotoras.

- **V64: Nivel de consideración otorgado por el terapeuta ocupacional a la duración de la actividad sensoriomotora al confeccionar una dieta sensorial.**

Descripción operacional: Refiere al nivel de importancia que le presta el profesional a la duración de la actividad sensoriomotora, considerando que la duración es el tiempo que se implementa la actividad sensoriomotora.

R1:1

R2: 2

R3:3

R4:4

R5: 5

I: Cuando el encuestado selecciona uno de los valores dentro de la opción de “Duración de actividad sensoriomotora” correspondiendo a la pregunta de la encuesta “Indique el nivel de consideración que le otorga a cada uno de los siguientes aspectos al confeccionar una Dieta Sensorial”.

- **V65: Duración de la actividad sensoriomotora sugerida por el terapeuta ocupacional al confeccionar una dieta sensorial.**

Descripción operacional: Refiere a la longitud de tiempo en minutos que el/ la terapeuta ocupacional indica la actividad sensoriomotora.

R1: Menos de 5 minutos.

R6: No especificó la duración de la actividad.

R2: De 6 a 10 minutos.

R7: Depende de la actividad sensoriomotora a realizar.

R3: De 11 a 15 minutos.

R8: Depende de las características particulares del niño y su familia/cuidador

R4: De 16 a 20 minutos.

R5: Más de 20 minutos.

I: Pregunta en la encuesta: Indique la duración que comúnmente sugiere para las actividades sensoriomotoras.

VARIABLES RELACIONADAS A LAS OBJETIVOS

- **V66: Nivel de consideración otorgado por el terapeuta ocupacional a la planificación de objetivos al confeccionar una dieta sensorial.**

Descripción operacional: Refiere al nivel de importancia que le presta el profesional al formular y establecer los objetivos de la dieta sensorial.

R1:1

R3: 3

R5: 5

R2: 2

R4: 4

I: Cuando el encuestado selecciona uno de los valores dentro de la opción de “Planificación de objetivos” correspondiendo a la pregunta de la encuesta “Indique el nivel de consideración que le otorga a cada uno de los siguientes aspectos al confeccionar una Dieta Sensorial”.

- **V67: Modo en el que el terapeuta ocupacional plantea los objetivos al confeccionar una dieta sensorial.**

Descripción operacional: Refiere a cómo el terapeuta ocupacional plantea los objetivos al confeccionar una dieta sensorial.

R1: Los objetivos son planteados por los familiares/ cuidadores.

R2: Los objetivos son planteados por familiares/ cuidadores junto con el terapeuta.

R3: Los objetivos son planteados por el terapeuta y consultados con la familia.

R4: Los objetivos son planteados por el terapeuta únicamente.

R5: Otros

I: Pregunta en la encuesta: Indicar cómo generalmente se plantean los objetivos.

- **V68: Consideraciones del terapeuta ocupacional en el planteamiento de objetivos al confeccionar una dieta sensorial.**

Descripción operacional: Refiere a los aspectos o cosas que tiene en cuenta el terapeuta ocupacional al formular los objetivos de la dieta sensorial.

R: Dichos valores serán formulados en base a las respuestas obtenidas de la encuesta.

I: Pregunta en la encuesta: ¿Qué considera al plantear los objetivos que desea alcanzar con la implementación de una dieta sensorial?

MEDICIÓN DE LOS RESULTADOS DE LA DIETA SENSORIAL

- **V69: Métodos utilizados por el terapeuta ocupacional para medir los resultados de la dieta sensorial.**

Descripción operacional: Refiere a qué métodos usa el/ la terapeuta ocupacional para evaluar los resultados de la dieta sensorial.

R1: Formales estandarizados.

R2: Informales no estandarizados.

R3: Ambos.

R4: No utilizó ningún método.

I: Pregunta en la encuesta: ¿Qué métodos utiliza usted para medir los resultados esperados al implementar una dieta sensorial?

- **V70: Métodos formales/ estandarizados de medición de resultados de la dieta sensorial utilizados por el terapeuta ocupacional.**

Descripción operacional: Refiere a conocer qué métodos estandarizados o formales utiliza el/ la terapeuta ocupacional para evaluar los resultados de la dieta sensorial.

R: Dichos valores serán formulados en base a las respuestas obtenidas de la encuesta.

I: Pregunta en la encuesta: ¿Qué métodos formales/ estandarizados utiliza?.

- *Métodos informales/ no estandarizados de medición de resultados de la dieta sensorial utilizados por el terapeuta ocupacional*

- **V71: Observación del niño por el terapeuta ocupacional para medir los resultados de la dieta sensorial.**

Descripción operacional: Refiere a la observación que realiza el/ la terapeuta ocupacional al niño con el objetivo de evaluar informalmente los resultados de la dieta sensorial.

R1: Si.

R2: No.

I: En caso de que el encuestado seleccione la opción de “Observación del niño” correspondiendo a la pregunta de la encuesta “¿Qué métodos informales/ no estandarizados utiliza?” se considera el valor “Si”.

- **V72: Preguntas formuladas por el terapeuta ocupacional para los familiares/cuidadores/docentes para medir los resultados de la dieta sensorial.**

Descripción operacional: Refiere al método de evaluación informal que consiste en preguntar a los padres o cuidadores del niño acerca del desempeño, que permite identificar los resultados de la implementación de la dieta sensorial.

R1: Si.

R2: No.

I: En caso de que el encuestado seleccione la opción de “Preguntas a los familiares/cuidadores/docentes” correspondiendo a la pregunta de la encuesta “¿Qué métodos informales/ no estandarizados utiliza?” se considera el valor “Si”.

- **V73: Evaluaciones no estandarizadas realizadas por el terapeuta ocupacional para medir los resultados de la dieta sensorial.**

Descripción operacional: Refiere al método de evaluación informal que consiste de una evaluación que no fue validada y aprobada científicamente en una investigación.

R1: Si.

R2: No.

I: En caso de que el encuestado seleccione la opción de “Evaluaciones no estandarizadas” correspondiendo a la pregunta de la encuesta “¿Qué métodos informales/ no estandarizados utiliza?” se considera el valor “Si”.

- **V74: Comparación realizada por el terapeuta ocupacional sobre los cambios en el desempeño del niño a lo largo de la implementación de la dieta sensorial para medir los resultados de la dieta sensorial.**

Descripción operacional: Refiere a la evaluación informal que se realiza comparando el desempeño del niño antes de implementar una dieta sensorial y el desempeño cuando realiza la dieta sensorial.

R2: No.

R1: Si.

I: En caso de que el encuestado seleccione la opción de “Comparo los cambios en el desempeño del niño luego de un tiempo que comienzo a implementarla” correspondiendo a la pregunta de la encuesta “¿Qué métodos informales/ no estandarizados utiliza?” se considera el valor “Si”.

- **V75: Criterio de selección de métodos utilizados por el terapeuta ocupacional para medir los resultados de la dieta sensorial.**

Descripción operacional: Refiere a conocer qué criterios toma en cuenta el/ la profesional para escoger qué método utilizar al evaluar los resultados de la dieta sensorial.

R: Dichos valores serán formulados en base a las respuestas obtenidas de la encuesta.

I: Pregunta en la encuesta: ¿Con qué criterio decide utilizar cada uno?

2.2.4 Fuente e instrumento

Fuente

Los datos del Trabajo Final Integrador fueron obtenidos a través de fuentes primarias, es decir, datos recabados por el propio investigador. Los mismos, proporcionaron información de primera mano (Dankhe, 1989).

Para ello, se confeccionó una encuesta, definida por Bottinelli y Pawlowicz (2003) como una “estrategia de investigación que sirve para averiguar y describir características de amplias poblaciones, trabaja generalmente con muestras seleccionadas al azar y permite cuantificación.” (pág. 108). El instrumento utilizado fue confeccionado por los propios investigadores, debido a que

luego de la revisión bibliográfica, no se encontraron encuestas que investiguen acerca de la temática en cuestión y que cumplan con los objetivos establecidos.

Instrumento

Se realizó una encuesta con el objetivo de identificar los componentes que tienen en cuenta las/los terapeutas ocupacionales de Gran Buenos Aires al confeccionar una dieta sensorial para niños con Desorden del Procesamiento Sensorial y los métodos utilizados para medir los resultados de la misma (Ver ANEXO A). Inicialmente, la misma fue enviada vía mail a las/los 87 terapeutas ocupacionales cuyo correo electrónico se encontró en la lista de profesionales certificados por la Asociación de Integración Sensorial Argentina (AISA). Al finalizar la encuesta se les solicitó enviar el cuestionario a colegas u otros profesionales que cumplan con los criterios de inclusión, y a su vez estos se lo envíen a nuevos colegas. Como explica Rubio y Varas (2004), a través del uso de internet, se lleva a cabo la estrategia de muestreo de bola de nieve.

Asimismo, considerando el aislamiento preventivo, social y obligatorio impuesto por la República Argentina, dicho instrumento favoreció la recolección de datos de manera práctica, accesible y factible, respetando las medidas impuestas por el gobierno. A su vez, al tratarse de una encuesta online, otro beneficio fue la rapidez con la que se pudo enviar, completar y recibir el instrumento (Rubio et al., 2004). Esto también facilitó la velocidad de análisis de resultados por parte de los investigadores, lo cual simplificó el Trabajo Final Integrador. Cabe destacar que el costo de este instrumento fue nulo, lo que lo hizo aún más accesible.

La encuesta se conformó, principalmente, por preguntas cerradas cuyas respuestas ya estaban preestablecidas de antemano (Rubio y Varas 2004). Al contar con un cuestionario autoadministrado, el mismo requirió de sencillez y claridad a la hora de formular las preguntas (Rubio et al., 2004). Algunas preguntas cerradas fueron dicotómicas, es decir, que el encuestado debió elegir entre dos respuestas que suelen ser excluyentes o contrarias entre sí (Sí - No) (Rubio et al. 2004). Otras preguntas cerradas contaron con un listado de respuestas, que tenían una serie de ítems entre los

cuales se podía elegir una única opción. También, hubo ciertas preguntas en las que se podía seleccionar más de una respuesta, conocidas como preguntas cerradas de elección múltiple (Rubio et al. 2004). Por otro lado, la encuesta contó con preguntas semi cerradas añadiendo la respuesta “otros” al listado de respuestas, lo que permitió incluir nueva información que no fue prevista por el investigador. Por último, esta encuesta también presentó preguntas abiertas, las cuales no ofrecen una serie de respuestas establecidas y el encuestado tiene la libertad de responder lo que desee.

La encuesta como instrumento permitió una mayor sistematización de los datos a la hora de su análisis, lo que posibilitó la descripción de amplias poblaciones, encontrándose generalmente asociada con el tipo de diseño descriptivo, como es el caso de este Trabajo Final Integrador (Bottinelli & Pawlowicz, 2003).

Para evitar confusiones y establecer un lenguaje común, se proveyó la definición de dieta sensorial por Patricia Wilbarger previo a la pregunta “¿Utiliza usted dietas sensoriales en su práctica?”. De esta manera, se esperó que los encuestados respondan las preguntas tomando la definición brindada como base. A su vez, se realizaron descripciones o se proveyeron definiciones de ciertas palabras como “duración”, “frecuencia”, entre otras, para facilitar la comprensión de la pregunta por parte del encuestado.

En el Anexo D se encuentra de forma detallada el informe de pilotaje con las modificaciones que se realizaron del instrumento. A su vez, se encuentra el link para acceder a la encuesta a través de Google Forms.

2.2.5 Aspectos Éticos

A lo largo del Trabajo Final Integrador, se tuvieron presente las pautas éticas que rigen las investigaciones en la salud humana. Se consideraron los principios éticos básicos propuestos por el Ministerio de Salud, 2011, de respeto por las personas, la beneficencia y la justicia durante todo el trabajo.

El principio de “respeto por las personas” fue considerado a lo largo de toda la investigación debido a que se realizó una encuesta a profesionales de Terapia Ocupacional, quienes fueron capaces de deliberar sobre sus decisiones de manera autónoma, en función de sus intereses y valores (Ministerio de Salud, 2011). También, las personas encuestadas optaron por participar de la encuesta libremente.

El principio de “beneficencia” también se tuvo presente en el Trabajo Final Integrador debido a que se buscó conocer los aspectos que los/ las terapeutas ocupacionales de Gran Buenos Aires tienen en cuenta al confeccionar una dieta sensorial, enriqueciendo la práctica profesional. Además, al realizarse una encuesta vía mail, esta investigación no supuso ningún daño físico ni mental (Ministerio de Salud, 2011).

El tercer principio básico de ética es la “justicia”, que alude “...a la obligación ética de tratar a cada persona de manera equitativa, salvo que haya diferencias relevantes que justifiquen un trato distinto”, (Ministerio de Salud, 2011. Pág. 15). A lo largo de todo el Trabajo Final Integrador, y especialmente en la encuesta que se realizó, se tuvo un trato equitativo y de respeto hacia toda la población encuestada.

2.3 Plan de análisis

2.3.1 *Procesamiento y Sistematización*

El instrumento utilizado fue la encuesta. La misma fue confeccionada en la plataforma de Google Forms, permitiendo su difusión a través de un link (URL). Los miembros del Trabajo Final Integrador respondieron en una primera instancia la encuesta para evidenciar los errores y sugerir cambios, ya sea en el orden, como en la formulación de la pregunta y sus posibles respuestas. A su vez se realizó una prueba piloto de la encuesta participando de la misma cinco terapeutas ocupacionales, quienes no podían formar parte de la muestra final ya que no cumplían con el criterio de inclusión de trabajar

en Gran Buenos Aires. El informe acerca de dicha prueba piloto se encuentra en el Anexo D.

Se utilizó la plataforma de 'Hoja de cálculo' volcando, a través de la herramienta de Google Forms, todos los datos obtenidos de las encuestas. De esta manera, se construyó una única base de datos donde se evocó toda la información obtenida dentro de la tabla de encuestas (Ver ANEXO C). Esto fue posible ya que el Trabajo Final Integrador presentó una única Unidad de Análisis. Se otorgó un número simbólico a cada encuesta, ubicado en la primera columna de la tabla de encuestas, siendo el objetivo la organización de las mismas sin referir a una cantidad numérica; facilitando así la identificación de encuestas realizadas. Las preguntas de la encuesta fueron situadas en la fila superior, con sus respectivas variables por encima de las mismas. El cruce entre una unidad de análisis y una variable, refiere al valor de la misma, el dato.

Todos los datos obtenidos que se analizaron de manera cuantitativa fueron volcados en tablas de frecuencias correspondientes a cada variable. Siguiendo esta línea, para aquellos datos que se analizaron de manera cualitativa, se confeccionó un documento en la plataforma Documentos de Google con sus respectivas variables.

En el caso de aquellas encuestas que no cumplieron con los criterios de inclusión de este Trabajo Final Integrador, sus respuestas fueron eliminadas de la base de datos de Google Forms, sin realizar su transferencia a la tabla de Excel previamente mencionada. De este modo, las mismas no formaron parte del N muestral.

2.3.2 Análisis de los datos

Samaja (2002) hace referencia a los tipos de análisis que pueden ser realizados. Clasificándolos según su contenido, según el número de variables, según los objetivos y según el tipo de datos.

Considerando dichos criterios, podría inferirse que el análisis según su contenido se encontró centrado en las respuestas obtenidas de las encuestas realizadas por las/ los terapeutas ocupacionales. El objetivo de este análisis fue describir los aspectos que los/las terapeutas

ocupacionales de Gran Buenos Aires tienen en cuenta al confeccionar una dieta sensorial para niños con Desorden del Procesamiento Sensorial y describir los métodos que utilizan para medir los resultados en la implementación de la dieta sensorial.

Según el número de variables, el presente trabajo de investigación fue multivariado, ya que se tomaron en cuenta diversas variables de la unidad de análisis revelando información sobre la misma.

En cuanto a los objetivos, como se mencionó previamente, esta investigación pretendió describir los aspectos que los/las terapeutas ocupacionales de Gran Buenos Aires tienen en cuenta al confeccionar una dieta sensorial para niños con Desorden del Procesamiento Sensorial y describir los métodos que utilizan para medir los resultados en la implementación de una dieta sensorial. Pudiéndose decir, de esta manera, que se trató de un análisis descriptivo.

Los tipos de datos que fueron analizados son tanto cuantitativos como cualitativos debido a que la matriz de datos de la presente investigación contiene diversas variables.

El análisis de datos cuantitativos adoptado en este Trabajo Final Integrador se encontró centrado en las variables. Según Samaja (2002) en este análisis, cada variable o eje de análisis de la matriz de datos informa sobre el comportamiento de la población, es decir, de cada unidad de análisis respecto de uno de sus aspectos relevantes. Estos datos se vieron reflejados en las tablas de distribución de frecuencias sobre la plataforma de Hoja de Cálculo que serán detalladas a continuación. En estas tablas se evidenció la presentación de valores, es decir, los datos obtenidos en las respuestas de la encuesta, y su frecuencia de aparición en relación al total de encuestas realizadas. Se buscó obtener la frecuencia absoluta de cada valor para todas las variables, es decir, la cantidad de casos que se obtienen de cada valor, la frecuencia relativa, donde se buscó obtener la proporción del número total de datos que aparecen en cada valor; y la frecuencia porcentual, obteniendo la proporción del número total de datos que aparecen en cada valor expresado en porcentaje.

Por otra parte, para el análisis de los datos cualitativos se utilizaron diferentes herramientas del Documentos de Google, tales como resaltado en colores de las palabras claves, haciendo referencia

a alguna categoría, sobre la respuesta de las/los terapeutas pertenecientes a las preguntas cualitativas. Del mismo modo, se utilizó el subrayado, negrita y numeración. Estas herramientas permitieron el análisis del contenido de las respuestas obtenidas de las encuestas realizadas a terapeutas ocupacionales de Gran Buenos Aires que trabajan con niños con Desórdenes del Procesamiento Sensorial. Bottinelli (2003) sostiene que para el análisis de datos cualitativos es pertinente realizar anotaciones, recurrencias, ideas generales luego de varias lecturas y asociaciones entre los conceptos que aparecen reiteradas veces. Para organizar esta información, la autora considera necesario utilizar las variables de la matriz de datos como organizadores para analizar el contenido de las respuestas. Una vez volcadas las respuestas en el Documento de Google previamente mencionado, se obtuvieron ideas generales luego de la lectura recurrente de las mismas. De esta manera se confeccionaron categorías para la agrupación de datos de acuerdo a la repetición de las respuestas, otorgando a cada una un coloreado diferente.

La caracterización de la muestra se encuentra conformada por las variables de Edad del terapeuta ocupacional, Sexo biológico del terapeuta ocupacional, Años de experiencia del terapeuta ocupacional trabajando con niños con Desorden en el Procesamiento Sensorial y Zona geográfica de Gran Buenos Aires donde el terapeuta ocupacional trabaja más horas. Para ello fueron confeccionadas tablas de distribución de frecuencias permitiendo la obtención de datos específicos sobre las mismas.

El análisis de los datos obtenidos fue guiado por los objetivos específicos, los cuales fueron analizados de manera individual evaluando el cumplimiento de los mismos. A su vez, los objetivos específicos permiten corroborar el cumplimiento de los objetivos generales planteados por el equipo que conforma el Trabajo Final Integrador. En última instancia, se analizó y evidenció el cumplimiento de los supuestos que guiaban la investigación.

Para abordar los objetivos específicos que conforman al primer objetivo general se establecieron las siguientes dimensiones:

- **Rutina y contexto**

Dicha dimensión busca abordar el primer objetivo específico *“Identificar y describir el nivel de consideración que el/la terapeuta ocupacional le otorga a la rutina y a los contextos del niño para la confección y utilización de una dieta sensorial.”*

En primera instancia se identificó el nivel de consideración que el terapeuta ocupacional le otorga a la rutina y hábitos del niño, al contexto del niño, a las modificaciones ambientales y los recursos materiales disponibles con los que cuenta la familia al confeccionar una dieta sensorial. Del mismo modo se reveló el orden en el que el terapeuta ocupacional prioriza dichos aspectos.

Por otro lado, se describió la rutina y contextos del niño que el terapeuta ocupacional tiene en cuenta a la hora de confeccionar una dieta sensorial. Se evidenciaron los componentes de la rutina que el terapeuta ocupacional tiene en cuenta al confeccionar una dieta sensorial y él/los contextos donde la implementa.

- **Actividad sensoriomotora**

Esta dimensión busca abordar el segundo objetivo específico *“Identificar y describir el nivel de consideración que el/la terapeuta ocupacional le otorga a la actividad sensoriomotora para la confección y utilización de una dieta sensorial”.*

En primera instancia se identificó el nivel de consideración que el terapeuta ocupacional le otorga al tipo, intensidad, frecuencia y duración de la actividad sensoriomotora al confeccionar una dieta sensorial. Del mismo modo se reveló el orden en el que el terapeuta ocupacional prioriza dichos aspectos.

Por otro lado, se describieron las actividades sensoriomotoras más utilizadas por terapeutas ocupacionales al confeccionar una dieta sensorial, el método utilizado con mayor frecuencia para la selección de dichas actividades, y la frecuencia y la duración de la actividad sensoriomotora sugerida

comúnmente por el terapeuta ocupacional al confeccionar una dieta sensorial.

- **Características del niño**

Dicha dimensión busca abordar el tercer objetivo específico *“Identificar el nivel de consideración que el/la terapeuta ocupacional le otorga a las características particulares de cada niño para la confección y utilización de una dieta sensorial”*.

Se identificó el nivel de consideración que el terapeuta ocupacional le otorga a las características particulares del Desorden en el Procesamiento Sensorial del niño, la respuesta conductual del niño frente a un estímulo sensorial y la motivación e interés del niño al diseñar y confeccionar una dieta sensorial. Así mismo, se reveló el orden en el que el terapeuta ocupacional prioriza dichos aspectos.

- **Objetivos**

Esta dimensión busca abordar el cuarto objetivo específico *“Identificar y describir el nivel de consideración que el/la terapeuta ocupacional le otorga al planteamiento de objetivos para la confección de una dieta sensorial”*.

Se identificó, en primer lugar, el nivel de consideración que el terapeuta ocupacional le otorga a la planificación de objetivos al confeccionar una dieta sensorial. Así mismo, se reveló el orden en el que el terapeuta ocupacional prioriza dicho aspecto.

Por otro lado, se describió el modo en el que el terapeuta ocupacional plantea los objetivos al confeccionar una dieta sensorial y la consideración del terapeuta ocupacional en el planteamiento de objetivos al confeccionar una dieta sensorial.

A su vez, la encuesta confeccionada por el equipo de investigación del presente Trabajo Final Integrador, contiene tres preguntas específicas que tienen como propósito responder al primer objetivo general: *“¿Qué aspectos tiene usted en cuenta para la confección de una Dieta Sensorial?”*, *“Indique el nivel de consideración que le otorga a cada uno de los siguientes aspectos al confeccionar*

una Dieta Sensorial e *“Indique los tres aspectos principales que tiene en cuenta al confeccionar una dieta sensorial”*. Las respuestas obtenidas en cada una de las preguntas previamente descritas fueron comparadas, verificando si los datos recabados se asemejan entre sí, o son modificados a lo largo de la encuesta. Es decir, se observó si las respuestas que brindaron las terapistas ocupacionales concuerdan y responden lo mismo a lo largo de toda la encuesta.

Luego del análisis de los datos previamente mencionados que corresponden a dichos objetivos específicos, se corroboró el cumplimiento del primer objetivo general *“Describir los aspectos que los/las Terapistas Ocupacionales de Gran Buenos Aires tienen en cuenta al confeccionar una dieta sensorial para niños con Desorden del Procesamiento Sensorial”*. Del mismo modo, se comprobó el supuesto *“Si bien los/las terapistas ocupacionales de Gran Buenos Aires consideran las características del niño, su rutina y contexto, la actividad sensoriomotora y el planteamiento de objetivos; la mayor parte de los/las terapistas se centra en las características particulares del Desorden del Procesamiento Sensorial del niño, la respuesta conductual del mismo frente a un estímulo sensorial, su rutina y la planificación de objetivos”*.

Por otra parte, para abordar los objetivos específicos que conforman el segundo objetivo general se identificaron y analizaron los métodos utilizados por el terapeuta ocupacional para medir los resultados de la dieta sensorial.

El primer objetivo específico *“Identificar y describir los métodos Formales/ Estandarizados que los/las terapistas ocupacionales de Gran Buenos Aires utilizan para medir los resultados de una dieta sensorial”* fue abordado tras el análisis de la pregunta abierta *“¿Qué métodos formales/ estandarizados utiliza?”* para su descripción.

Así mismo, el segundo objetivo específico *“Identificar y describir los métodos Informales/ No estandarizados que los/las terapistas ocupacionales de Gran Buenos Aires utilizan para medir los*

resultados de una dieta sensorial” fue abordado tras el análisis de la pregunta abierta “*¿Qué métodos informales/ no estandarizados utiliza?*” para su descripción.

Por otro lado, se analizaron las respuestas a la pregunta “*¿Con qué criterio decide utilizar cada uno?*” a aquellos profesionales que refirieron utilizar ambos métodos de medición identificando el criterio que emplea para la selección de cada método.

Luego del análisis de datos previamente mencionados que corresponden a los objetivos específicos, se corroboró el cumplimiento del segundo objetivo general “*Describir los métodos que las/los terapistas ocupacionales de Gran Buenos Aires utilizan para medir los resultados en la implementación de una dieta sensorial*”. Del mismo modo, se comprobó el segundo supuesto “*Las/ los terapistas ocupacionales de Gran Buenos Aires que utilizan dieta sensorial, emplean métodos informales o no estandarizados por sobre los métodos formales o estandarizados para medir los resultados de la dieta sensorial*”.

En última instancia, fueron analizadas las variables que, si bien no respondieron a los objetivos generales y específicos planteados, pudieron aportar información enriquecedora a este Trabajo Final Integrador. Siendo las mismas: “*Formación en integración sensorial que presenta el terapeuta ocupacional*”, “*Conocimiento de formación específica en dieta sensorial que presenta el terapeuta ocupacional*”, “*Formación específica en dieta sensorial que conoce el terapeuta ocupacional*”, “*Termino que utiliza el terapeuta ocupacional en su práctica al implementar un programa de actividades sensoriomotoras*” y “*Frecuencia con la que el terapeuta ocupacional implementa dieta sensorial en niños con Desorden en el Procesamiento Sensorial*”

Luego del análisis de todos los datos obtenidos previamente mencionados, se confeccionaron diversos gráficos para la presentación de los datos. Los gráficos utilizados fueron: de columnas y

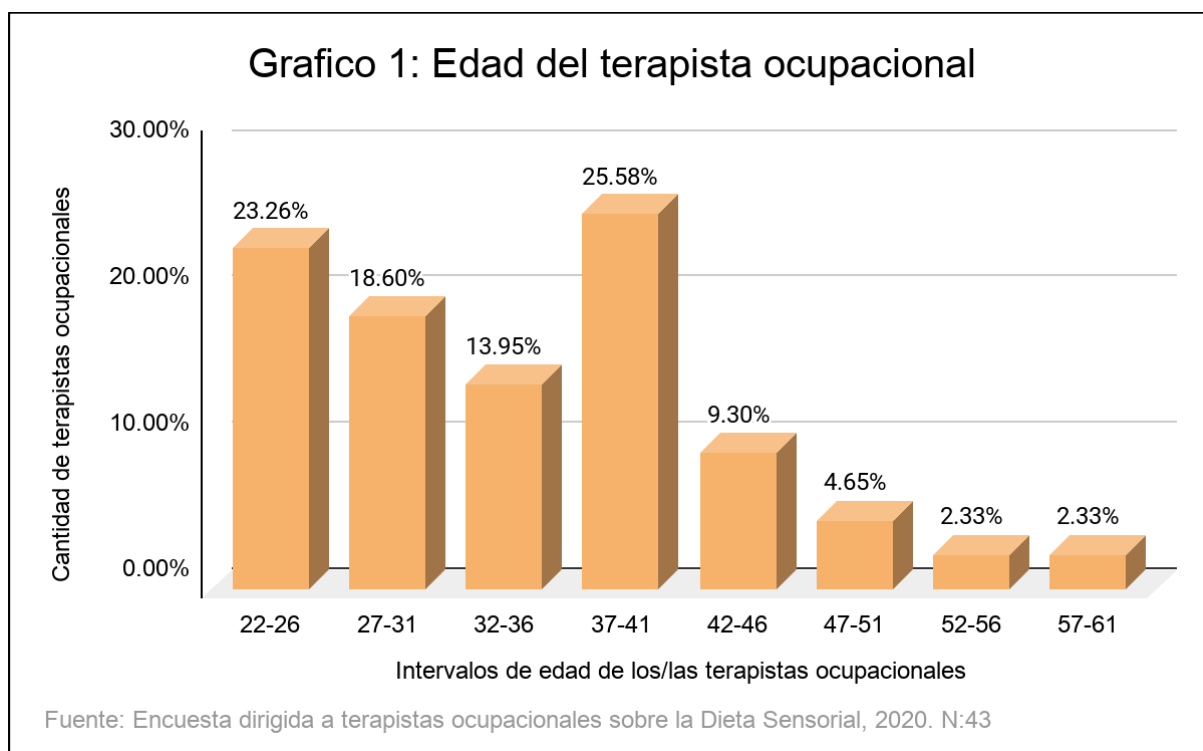
barras superpuestas al 100%, de columnas, de barras y de torta. Los mismos fueron confeccionados utilizando la plataforma “Hoja de cálculo” de Google.

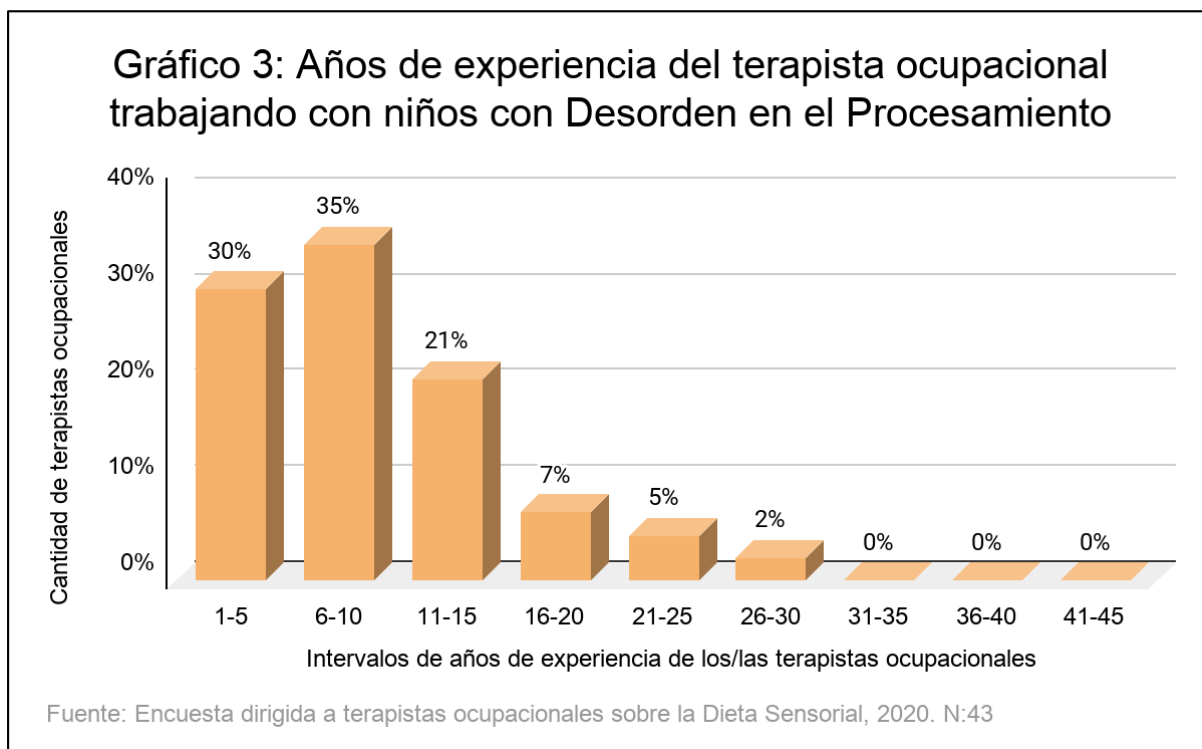
2.3.3 Presentación de los datos

Caracterización de la muestra

El número de terapistas ocupacionales que trabajan con niños con Desorden en el Procesamiento Sensorial en Gran Buenos Aires que participaron de la investigación fue de 43 (cuarenta y tres) profesionales. Todas las terapistas ocupacionales que participaron fueron de sexo biológico femenino, con un rango de edad que varió desde los 25 años hasta los 59 años. La edad promedio de las terapistas ocupacionales fue de 34,7% y la moda de 37. Su intervalo de años de experiencia varió entre 1 a 5 años y 26 a 30 años. Se destaca que el 65% de la muestra cuenta con 1 a 10 años de experiencia trabajando con dicha población.

En los gráficos 1 y 3 se evidencia lo dicho anteriormente.

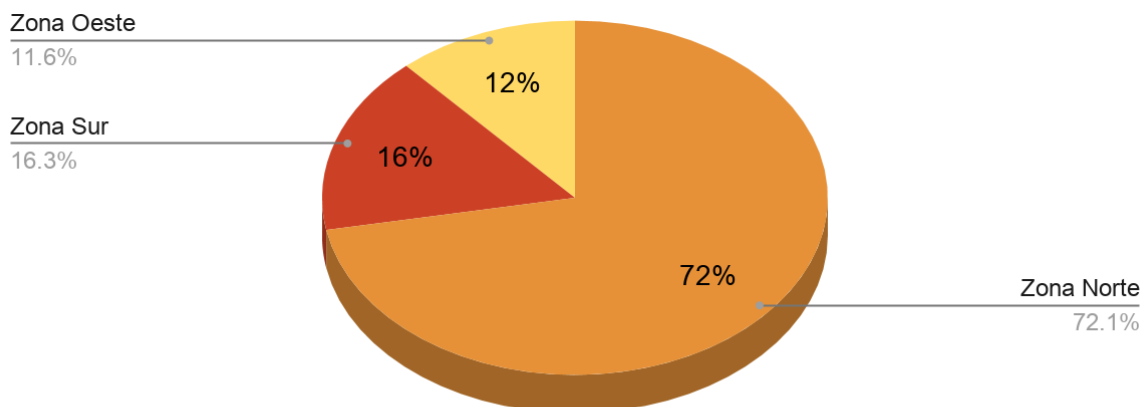




El 72% de las terapeutas ocupacionales de Gran Buenos Aires que formaron parte de la muestra trabajan en Zona Norte. Se cree que una de las razones que condiciona dicha respuesta se debe a que las integrantes del Trabajo Final Integrador residen y trabajan en Zona Norte, por lo que conocen y tienen mayor relación con profesionales de esta zona. Al tratarse de una persona conocida se conjetura que las mismas estaban más predispuestas a responder la encuesta.

En el gráfico 4 se ejemplifica lo mencionado anteriormente.

Gráfico 4: Zona geográfica de Gran Buenos Aires donde el terapeuta ocupacional trabaja más horas



Fuente: Encuesta dirigida a terapeutas ocupacionales sobre la Dieta Sensorial, 2020. N:43

Los resultados en cuanto a la formación de las terapeutas demuestran que si bien la certificación en la Teoría de Integración Sensorial no era un requisito para participar de la encuesta, el 76,74% de las profesionales que formaron parte de la muestra, realizaron capacitaciones en la Teoría de Integración Sensorial avaladas por la Asociación de Integración Sensorial Argentina (AISA). Se infiere que un gran porcentaje de la muestra ha realizado alguno de los cursos de la certificación debido a que las integrantes del equipo investigador enviaron un mail a 87 profesionales cuyos nombres aparecían en el “Listado de Terapeutas Ocupacionales Certificadas” que ofrece la Asociación Argentina de Integración Sensorial en su página web. Sin embargo, la encuesta también ha sido enviada a profesionales que no aparecían en dicho listado.

Del 76,74% de las profesionales que realizaron capacitaciones de AISA, el 51,16% de las profesionales alcanzó la “certificación completa” (Nivel 4), el 9,3% alcanzó el Nivel 3 de la certificación, “introducción, evaluación y tratamiento”; el 6,98% alcanzó el “Nivel 2” y el 9,3% realizó el “Nivel 1 de la certificación”. A su vez, el 30,23% del total de las profesionales encuestadas refirieron

obtener la formación en Integración Sensorial a través de la participación de otros cursos. Algunos de los fragmentos que hacen referencia a esto fueron los siguientes: “*cursos internacionales*”, “*cursos complementarios avanzados*” y “*Cursos varios, sin certificación*”.

Asimismo, es relevante destacar que en el año 2018, hubo un incremento del 93% de profesionales que realizaron su formación en Integración Sensorial (Reinoso y Lamas 2020). Se cree que en los últimos años, este modelo está en auge en la Argentina, específicamente para los profesionales que trabajan en el ámbito pediátrico. Es por ello que muchas terapistas ocupacionales actualmente buscan capacitarse en el modelo en cuestión.

El 62.8% de las profesionales encuestadas refirieron no conocer formación específica en Dieta Sensorial, evidenciando de esta manera la falta general de conocimiento y capacitación sobre dicha temática. El 37.2% restante de las profesionales encuestadas refirieron conocer formación específica en Dieta Sensorial. De dicho porcentaje, el 31,25% mencionó conocer dicha formación a través de los cursos de certificación en la Teoría de Integración Sensorial avalados por la Asociación de Integración Sensorial Argentina (AISA), que si bien explican la Teoría de Integración Sensorial, las evaluaciones y el tratamiento, no son específicos de dietas sensoriales. El 37,5% mencionó conocer formación específica a través de otros cursos, haciendo referencia a “*La obtenida a través de cursos*”, “*cursos realizados*”. A su vez, el 18,75% a través de referencias bibliográficas como “*libros*”, “*artículos*” o “*papers*” y el 18,75% a través de “*cursos y grupos de estudio*” brindados por “*María Rosa Nico*” sin especificar el aval por AISA. Las dos únicas profesionales argentinas mencionadas que dictan cursos de dietas sensoriales fueron María Rosa Nico y Gloria Chumbita. Por consiguiente, teniendo en cuenta los datos obtenidos de la encuesta, se puede evidenciar la falta de formación específica en dietas sensoriales en la Argentina.

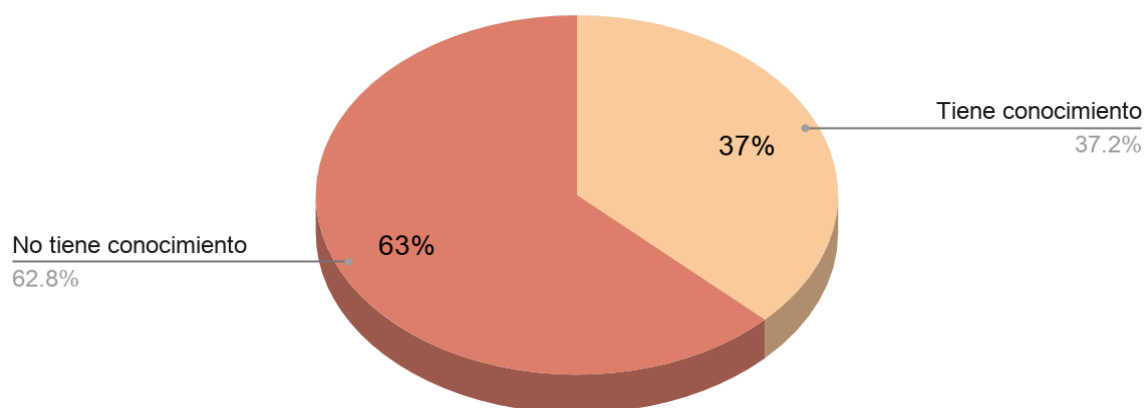
Por otro lado, tres respuestas no pudieron ser asignadas a ninguna categoría debido a que se considera que no responden de manera completa a la pregunta. Esto fue demostrado en los siguientes fragmentos: “*Sensory profile 1 y 2. SP short. SPM*”, “*Perfil Sensorial*” y “*winnie dunn*”. Las primeras dos respuestas hacen referencia a una evaluación, por lo que no pueden ser relacionadas

a la formación específica en dieta sensorial sobre la que se está indagando. A su vez, el fragmento “*winnie dunn*” se asocia con una reconocida autora de Integración Sensorial pero se desconoce si se la menciona por cursos específicos, bibliografía o webinars. Por lo tanto, esta respuesta tampoco formó parte del análisis.

Por último, 10 profesionales seleccionaron el valor “No” para la pregunta “¿Conoce formación específica sobre Dietas Sensoriales?”. Sin embargo, las mismas respondieron de manera válida a la pregunta “Especifique formación que conoce sobre Dietas Sensoriales”. Esto ocurrió debido a que no fue confeccionada una nueva sección para esta última pregunta en la plataforma de Formularios de Google. Por lo tanto, las terapistas ocupacionales tuvieron acceso a ella pudiendo contestar, a pesar de que la respuesta no era obligatoria para continuar con la encuesta. Algunas de las frases que hacen referencia a lo mencionado anteriormente son las siguientes: “*Lo dado en los cursos realizados de integración sensorial*”, “*Las aprendidas en los cursos realizados acerca del procesamiento sensorial*”, “*Se refiere a este tema en todos los cursos de Intervención de IS*” y “*la que brindan en las capacitaciones recibidas*”. Todas estas respuestas podrían haber sido consideradas dentro del análisis de los datos asignándoles una categoría, con excepción de la respuesta “*No existen cursos de formación sobre dietas sensoriales*”.

En el gráfico 5 se ejemplifica lo mencionado anteriormente.

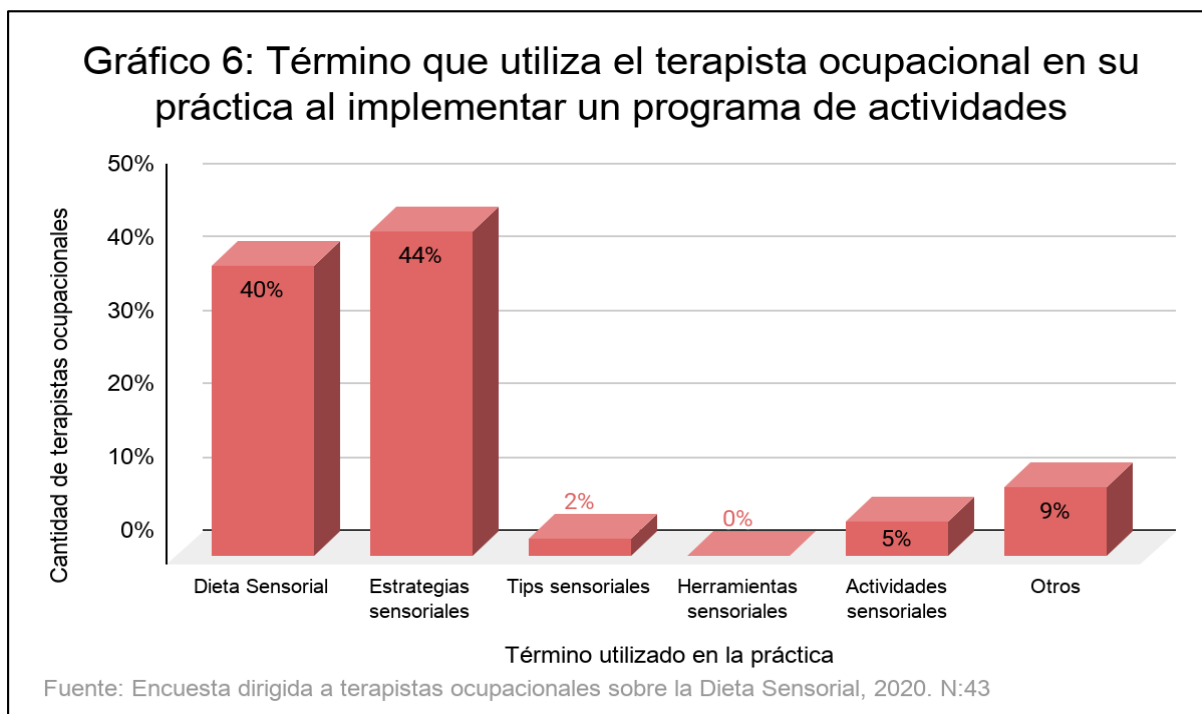
Gráfico 5: Conocimiento de formación específica en Dieta Sensorial que presenta el terapeuta ocupacional



Fuente: Encuesta dirigida a terapeutas ocupacionales sobre la Dieta Sensorial, 2020. N:43

Al preguntar por el término que las terapeutas ocupacionales utilizan para referirse a *“Un programa de actividades sensoriomotoras que le proporcionan al niño el input sensorial que necesita a lo largo del día”*, las profesionales contestaron once términos o formas de llamarlo distintos. Sorprendentemente para las integrantes del equipo, quienes pensaban que el término “Dieta Sensorial” iba a ser el predilecto por la mayoría de las encuestadas, el término más seleccionado fue “Estrategias Sensoriales” con un 44% de aparición, quedando el término “Dietas Sensoriales” en un segundo lugar con el 40%. A su vez, el 5% de las encuestadas refirieron utilizar el término “Actividades sensoriales”, mientras que el 2% seleccionó “Tips Sensoriales”. Las respuestas pertenecientes a la opción “Otros” son: *“Adecuo el término según la capacidad de entendimiento de los papás (tips..estrategias.. actividades)”*, *“oportunidades”*, *“Dependiendo de la familia, pero en general lo llamó Dieta S”* y *“Modificación del ambiente”*.

El gráfico 6 da cuenta de los resultados obtenidos en relación al término utilizado por las terapeutas ocupacionales.



Aspectos que las terapeutas ocupacionales de Gran Buenos Aires tienen en cuenta al confeccionar una dieta sensorial para niños con Desórdenes en Procesamiento Sensorial.

A continuación se desarrollan los resultados obtenidos de cada objetivos específicos que que se relacionan con el siguiente objetivo general: *“Describir los aspectos que los/las Terapeutas Ocupacionales de Gran Buenos Aires tienen en cuenta al confeccionar una dieta sensorial para niños con Desorden del Procesamiento Sensorial”*. Los datos obtenidos para responder a este objetivo fueron recabados de las respuestas correspondientes a los aspectos considerados por el terapeuta ocupacional al confeccionar una dieta sensorial. Cada una de las siguientes categorías responde a un objetivo específico. A su vez, dentro de cada categoría se encuentran los aspectos considerados para la confección de una dieta sensorial que forman parte de la misma.

- **Rutina y contexto**

1) Rutina y hábitos del niño

- 2) Contexto del niño
- 3) Modificación del ambiente
- 4) Recursos materiales disponibles con los que cuenta la familia

- **Actividad sensoriomotora**

- 5) Selección del tipo de actividad sensoriomotora
- 6) Intensidad de la actividad sensoriomotora
- 7) Frecuencia de la actividad sensoriomotora
- 8) Duración de la actividad sensoriomotora

- **Características del niño**

- 9) Características particulares del Desorden en el Procesamiento Sensorial del niño
- 10) Respuesta conductual del niño frente a un estímulo sensorial
- 11) Motivación e interés del niño

- **Objetivos**

- 12) Planificación de objetivos

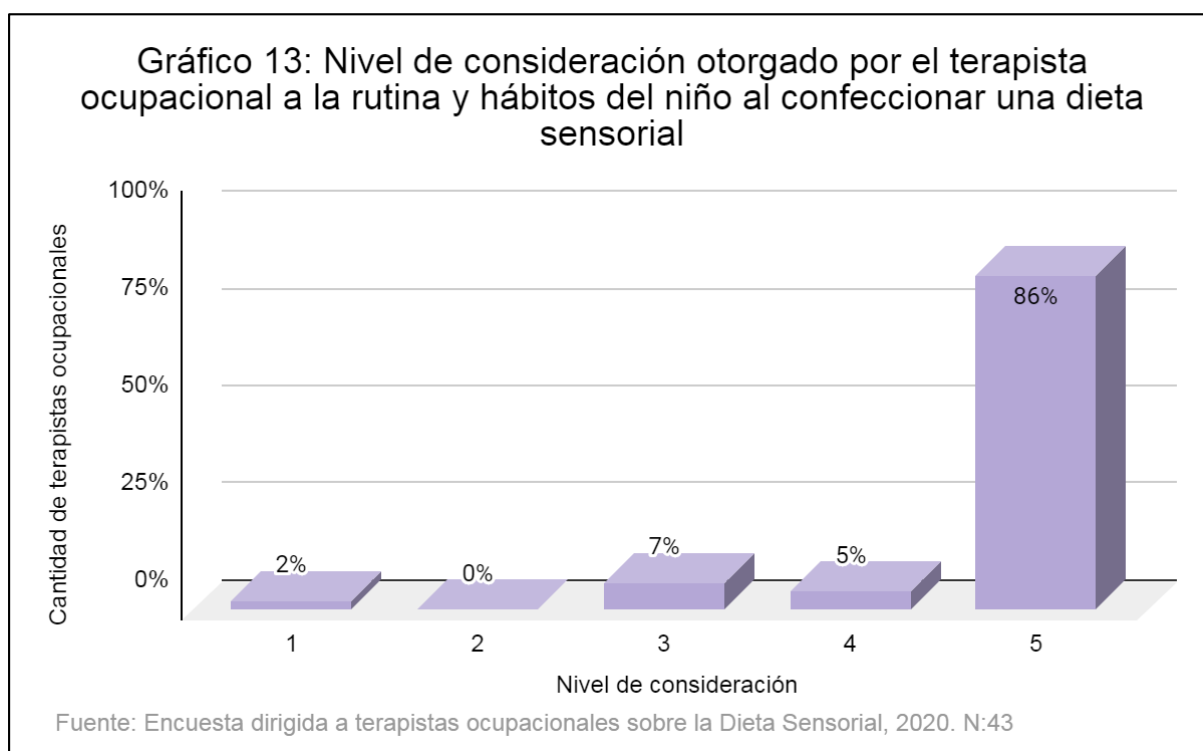
Primer objetivo específico

El primer objetivo específico fue *"Identificar y describir el nivel de consideración que el/la terapeuta ocupacional le otorga a la **rutina** y a los **contextos** del niño para la confección y utilización de una dieta sensorial."*

En un primer lugar, se buscó identificar el nivel de consideración que el terapeuta ocupacional le otorga a la rutina y hábitos del niño, al contexto del niño, a las modificaciones ambientales y a los recursos materiales disponibles con los que cuenta la familia al confeccionar una dieta sensorial.

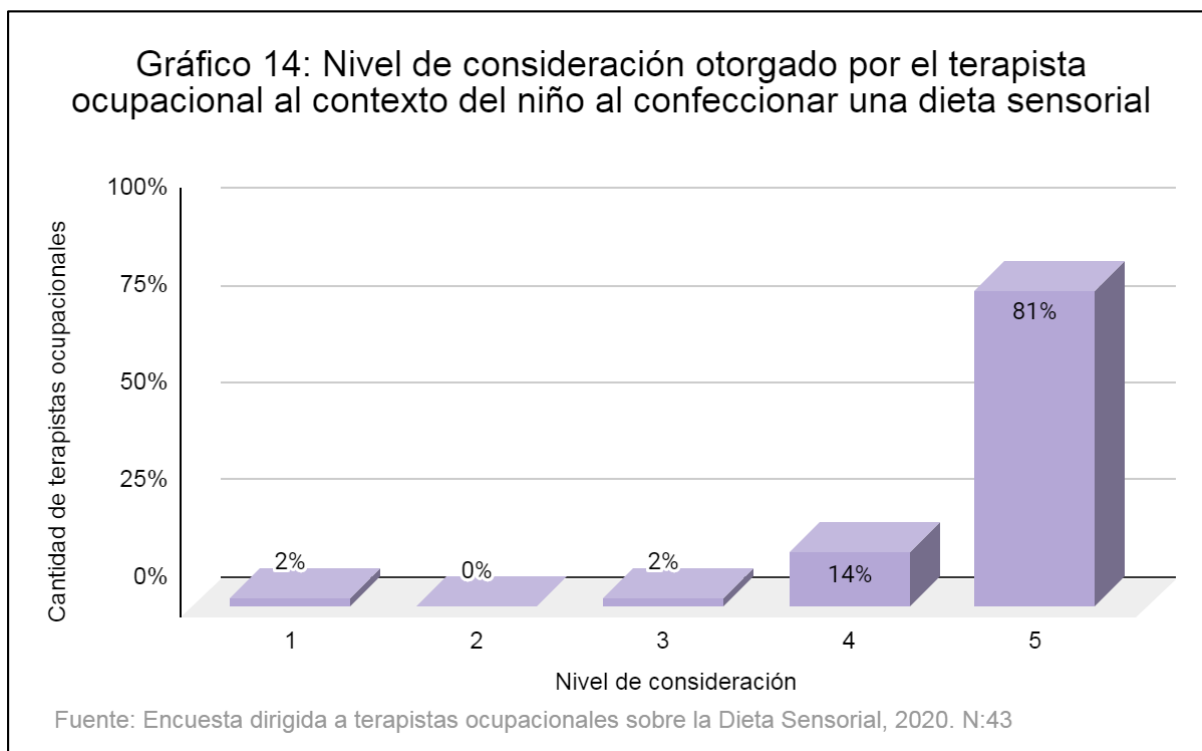
De acuerdo al nivel de consideración que las terapistas ocupacionales le otorgaron a cada uno de los aspectos mencionados, el 86% de las profesionales encuestadas refirió otorgar un Nivel 5 de consideración a la “Rutina y hábitos del niño” al confeccionar una dieta sensorial. Del mismo modo, el 5% de la muestra le otorgó un Nivel 4, mientras que el 7% de encuestados un Nivel 3 de consideración. Por último, el 2% de la muestra refirió otorgar un Nivel 1 de consideración. A través de los resultados obtenidos del análisis de datos se puede concluir que el aspecto “Rutina y hábitos del niño” ocupa el tercer nivel de consideración otorgado por las terapistas ocupacionales de Gran Buenos Aires en la actualidad.

Los datos mencionados se pueden ver reflejados en el Gráfico 13.



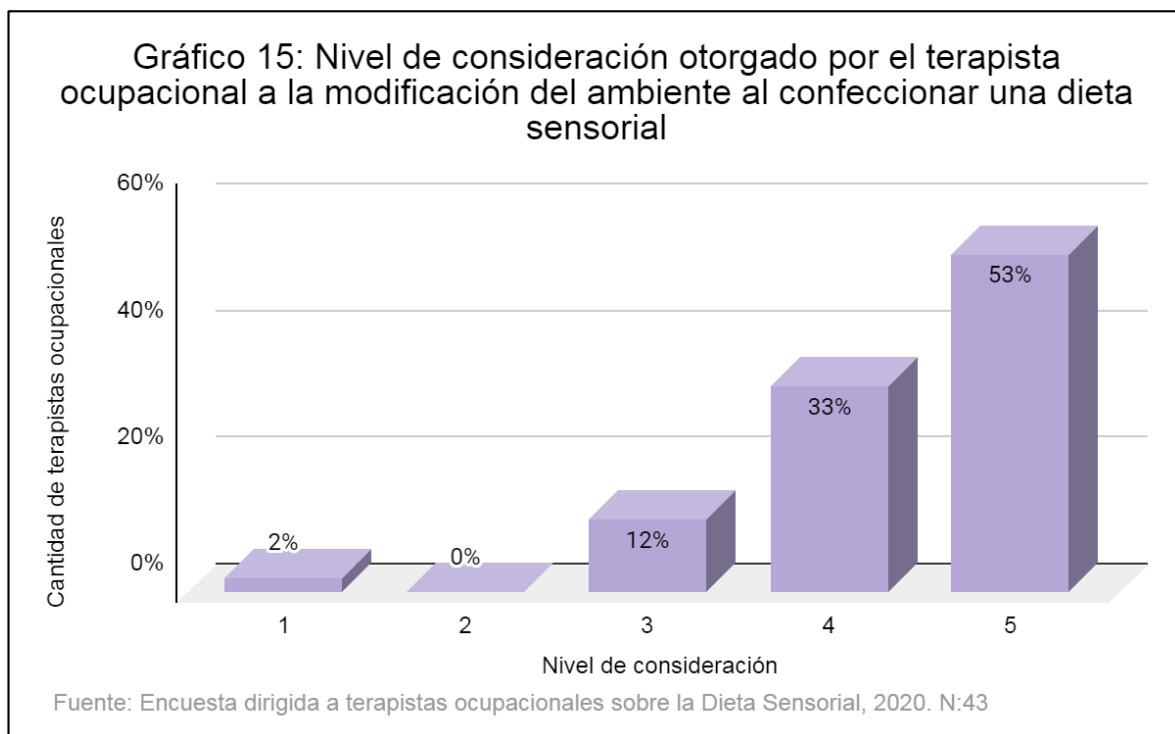
El 81% de las profesionales encuestadas refirió otorgar un nivel 5 de consideración al “Contexto del niño” al confeccionar una dieta sensorial. Siguiendo con la misma línea, el 14% de los encuestados indicó otorgar un Nivel 4 de consideración, mientras que el Nivel 1 y 3 recibieron un 2%

cada uno del total de terapeutas ocupacionales encuestados. En el Gráfico 14 se pueden observar lo dicho anteriormente. A través de los resultados obtenidos del análisis de datos se puede concluir que el aspecto “Contexto” ocupa el quinto nivel de consideración otorgado por las terapeutas ocupacionales de Gran Buenos Aires en la actualidad.



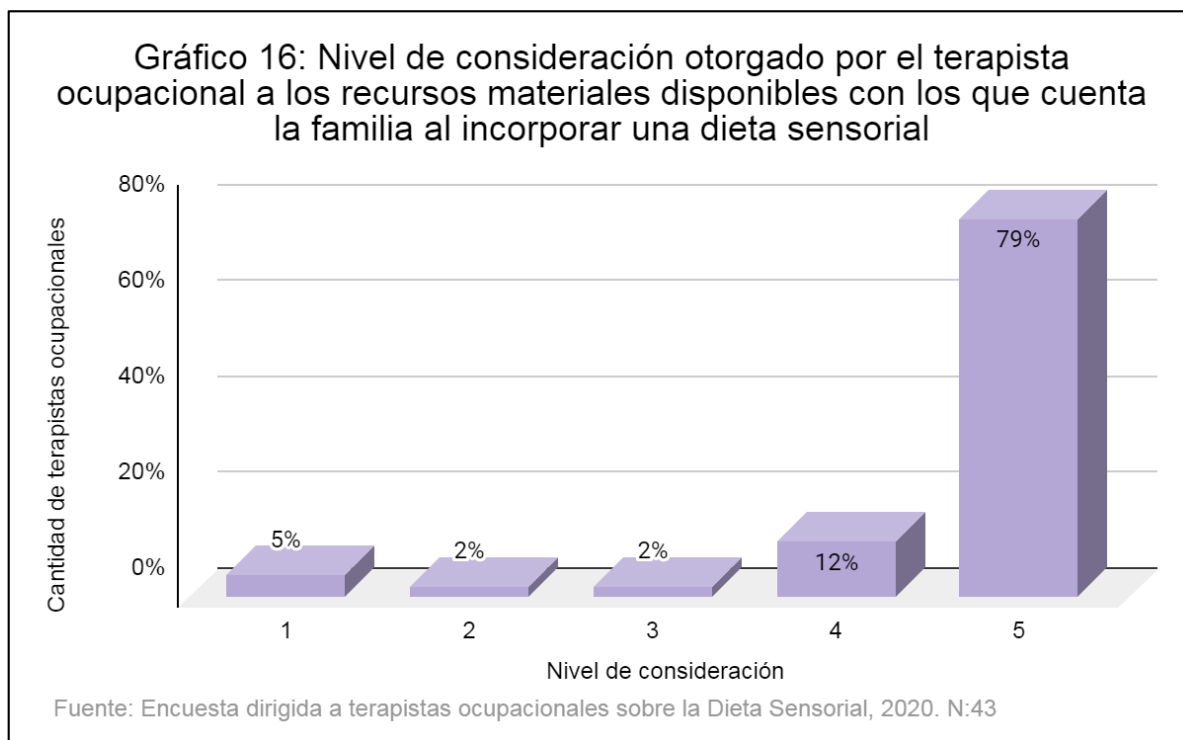
El 53% de las profesionales encuestadas refirió otorgar un Nivel 5 de consideración a la “Modificación del ambiente” al confeccionar una dieta sensorial. Así mismo, el 33% de la muestra indicó otorgar un Nivel 4, mientras que el 12% de encuestados otorga un Nivel 3 de consideración. Por último, el 2% del total de la muestra refiere otorgar un Nivel 1 de consideración.

En el Gráfico 15 se observa lo mencionado con anterioridad.



El 79% de las profesionales encuestadas refirió otorgar un Nivel 5 de consideración a los “Recursos materiales disponibles con los que cuenta la familia” al incorporar una dieta sensorial. Así mismo, el 12% de la muestra indicó otorgar un Nivel 4, mientras que el Nivel 2 y 3 fue seleccionado por el 2% de terapeutas ocupacionales encuestados. El 5% restante refiere otorgar un Nivel 1 de consideración.

Los valores son presentados en el Gráfico 16.



Asimismo se buscó **identificar** el orden en el que el terapeuta ocupacional prioriza los aspectos de la rutina y hábitos del niño, el contexto del niño, las modificaciones ambientales y los recursos materiales disponibles con los que cuenta la familia al confeccionar una dieta sensorial, utilizando una escala de valor de 0 a 3. Siendo cero la menor prioridad y tres la mayor prioridad.

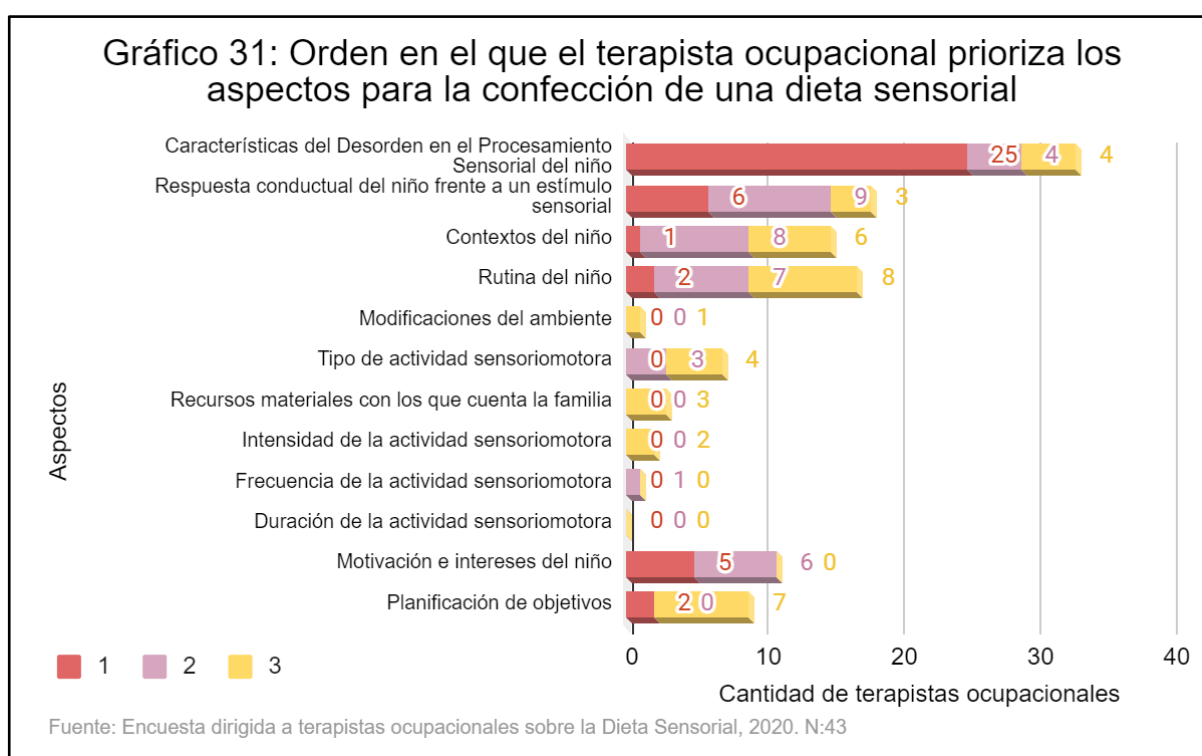
La categoría “Rutina del niño” fue seleccionada como principal aspecto por dos terapeutas ocupacionales, seguido de siete respuestas como segundo aspecto principal y por ocho como tercero. En comparación con los otros aspectos, el mismo fue seleccionado por el mayor número de encuestadas como el tercer aspecto principal tenido en cuenta para la confección de una dieta sensorial.

El aspecto “Contexto del niño” fue seleccionado como principal aspecto por un terapeutas ocupacionales, por ocho como segundo aspecto principal y por seis en tercer lugar. Si bien solo una encuestada seleccionó “Contexto del niño” como aspecto principal, pertenece al cuarto puesto de aspectos principales tenidos en cuenta para la confección de una dieta sensorial, debido al alto

número de profesionales que lo priorizaron en el segundo y tercer lugar, obteniendo un total de 15 profesionales que lo consideraran entre los primeros tres aspectos principales.

El aspecto “Modificaciones ambientales” fue seleccionado por una terapeuta ocupacional que le otorgó el Nivel 3 en el orden de prioridad y el aspecto “Recursos materiales disponibles con los que cuenta la familia” fue escogido por 3 profesionales que lo priorizan como tercer aspecto.

A continuación, se presenta el Gráfico 31, donde se evidencian los datos explicados con anterioridad.



En segundo lugar, el Trabajo Final Integrador buscó **describir** los aspectos de la rutina y contextos del niño que el terapeuta ocupacional tiene en cuenta a la hora de confeccionar una dieta sensorial.

En relación a la “Rutina del niño”, el 91% de las terapeutas ocupacionales que participaron de la encuesta refirieron considerar la **actividad o momento del día que le resulta más desafiante al niño**, como uno de los componentes de la rutina del niño que tienen en cuenta al confeccionar la

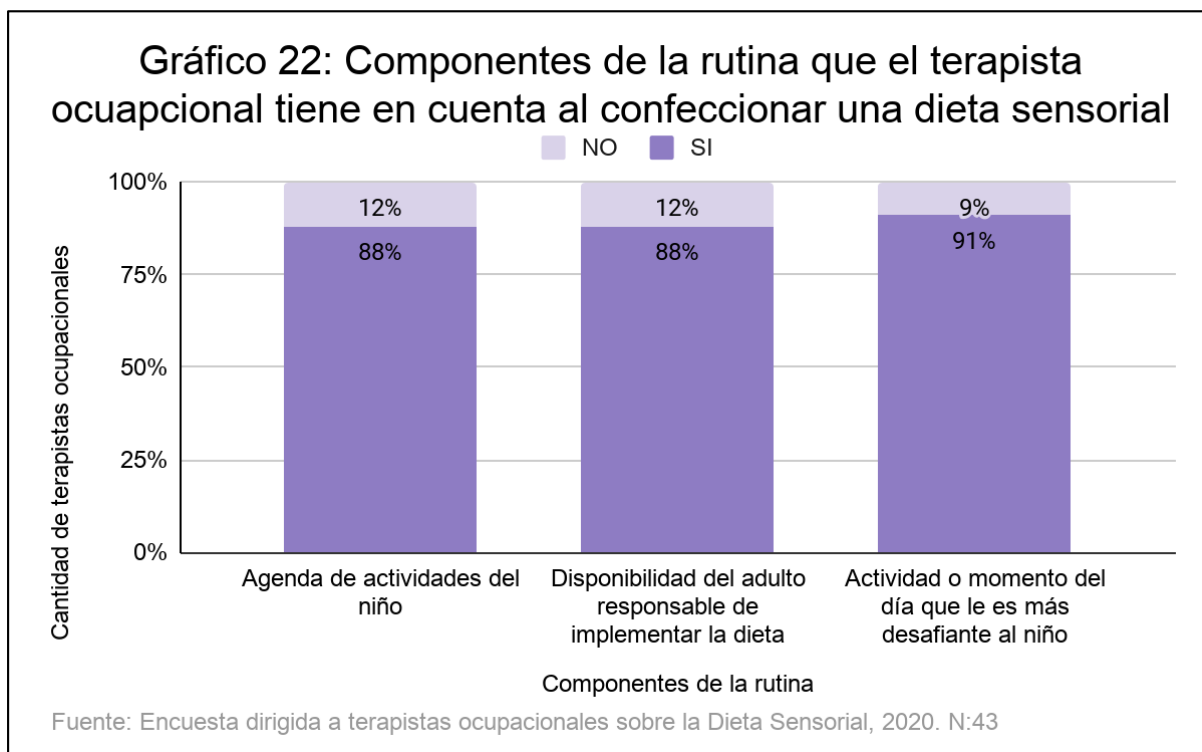
dieta sensorial. El 88% reconoció contemplar la **agenda de actividades del niño** y la **disponibilidad del adulto responsable de la implementación de la dieta sensorial**.

Por otro lado, siete profesionales, utilizando la opción ofrecida en la encuesta de “Otros”, relataron los siguientes fragmentos: *“Recursos ambientales y económicos”, “Disponibilidad de objetos, espacios y materiales”, “Los objetos y materiales con los que cuenta la familia”, y “Recursos de esa familia”*

Se considera importante destacar que cinco terapeutas ocupacionales que seleccionaron la opción “Otros”, hicieron referencia al mismo aspecto (“Recursos materiales y económicos”). Sin embargo, los “Recursos materiales y económicos” no forman parte de los componentes de la rutina. El Marco de Trabajo para la práctica de Terapia Ocupacional (AOTA, 2014. p.43) define la rutina como “patrones de comportamiento que son observables, regulares o fijos, repetitivos y que proveen de estructura a la vida diaria. [...] Las rutinas requieren el empleo de un tiempo momentáneo y se integran en los contextos”. Por lo tanto, estas respuestas no han sido consideradas dentro del análisis de los datos. Cabe aclarar que no fue encontrada ninguna otra relación entre las cinco terapeutas más allá de esta respuesta. A su vez, el aspecto “Recursos materiales y económicos” ya había sido contemplado e indagado en la variable “Nivel de consideración otorgado por el terapeuta ocupacional a los recursos materiales disponibles con los que cuenta la familia al incorporar una dieta sensorial”.

Cabe destacar que no aparecen errores de interpretación a esta pregunta al realizar la encuesta de pilotaje previo a la salida a campo.

En el Gráfico 22 se evidencian los datos mencionados.



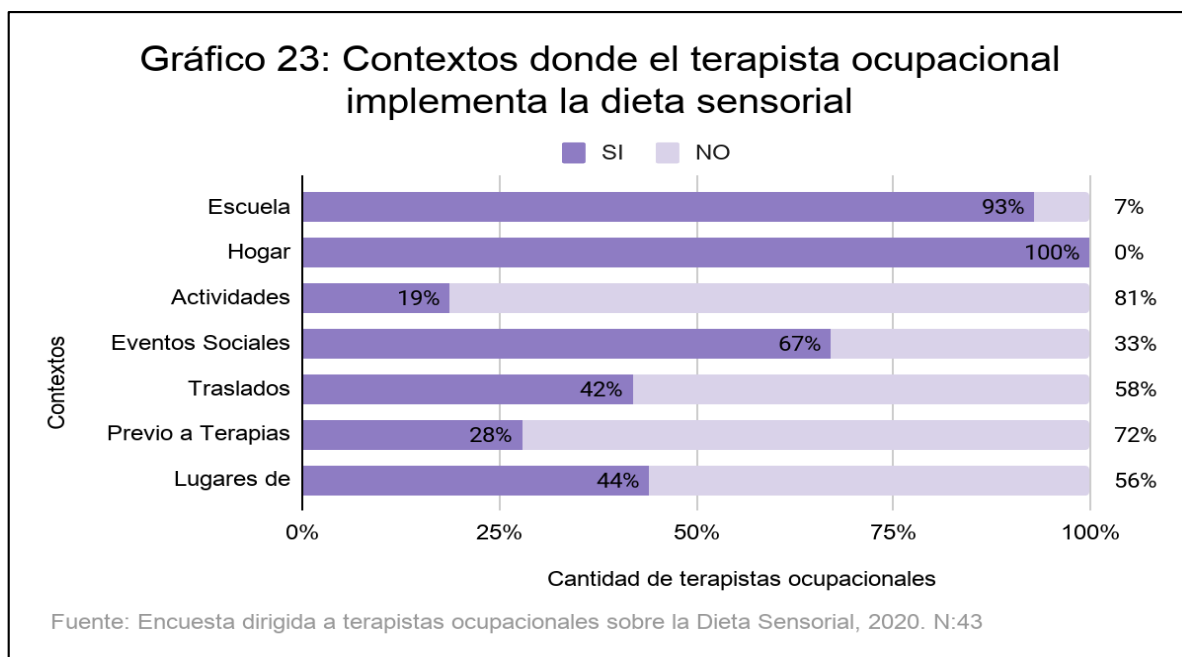
En cuanto a los “Contextos del niño”, el 100% de los profesionales encuestados refirieron implementar dietas sensoriales en los hogares de los niños, el 93% en las escuelas y el 67% de los profesionales reconocieron utilizar dietas sensoriales en eventos sociales como cumpleaños, restaurantes, reuniones de amigos o familiares. Por otro lado, el 44% de las terapeutas ocupacionales encuestadas mencionaron que implementan dietas sensoriales en lugares de recreación, seguido con un 42% de profesionales quienes utilizan dietas sensoriales en los traslados. Por último, el 28% de las profesionales refirió aplicar dietas sensoriales previo a las terapias, y el 19% las utiliza en actividades extracurriculares que realiza el niño.

Dentro de las respuestas correspondientes a la opción “Otros”, se encuentran los siguientes fragmentos: *“En realidad se aplica en todos los ámbitos si fuera necesario. En realidad si es una dieta, en la casa. Cuando son estrategias, en todos los ámbitos donde se presente el problema y sean necesarias”, “Se usa en todos los ámbitos”, “Depende de cada niño. Principalmente en el hogar*

[...] y luego cuestiones específicas según su funcionamiento” y “Previo a eventos como [...] ir a un shopping”

Cabe destacar que los aspectos que hacen referencia a cambios en la rutina son considerados en la variable “Componentes de la rutina que el terapeuta ocupacional tiene en cuenta al confeccionar una dieta sensorial”, por lo que estas respuestas no forman parte del análisis para esta variable. A su vez, tres encuestados refirieron utilizar dietas sensoriales en todos los contextos, a pesar de que la pregunta era de opción múltiple, pudiendo seleccionar todos los valores ofrecidos en la encuesta.

Los resultados obtenidos fueron volcados en el Gráfico 23.



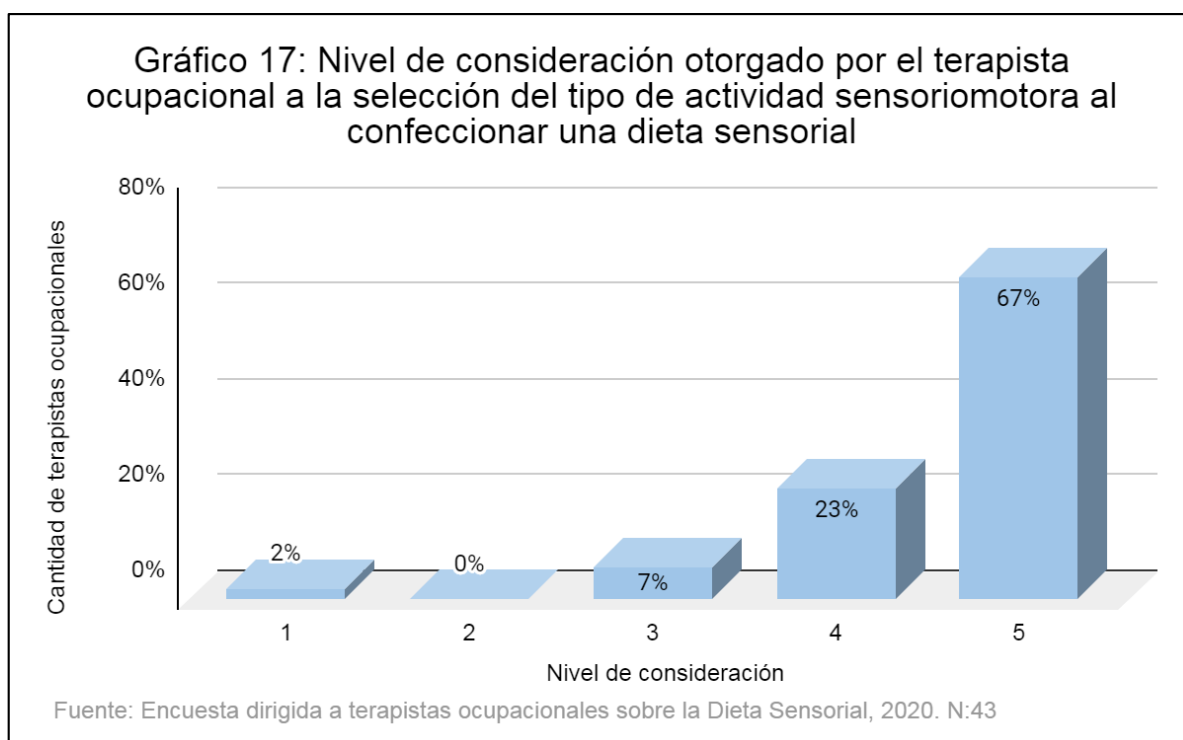
Segundo objetivo específico

El segundo objetivo específico fue “Identificar y describir el nivel de consideración que el/la terapeuta ocupacional le otorga a la actividad sensoriomotora para la confección y utilización de una dieta sensorial.”

En un primer lugar, se buscó **identificar** el nivel de consideración que el terapeuta ocupacional le otorga al tipo, intensidad, frecuencia y duración de la actividad sensoriomotora al confeccionar una dieta sensorial, siendo 1 el menor nivel de consideración y 5 el mayor nivel de consideración.

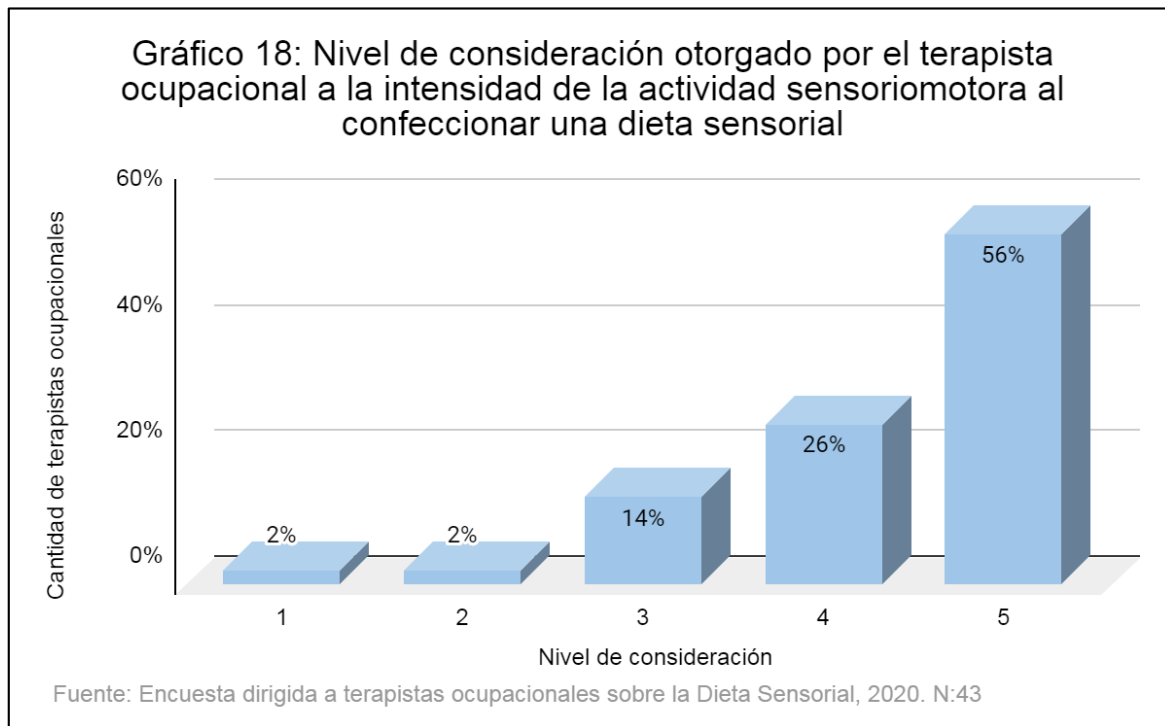
El 67% de las profesionales encuestadas refirió otorgar un Nivel 5 de consideración a la “Selección del tipo de actividad sensoriomotora” al confeccionar una dieta sensorial. Por otro lado, el 23% de la muestra indicó otorgar un Nivel 4, mientras que el 7% de los encuestados otorgó un Nivel 3 de consideración. El 2% restante refiere otorgar un Nivel 1 de consideración.

En el Gráfico 17 se muestran dichos resultados.



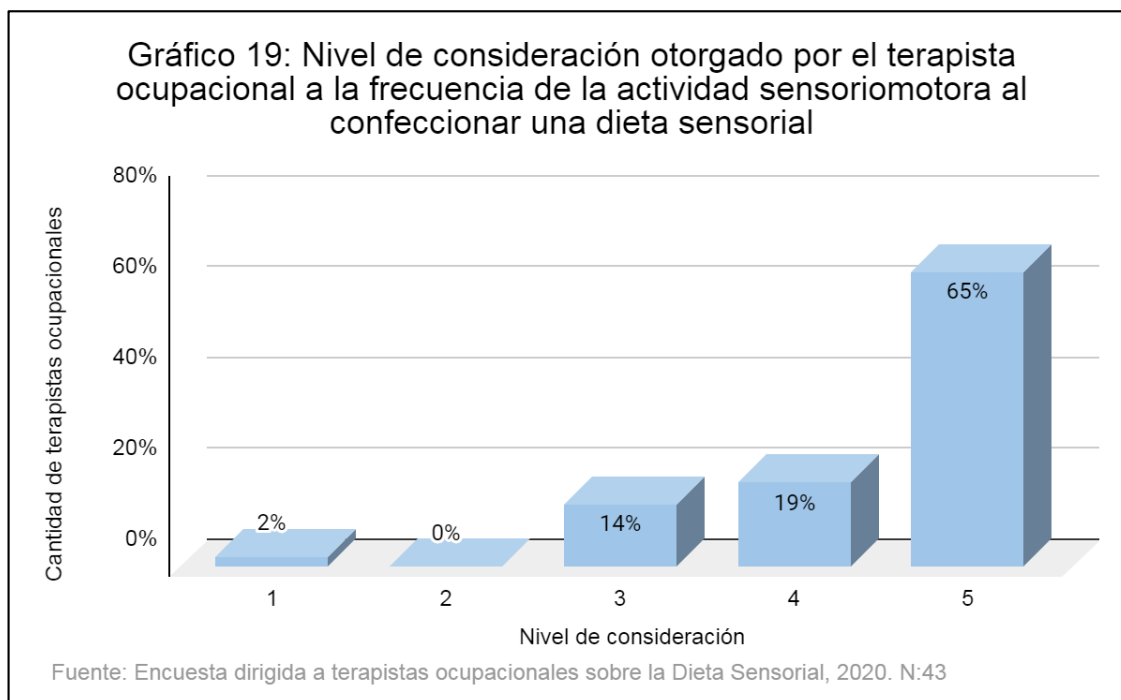
El 56% de las profesionales encuestadas refirió otorgar un Nivel 5 de consideración a la “Intensidad de la actividad sensoriomotora” al confeccionar una dieta sensorial. Por otro lado, el 26% de la muestra indicó otorgar un Nivel 4, mientras que el 14% de encuestados otorga un Nivel 3 de consideración. En último lugar, el Nivel 1 y 2 fue seleccionado por el 2% de terapeutas ocupacionales encuestados.

En el Gráfico 18 se muestran dichos resultados.



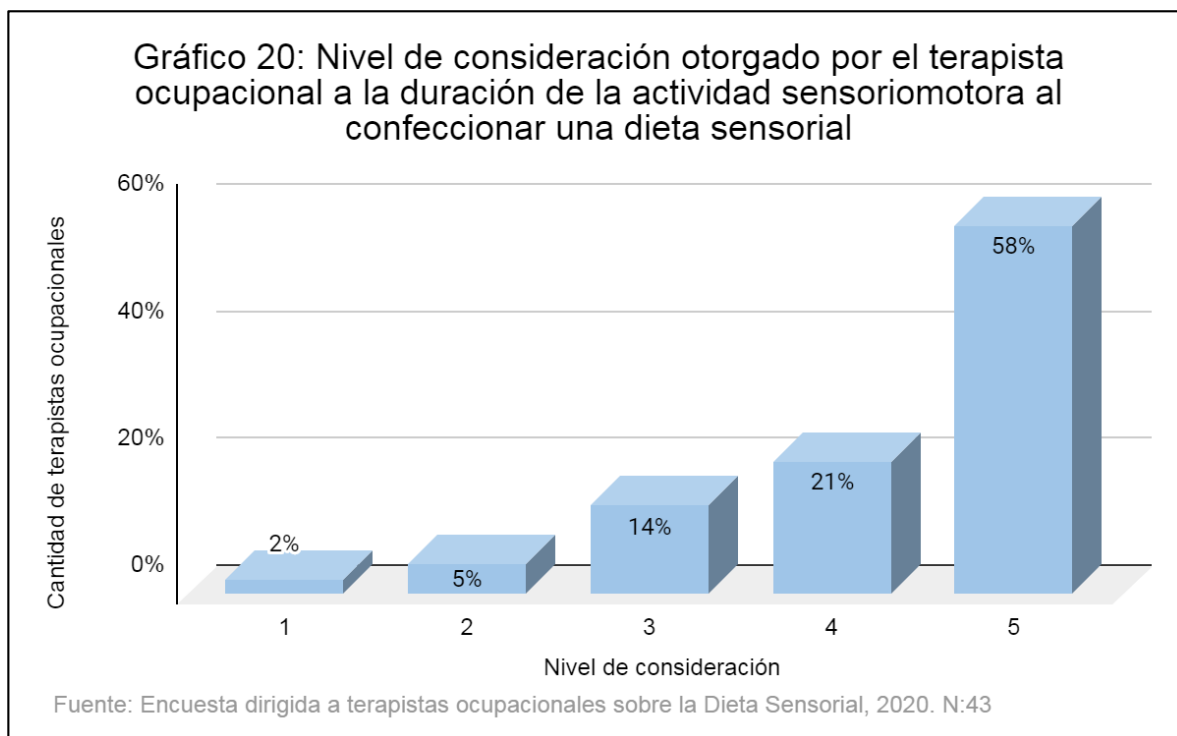
El 65% de las profesionales encuestadas refirió otorgar un Nivel 5 de consideración a la “Frecuencia de la actividad sensoriomotora” al confeccionar una dieta sensorial. Por otra parte, el 19% de la muestra indicó otorgar un Nivel 4, mientras que el 14% de encuestados otorga un Nivel 3 de consideración. El 2% restante refirió otorgar un Nivel 1 de consideración.

Se evidencian dichos resultados en el Gráfico 19.



El 58% de las profesionales encuestadas refirió otorgar un Nivel 5 de consideración a la “Duración de la actividad sensoriomotora” al confeccionar una dieta sensorial. Así mismo, el 21% de la muestra indicó otorgar un Nivel 4, mientras que el 14% de encuestados otorga un Nivel 3 de consideración. El 5% del total de la muestra refirió otorgar un Nivel dos de consideración y el 2% restante un Nivel 1. Se evidencian dichos resultados en el Gráfico 20.

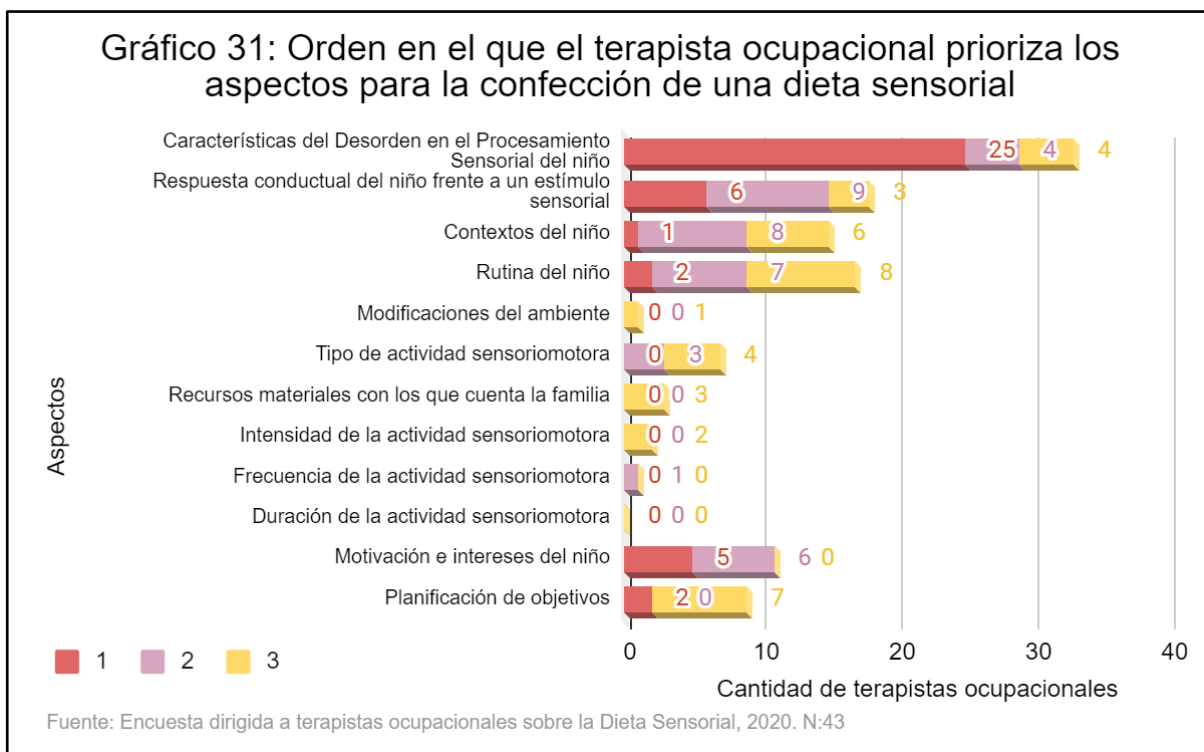
Se evidencian dichos resultados en el Gráfico 20.



Asimismo se buscó **identificar** el orden en el que el terapeuta ocupacional prioriza la selección del tipo, intensidad, frecuencia y duración de la actividad sensoriomotora al confeccionar una dieta sensorial, utilizando una escala de valor de 0 a 3. Siendo cero la menor prioridad y tres la mayor.

En el caso del aspecto “Selección del tipo de actividad sensoriomotora”, la misma ocupa el séptimo lugar de importancia, habiendo sido elegido en segundo lugar de prioridad por tres terapeutas ocupacionales y en tercer lugar por cuatro. En cuanto a la intensidad, esta ocupa el noveno lugar de importancia, habiendo sido elegido en tercer lugar por dos terapeutas ocupacionales. A su vez, la frecuencia de la actividad sensoriomotora ocupa el décimo lugar de importancia, habiendo sido elegido en segundo lugar de prioridad por una terapeutas ocupacionales. Por último, la duración ocupa el último lugar debido a que no fue seleccionada por ninguna terapeuta ocupacional.

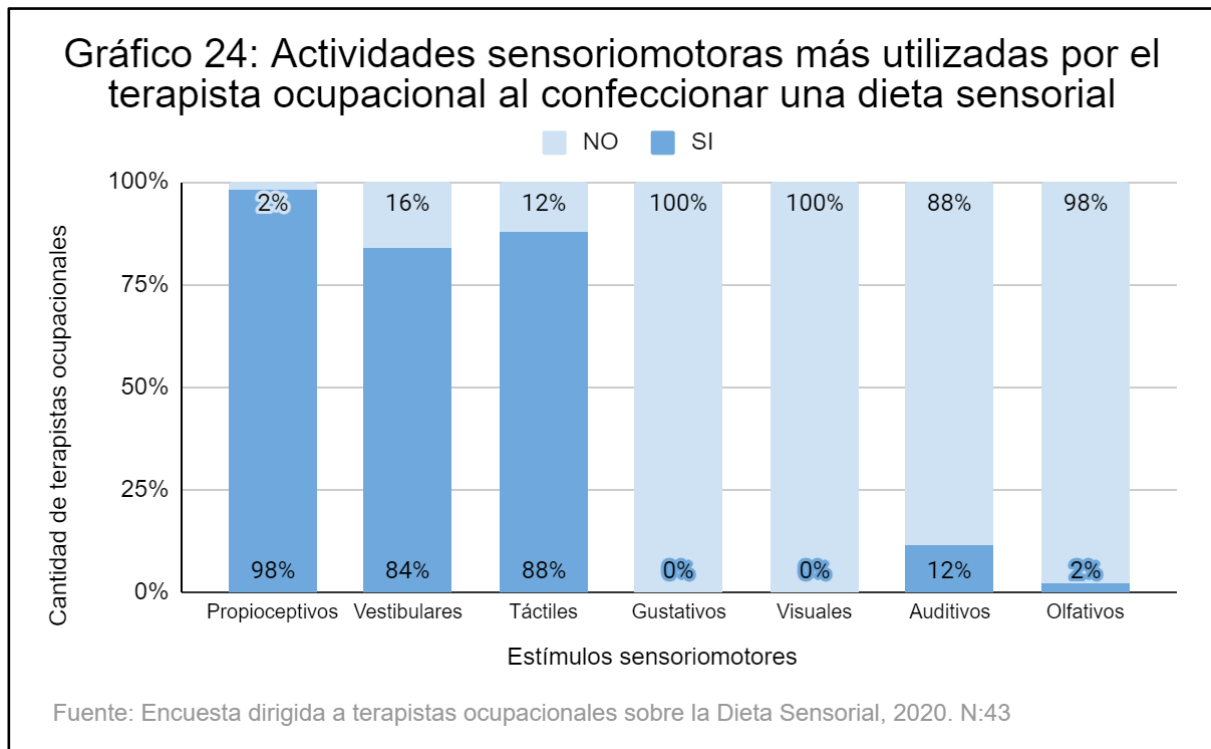
Estos resultados se pueden ver reflejados en el Gráfico 31.



En segundo lugar, el Trabajo Final Integrador buscó **describir** las actividades sensoriomotras más utilizadas por terapeutas ocupacionales al confeccionar una dieta sensorial.

Con respecto al tipo de actividad sensoriomotora, el 98% de las profesionales encuestadas refirió utilizar actividades que brinden estímulo propioceptivo con sus pacientes. El 88% mencionó utilizar actividades que brinden estímulo táctil, mientras que un 84% seleccionó la opción que hace referencia al estímulo vestibular. El 12% refirió emplear estímulos auditivos y el 2% restante, escogió la opción de estímulos olfativos. Se destaca que ninguna participante escogió la opción de los estímulos visuales o gustativos.

A continuación se ejemplifican los resultados en el Gráfico 24.

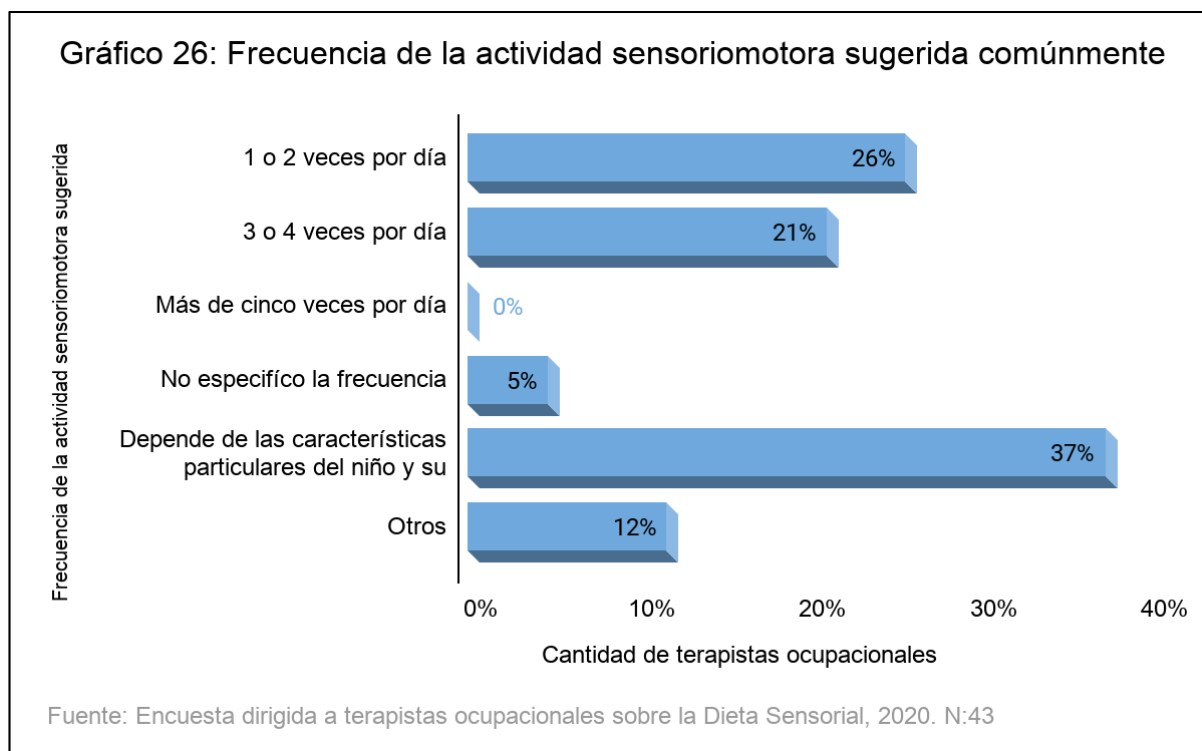


El equipo de trabajo esperaba encontrarse con respuestas que aludieron a la variación de la frecuencia según las características del niño y la rutina. Sin embargo, se creía pertinente obtener el resultado más repetido o frecuente para poder analizar la moda y fue por ello que no se presentó un valor en la encuesta que haga referencia a la frecuencia varía según las características o rutina del niño. Por lo tanto, los valores ofrecidos consisten en valores numéricos que hacían referencia a la cantidad de veces por día que se llevaba a cabo la actividad sensoriomotora.

A pesar de lo mencionado anteriormente, el 37% de los profesionales seleccionaron el valor "Otros" refiriendo que la frecuencia de la actividad sensoriomotora que sugieren comúnmente depende de las características particulares del niño a quién se le indica la dieta sensorial. Debido al gran porcentaje en relación a la frecuencia de aparición, el mismo fue agregado como nuevo valor dentro de la variable. Las profesionales aludieron a este término bajo las siguientes citas: *"Depende de la necesidad del niño"*, *"Depende de cada caso en particular"*, *"Va a depender del chico la familia y las rutinas"*, y *"Converso ello con los papás según su dinámica y momentos necesarios"*

Siguiendo con esta línea, se encuentran aquellas terapeutas que refirieron sugerir realizar dicho tipo de actividades 1 o 2 veces por día con el 26%. Asimismo, con el 21% se encuentran las que mencionaron utilizar 3 o 4 veces por día. El 12% de las encuestadas no vio su práctica reflejada en ninguna de las opciones brindadas en la encuesta y respondieron de manera cualitativa en el valor "Otros". Los relatos de estas profesionales fueron: *"Depende mucho de la actividad hay algunas que pueden ser dosveceas al día y otras una por ejemplo antes de bañarse , otras 3 en la escuela por ejemplo"*, *"Varía según cada dieta planificada."*, y *"Depende de cada actividad propuesta cuál frecuencia indico"*. En último lugar, el 5% de los profesionales que participaron de la encuesta mencionaron no especificar una frecuencia. Resulta relevante destacar que ninguna de las terapeutas ocupacionales refirió sugerir una actividad sensoriomotora más de 5 veces por día.

Los resultados fueron volcados en el Gráfico 26.



Al igual que lo antedicho en el análisis del Gráfico 26, se esperaba obtener respuestas que indiquen la dependencia de la duración de la actividad sensoriomotora con las características del niño, su familia/cuidador y con la actividad sensorio motriz a realizar.

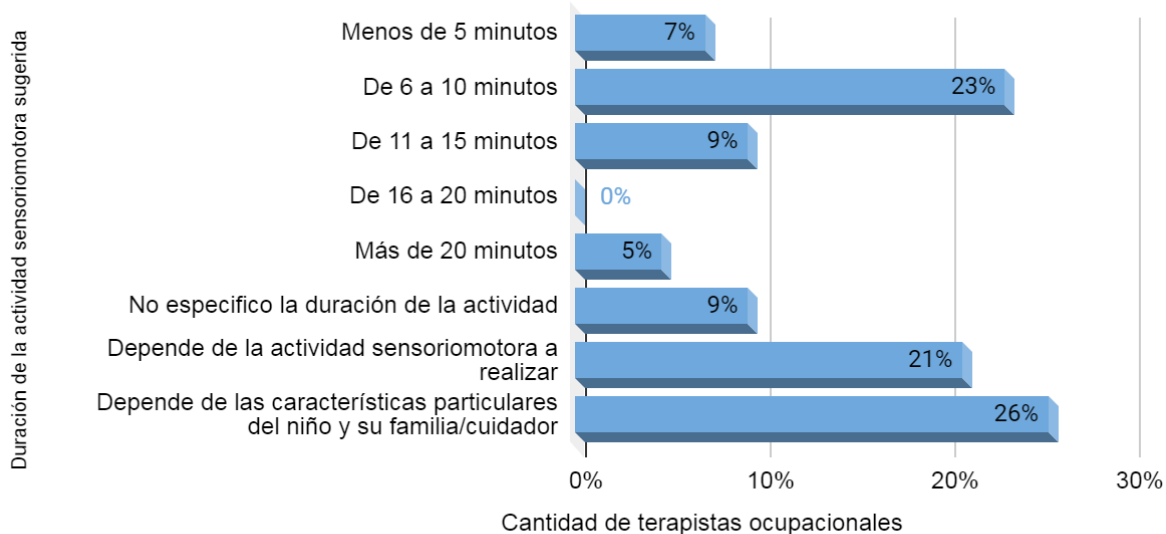
Al analizar los datos obtenidos, dos valores nuevos fueron añadidos, producto de su repetición en las respuestas cualitativas al seleccionar la opción "Otros". Se cree que si estos nuevos valores hubiesen sido presentados en primera instancia, el porcentaje de respuestas hubiese sido mayor. En primer lugar se encuentra el valor "**Depende de las características particulares del niño y su familia/cuidador**", siendo nombrado por el 26% de las profesionales. Las citas que hacen mención de esto son: "*Depende de cada caso en particular*", "*El tiempo muchas veces depende de la tolerancia y enganche del niño*" y "*Depende del niño/la niña y la familia*".

El otro valor añadido fue "**Depende de la actividad sensoriomotora a realizar**", siendo seleccionado por el 21% de las profesionales. Los relatos de las terapeutas que hacen referencia a este valor son: "*Varia mucho segun actividad y momentos del dia*", "*Depende de la actividad*", "*Según cada dieta planificada*", "*Depende del tipo de actividad*" y "*Deoende de la actividad y estimulo sensorial. Algunas 5 min otras 30 min otras 2 horas o más*".

A su vez, 23% de las terapistas refirieron que la duración de la actividad sensoriomotora que sugieren comúnmente es de **6 a 10 minutos**. Por otro lado, el 9% de las profesionales mencionó que la duración de la actividad sensoriomotora sugerida es entre **11 a 15 minutos**. Asimismo, el 9% de las terapeutas **no especificaron la duración de la actividad sensoriomotora**. Por último, el 7% refirió que la duración de la actividad sensoriomotora es **menor a 5 minutos**; y el 5% que es **mayor a 20 minutos**.

Dichos datos fueron volcados en el Gráfico 27.

Gráfico 27: Duración de la actividad sensoriomotora sugerida por el terapeuta ocupacional al confeccionar una dieta sensorial



Fuente: Encuesta dirigida a terapeutas ocupacionales sobre la Dieta Sensorial, 2020. N:43

Tercer objetivo específico

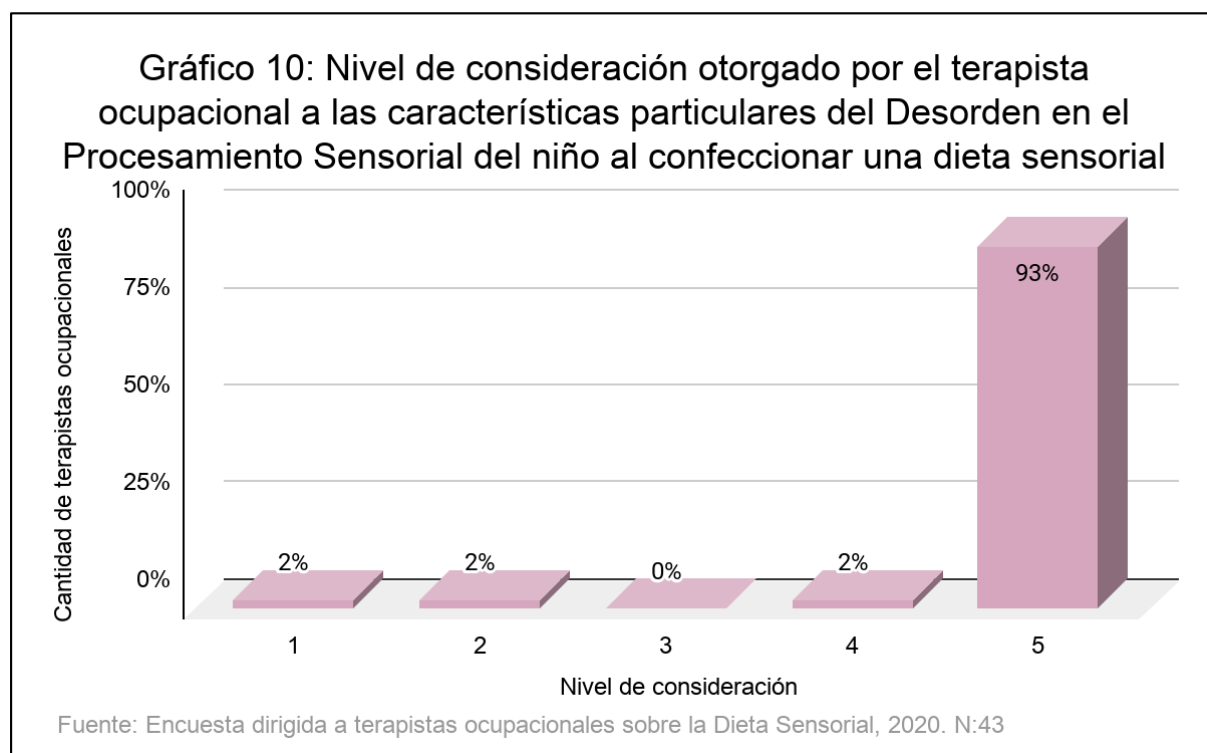
El tercer objetivo específico fue *"Identificar el nivel de consideración que el/la terapeuta ocupacional le otorga a las características particulares de cada niño para la confección y utilización de una dieta sensorial"*.

Se buscó identificar el nivel de consideración que el terapeuta ocupacional le otorga a las características particulares del Desorden en el Procesamiento Sensorial del niño, la respuesta conductual del niño frente a un estímulo sensorial y la motivación e interés del niño al diseñar y confeccionar una dieta sensorial. Para ello se utilizó una escala de valor del 1 al 5, siendo 1 el nivel de menor consideración y 5 el nivel de mayor consideración.

El 93% de las profesionales encuestadas refirió otorgar un Nivel 5 de consideración a las "Características particulares del Desorden en el Procesamiento Sensorial del niño" al confeccionar una dieta sensorial, mientras que los valores del Nivel 4, 2 y 1 fueron seleccionados por el 2% de las

terapistas ocupacionales. En otras palabras, 40 de las 43 profesionales encuestadas, le asignaron a las “Características particulares del Desorden en el Procesamiento Sensorial del niño” un nivel de consideración de valor 5. A través de los resultados obtenidos del análisis de datos se puede concluir que el aspecto “Características particulares del Desorden en el Procesamiento Sensorial del niño” ocupa el primer nivel de consideración otorgado por las terapistas ocupacionales de Gran Buenos Aires en la actualidad.

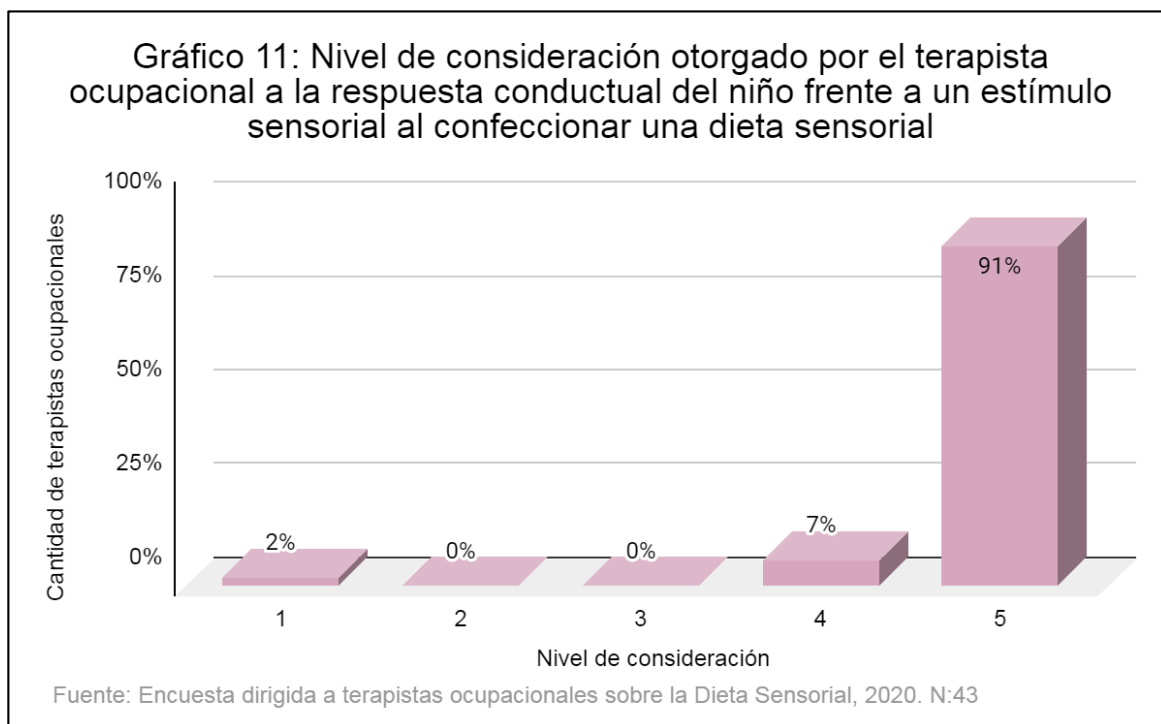
A continuación, se encuentra el Gráfico 10, que evidencia lo mencionado.



El 91% de las profesionales encuestadas refirió otorgar un Nivel 5 de consideración a la “Respuesta conductual del niño frente a un estímulo sensorial” al confeccionar una dieta sensorial. Por otro lado, el 7% de los encuestados indicó un Nivel 4 de consideración, mientras que el 2% refiere un Nivel 1. Por consiguiente, se puede concluir que el aspecto “Respuesta conductual del niño frente

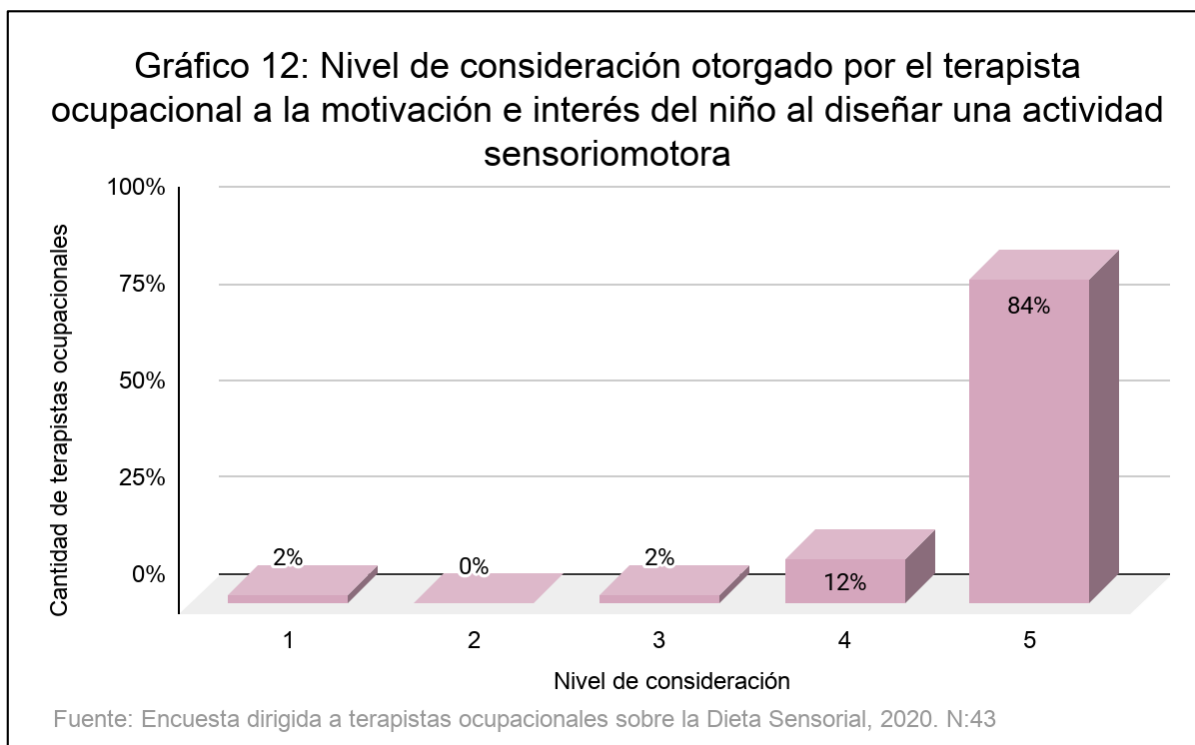
a un estímulo sensorial” ocupa el segundo nivel de consideración otorgado por las terapistas ocupacionales de Gran Buenos Aires en la actualidad.

A continuación, en el Gráfico 11 se presentan los datos anteriormente mencionados.



El 84% de las profesionales encuestadas refirió otorgar un Nivel 5 de consideración a la “Motivación e intereses del niño” al confeccionar una dieta sensorial. El 12% de los encuestados indicó otorgar un Nivel 4 de consideración, mientras que el Nivel 3 y 1 fue seleccionado por un 2% de encuestados para cada valor. Por lo tanto, se puede concluir que el aspecto “Motivación e intereses del niño” ocupa el cuarto nivel de consideración otorgado por las terapistas ocupacionales de Gran Buenos Aires en la actualidad.

En el Gráfico 12 se evidencian los resultados obtenidos.



Asimismo se buscó **identificar** el orden en el que el terapeuta ocupacional prioriza los aspectos de las características particulares del Desorden en el Procesamiento Sensorial del niño, la respuesta conductual del niño frente a un estímulo sensorial y la motivación e interés del niño al diseñar y confeccionar una dieta sensorial, utilizando una escala de valor de 0 a 3. Siendo 0 la menor prioridad y 3 la mayor.

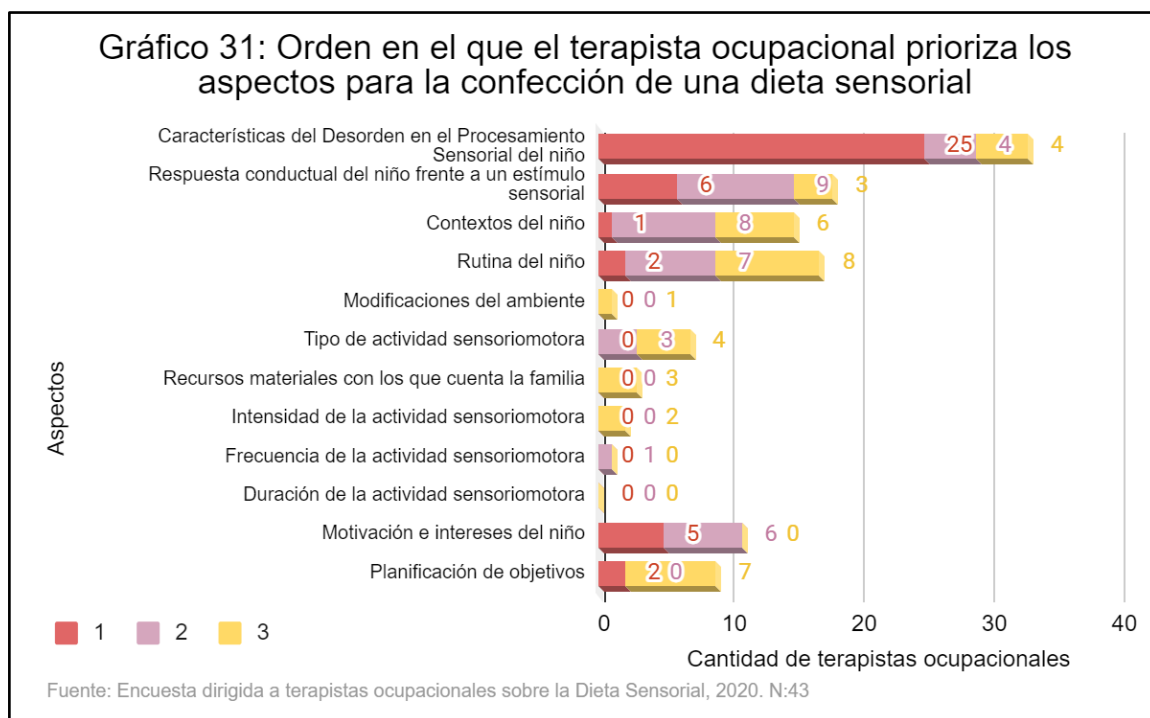
En relación a las “Características particulares del Desorden en el Procesamiento Sensorial del niño” 25 profesionales le adjudicaron un Nivel 1 en orden de prioridad, mientras que 4 profesionales le otorgaron un Nivel 2 y otras 4 profesionales escogieron el Nivel 3. Comparando dichos resultados con el resto de las otras categorías, este aspecto ocupa el primer lugar dentro del principal aspecto tenido en cuenta para la confección de una dieta sensorial.

Con respecto al aspecto “Respuesta conductual del niño frente a un estímulo sensorial”, 6 profesionales le otorgaron un Nivel 1 en orden de prioridad, mientras que 9 profesionales le otorgaron

un Nivel 2 y otras 4 profesionales le adjudicaron el Nivel 3. Comparando dichos resultados con el resto de los aspectos, el mismo ocupa el segundo lugar dentro del principal aspecto tenido en cuenta para la confección de una dieta sensorial.

El aspecto “Motivación e intereses del niño” fue seleccionada por 5 terapeutas ocupacionales como principal aspecto, seguido de 6 profesionales que lo consideraron como segundo aspecto principal. Comparando dichos resultados con el resto de los otros aspectos, el mismo ocupa el quinto lugar dentro del principal aspecto tenido en cuenta para la confección de una dieta sensorial.

A continuación, en el Gráfico 31 se evidencian los resultados obtenidos con respecto al orden de prioridad que le otorgaron las terapeutas ocupacionales.



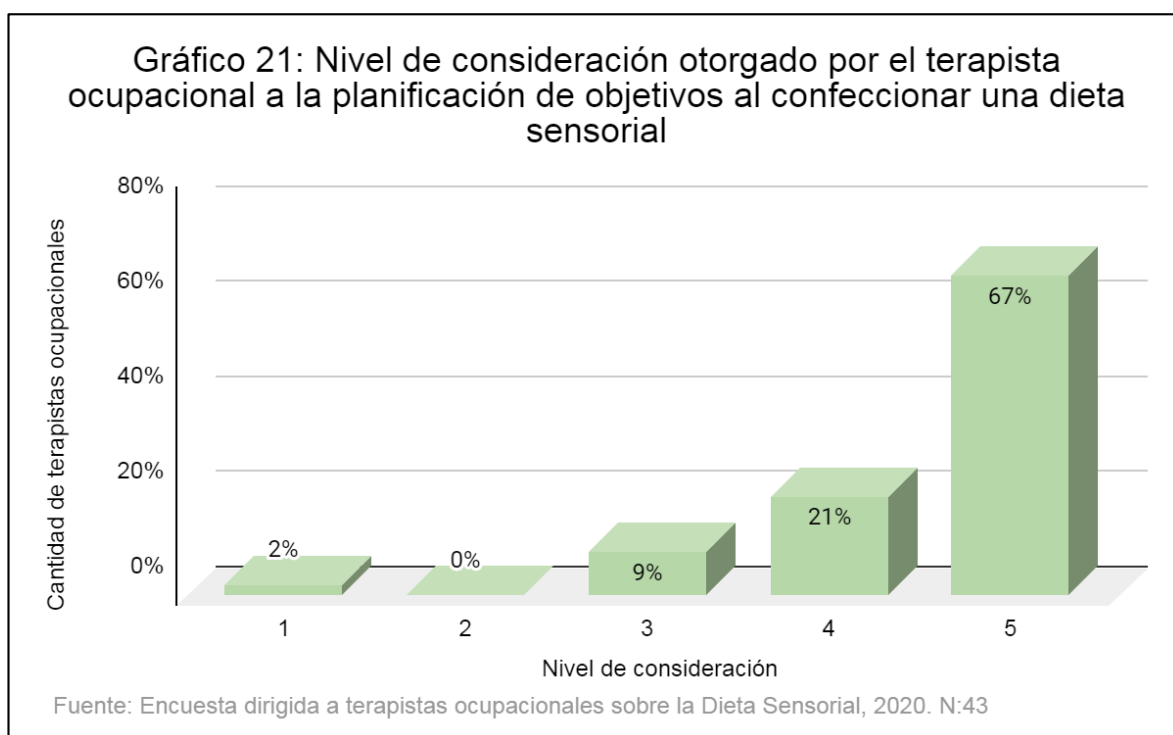
Cuarto objetivo específico

El cuarto objetivo específico fue *“Identificar y describir el nivel de consideración que el/la terapeuta ocupacional le otorga al planteamiento de objetivos para la confección de una dieta sensorial.”*

En primer lugar se buscó **identificar** el nivel de consideración que el terapeuta ocupacional le otorga a la planificación de objetivos al confeccionar una dieta sensorial. Para ello se utilizó una escala de valor del 1 al 5, siendo 1 el nivel de menor consideración y 5 el mayor nivel de consideración.

El 67% de las profesionales encuestadas refirió otorgar un Nivel 5 de consideración a la “Planificación de objetivos” al confeccionar una dieta sensorial. El 21% de la muestra indicó otorgar un Nivel 4, mientras que el 9% de encuestados otorga un Nivel 3 de consideración. El 2% restante refirió otorgar un nivel 1 de consideración.

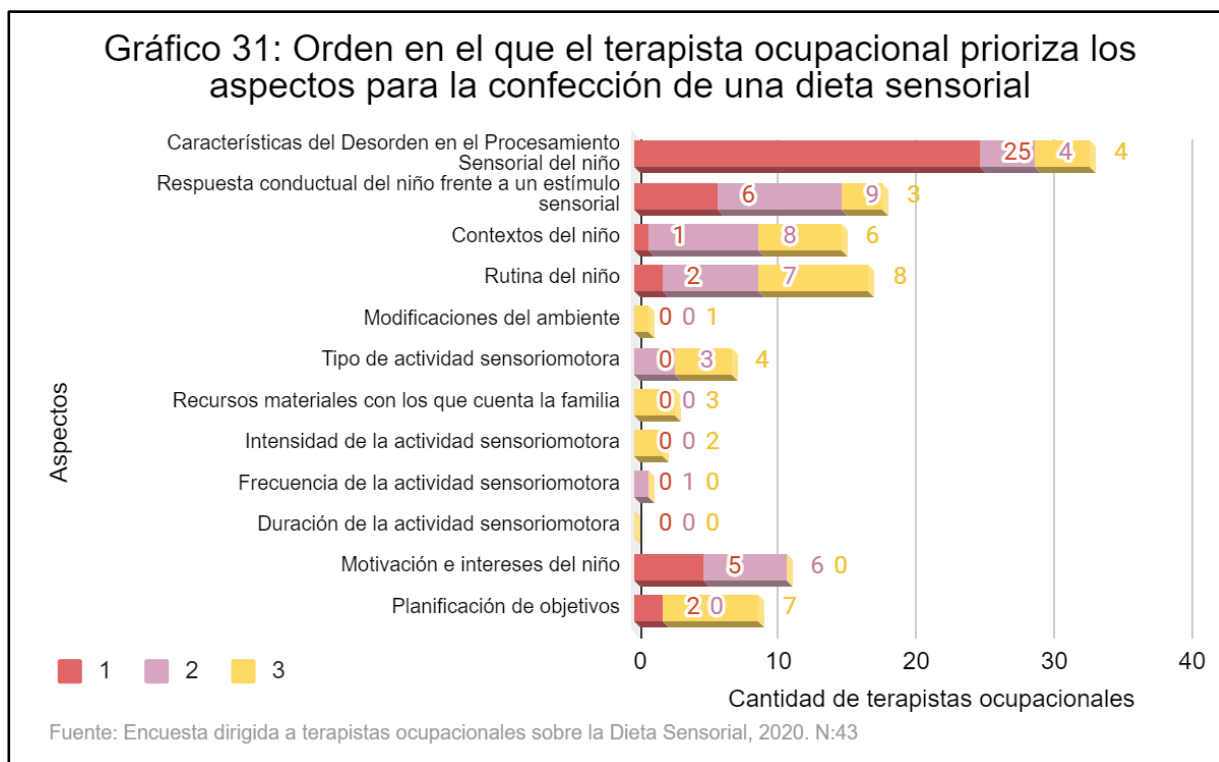
En el Gráfico 21 se muestran los resultados mencionados.



Asimismo se buscó **identificar** el orden en el que el terapeuta ocupacional prioriza el aspecto de la planificación de objetivos, utilizando una escala de valor de 0 a 3. Siendo 0 la menor prioridad y 3 la mayor.

El aspecto “Planificación de objetivos” fue seleccionado por dos terapeutas ocupacionales como principal aspecto y por siete como tercer aspecto principal. En comparación con los aspectos restantes, el mismo ocupa el sexto lugar dentro de los aspectos principales tenidos en cuenta para la confección de una dieta sensorial.

Se pueden ver los resultados en el Gráfico 31.



En segundo lugar se buscó **describir** el modo en el que el terapeuta ocupacional plantea los objetivos al confeccionar una dieta sensorial.

El 46,51% de las terapeutas ocupacionales tienen en cuenta la **opinión y prioridades de la familia** para plantear los objetivos. Las siguientes respuestas reflejan lo mencionado anteriormente: *“Considero lo que la familia ve como prioritario”, “Objetivos familiares”, “Preocupaciones y consideraciones de los padres”, “Los intereses de la familia” y “Capacidad de la flia de llevarlos a cabo”*

A su vez, 44,19% de las profesionales encuestadas consideran el **desempeño ocupacional** del niño durante el planteamiento de objetivos de la dieta sensorial. Entre los relatos se pueden mencionar las siguientes frases: *“Favorecer el desempeño del niño”, “Regulación de conductas para favorecer el máximo rendimiento”, “La autorregulación del niño para aprovechar al máximo momentos de aprendizaje, sociales o de recreación” y “Buscar mayor efectividad y bienestar del niño en su desempeño ocupacional”*.

En tercer lugar, las encuestadas refirieron considerar la **regulación del niño** al momento de plantear los objetivos de la dieta sensorial con un 27,91% de aparición. A continuación se evidencian las respuestas de las profesionales: *“Regulación de conductas para favorecer el máximo rendimiento y mejorar su relación con el entorno (físico y humano)”, “Autorregulación” y “Mantener estados de regulación sensorial y emocional acordes al contexto para que pueda desempeñarse en forma efectiva”*.

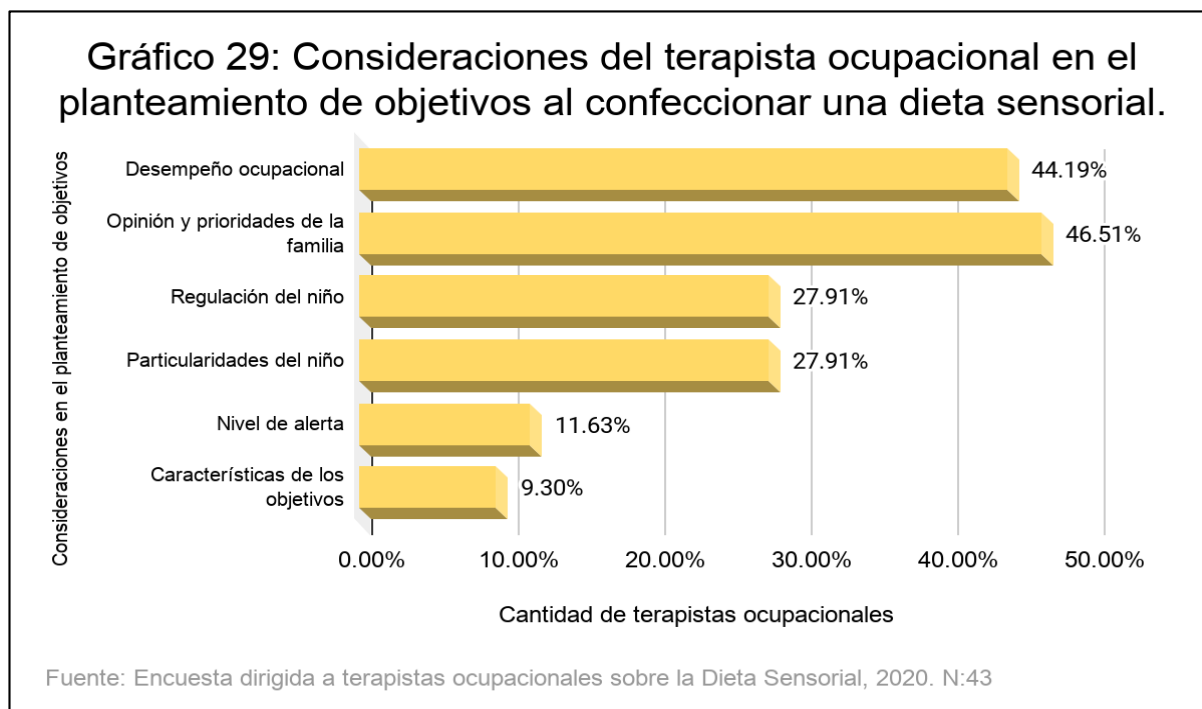
Compartiendo el tercer lugar, se encuentran las **particularidades del niño** con el 27,91% de aparición. Algunos de los fragmentos que aparecieron en la encuesta fueron los siguientes: *“cumplan con la demanda del déficit o dificultad del niño”, “lo observado del bebe o niño”, “selectividad/ dificultad del niño como punto de partida”, “Cuales son las áreas o situaciones de mayor desafío para el niño” y “lo que el niño necesita para que esto no impacte negativamente en su desempeño en la casa/hogar”*.

Correspondiendo al cuarto lugar, el 11,63% de las terapistas ocupacionales refirieron considerar el **nivel de alerta** en el planteamiento de objetivos. En los discursos de los profesionales se pueden destacar: *“El nivel de alerta óptimo del niño para realizar una actividad”, “Promover el estado de alerta previo a realizar alguna actividad desafiante para el niño”, “Impactar positivamente en conducta emociones nivel alerta” y “El estado de alerta”*.

En último lugar, el 9,30% de las terapistas ocupacionales encuestadas refirieron considerar las **características de los objetivos** al plantear los mismos. Algunas de las respuestas que

aparecieron en la encuesta fueron: *“Que sean objetivos alcanzables y cumplan con la demanda del déficit o dificultad del niño”* y *“Que puedan ser alcanzables a corto o largo plazo”*.

Los resultados se pueden observar en el Gráfico 29.



Los resultados de los objetivos específicos mencionados anteriormente cumplen con el con el primer objetivo general del trabajo integrador *“Describir los aspectos que los/las terapeutas ocupacionales de Gran Buenos Aires tienen en cuenta al confeccionar una dieta sensorial para niños con Desorden del Procesamiento Sensorial”*.

A continuación, se expone el análisis que involucra a las preguntas que hacían referencia a los aspectos tenidos en cuenta por las terapeutas ocupacionales al confeccionar una dieta sensorial. Las preguntas son las siguientes: *“¿Qué aspectos tiene usted en cuenta para la confección de una Dieta Sensorial?”*, *“Indique el nivel de consideración que le otorga a cada uno de los siguientes aspectos al confeccionar una Dieta Sensorial”* e *“Indique los tres aspectos principales que tiene en cuenta al confeccionar una dieta sensorial”*.

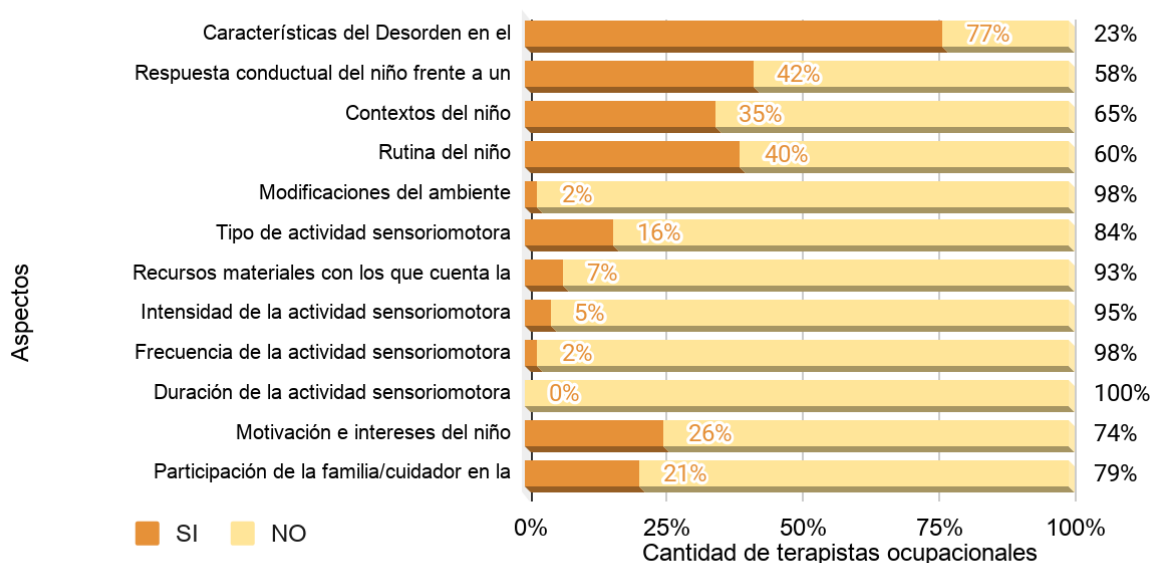
El aspecto **“Características particulares del Desorden en el Procesamiento Sensorial del niño”** fue la que obtuvo mayor prioridad y porcentaje en las tres preguntas mencionadas de **investigación de la encuesta**. El 93% de las profesionales le otorgaron un Nivel 5 de consideración. A su vez, es elegido primero entre los doce aspectos que priorizan las terapistas ocupacionales al confeccionar una dieta sensorial con un 77% de aparición y un 74,42% de profesionales respondieron considerar dicha categoría al momento de confeccionar una dieta sensorial. Por lo tanto, los resultados obtenidos de las tres preguntas concuerdan.

En relación a las **“Respuesta conductual del niño frente a un estímulo sensorial”**, el 91% de las encuestadas le otorgó un Nivel 5 de consideración. A su vez, es elegido segundo entre los doce aspectos que priorizan las terapistas ocupacionales al confeccionar una dieta sensorial con un 42% de aparición y un 69,77% de profesionales respondieron considerar dicha categoría al momento de confeccionar una dieta sensorial. Dicho aspecto ocupa el segundo lugar dentro de los aspectos tenidos en cuenta por las terapistas ocupacionales a la hora de confeccionar una dieta sensorial.

En relación a la **“Rutina y hábitos del niño”**, el 86% de las encuestadas la otorgaron un Nivel 5 de consideración, es decir, el valor más alto. A su vez, es elegido tercero entre los tres primeros aspectos que priorizan las terapistas ocupacionales al confeccionar una dieta sensorial con el 40% de aparición y un 53,48% de profesionales respondieron considerar dicha categoría al momento de confeccionar una dieta sensorial. Dicho aspecto ocupa el tercer lugar dentro de los aspectos tenidos en cuenta por las terapistas ocupacionales a la hora de confeccionar una dieta sensorial.

El Gráfico 30 hace referencia a la elección o no de cada categoría de aspectos, creados por el equipo de investigación, que son tenidos en cuenta entre los tres principales para la confección de una dieta sensorial.

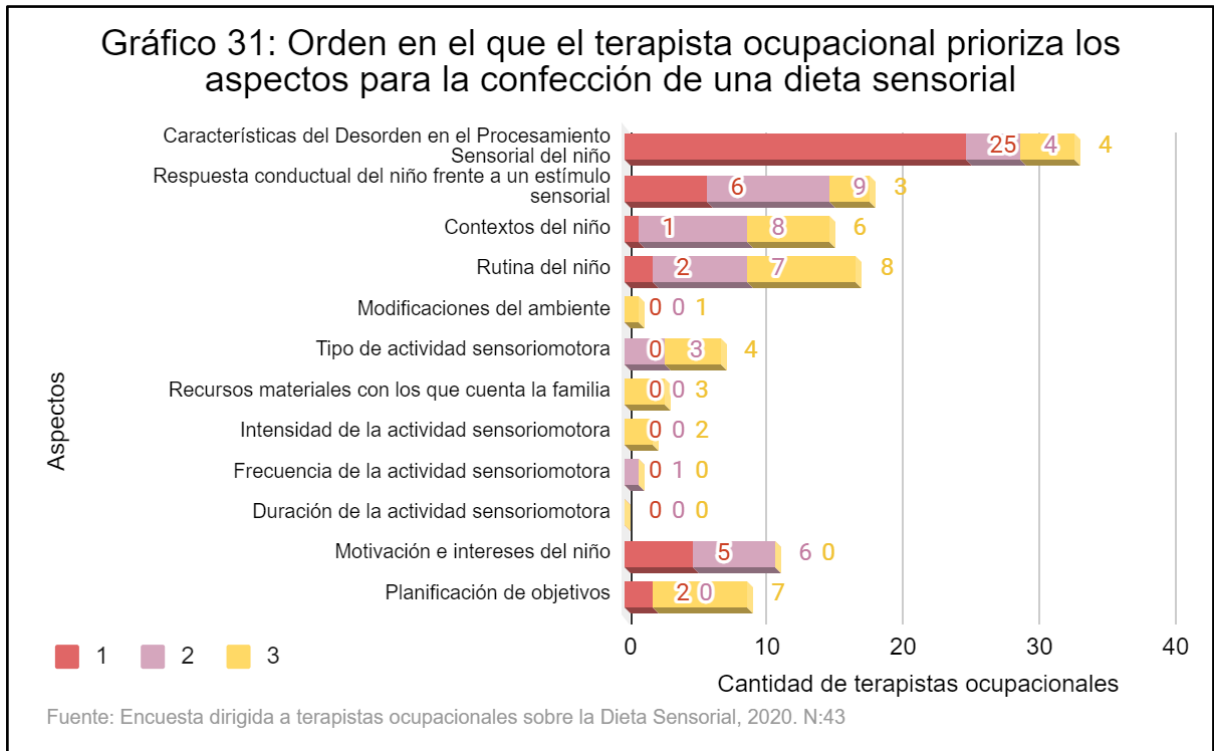
Gráfico 30: Aspectos principales tenidos en cuenta por el terapeuta ocupacional para la confección de una dieta sensorial



Fuente: Encuesta dirigida a terapeutas ocupacionales sobre la Dieta Sensorial, 2020. N:43

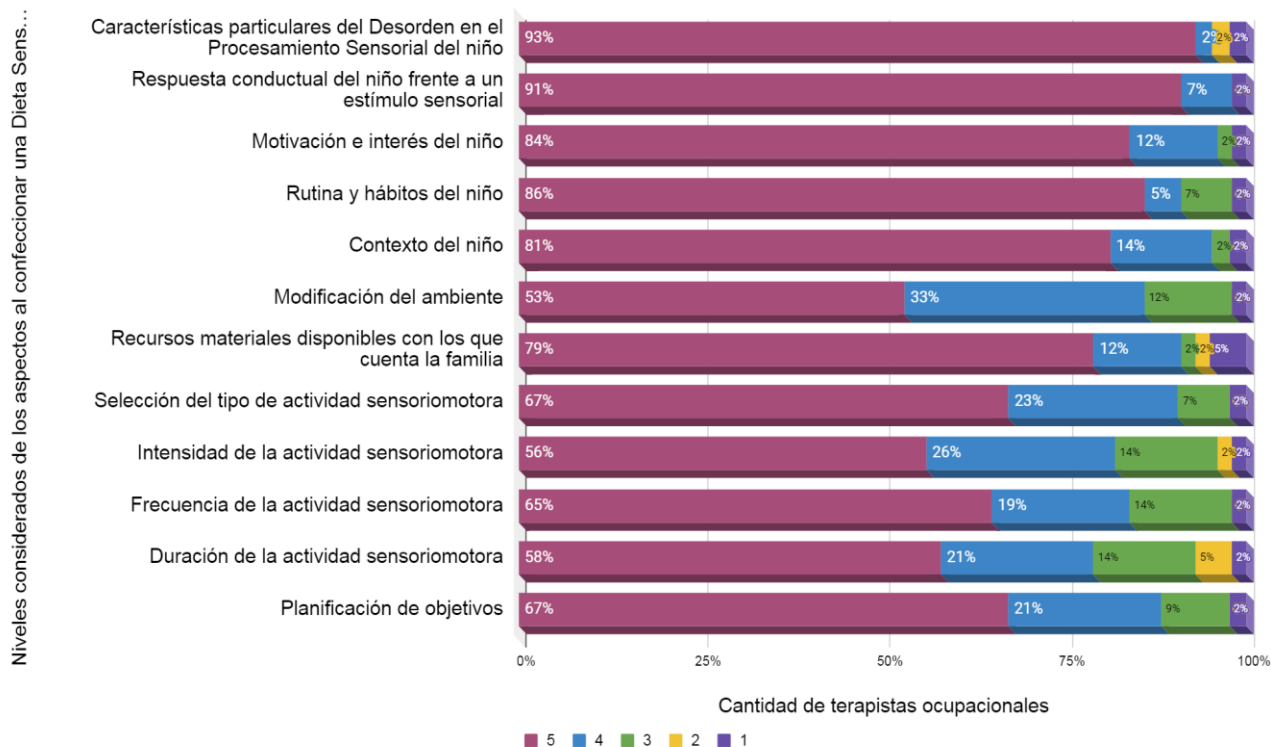
El Gráfico 31 muestra el orden en el que el terapeuta ocupacional prioriza los aspectos para la confección de una dieta sensorial, siendo 1 el aspecto principal, 2 el segundo aspecto principal y 3 el tercero. El valor 0 indica que no fue seleccionado entre los tres aspectos principales.

Gráfico 31: Orden en el que el terapeuta ocupacional prioriza los aspectos para la confección de una dieta sensorial



El Gráfico 9 muestra el nivel de consideración que el terapeuta ocupacional le otorga a los aspectos para la confección de una dieta sensorial, siendo 5 el mayor nivel y 1 el menor.

Gráfico 9: Niveles de consideración al confeccionar una Dieta Sensorial



Fuente: Encuesta dirigida a terapeutas ocupacionales sobre la Dieta Sensorial, 2020. N:43

A partir de los resultados expuestos anteriormente, luego de haber cumplido con el primer objetivo específico, se puede decir que el primer supuesto *“Si bien los/las terapeutas ocupacionales de Gran Buenos Aires consideran las características del niño, su rutina y contexto, la actividad sensoriomotora y el planteamiento de objetivos; la mayor parte de los/las terapeutas se centra en las características particulares del Desorden del Procesamiento Sensorial del niño, la respuesta conductual del mismo frente a un estímulo sensorial, su rutina y la planificación de objetivos”*, fue parcialmente acertado. Esto es debido a que el *“Planteamiento de objetivos”* no se encuentra dentro de los primeros aspectos a tener en cuenta por las profesionales a la hora de confeccionar una dieta sensorial.

Describir los métodos que las/los terapeutas ocupacionales de Gran Buenos Aires utilizan para medir los resultados en la implementación de una dieta sensorial.

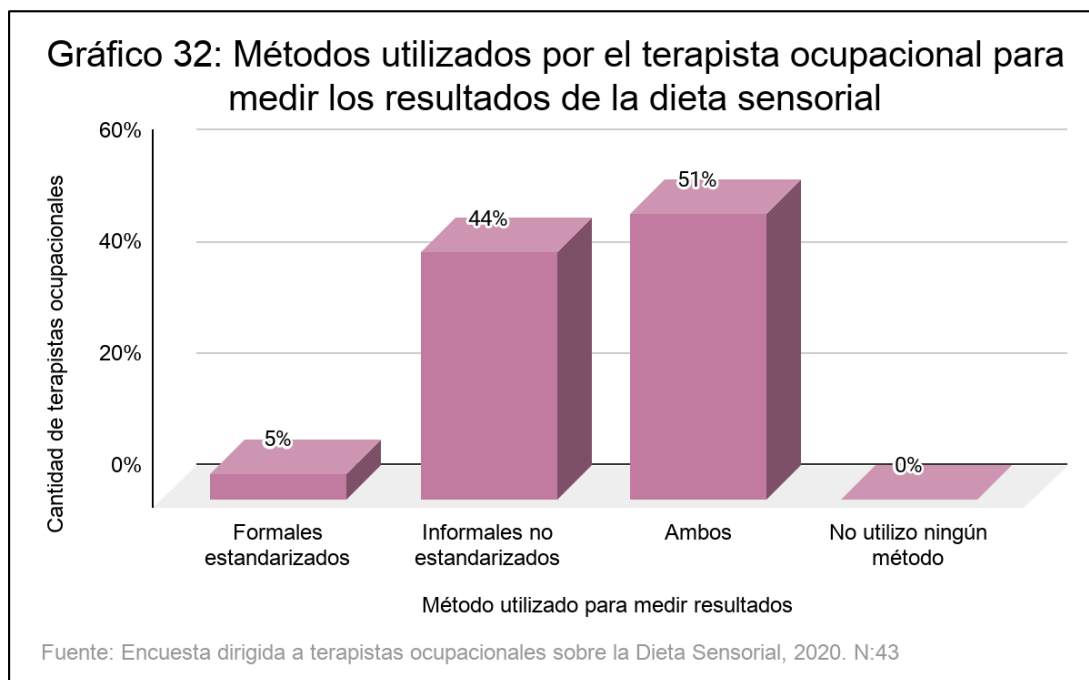
Siguiendo con esta misma línea, se desarrollan los resultados obtenidos de los objetivos específicos del siguiente objetivo general: *“Describir los métodos que las/los terapistas ocupacionales de Gran Buenos Aires utilizan para medir los resultados en la implementación de una dieta sensorial”*.

Los datos obtenidos para responder a este objetivo fueron recabados de las respuestas correspondiente a la variable “Medición de los resultados de la dieta sensorial por el terapeuta ocupacional”. Para poder alcanzar el objetivo general, se debieron cumplir en una primera instancia con todos los objetivos específicos.

Dicha variable responde a **identificar** los métodos utilizados por el terapeuta ocupacional para medir los resultados de la dieta sensorial.

Con respecto a las evaluaciones que realizan las/ los terapistas ocupacionales para medir los resultados de las dietas sensoriales, se evidenció que las mismas utilizan tanto métodos estandarizados como no estandarizados. El 51% de las terapistas ocupacionales encuestadas utiliza tanto métodos formales o estandarizados como métodos informales o no estandarizados para medir los resultados de la dieta sensorial. A su vez, el 44% utiliza únicamente métodos informales o no estandarizados mientras que solo el 5% utiliza únicamente métodos formales para medir los resultados de la dieta sensorial implementada. De este modo se puede afirmar que el 95% de profesionales encuestados utilizan métodos informales/ no estandarizados para medir los resultados de la dieta sensorial. Por otro lado, el 56% de los profesionales encuestados utilizan métodos formales/ estandarizados para la medición de resultados.

Dichos resultados se pueden observar en el Gráfico 32.



Primer objetivo específico

El primer objetivo específico fue *“Identificar y describir los métodos Formales/ Estandarizados que los/las terapeutas ocupacionales de Gran Buenos Aires utilizan para medir los resultados de una dieta sensorial”*.

Como se mencionó anteriormente, 24 terapeutas ocupacionales encuestadas, lo que equivale al 56% de profesionales, refirieron utilizar métodos formales o estandarizados. El 83,33% utiliza el *“Perfil Sensorial de Winnie Dunn”*, siendo este el valor más seleccionado. A su vez, el 12,5% realiza *“observaciones clínicas”* para medir los resultados de la dieta sensorial y el 8,33% de las encuestadas reconoce utilizar evaluaciones estandarizadas como el *“GAS”*, *“PEDI”* o *“WeeFim”*. Por último, el 4,16% mide los resultados de la dieta sensorial a través del *“Test de Procesamiento Táctil”*, el *“VMI”* y la *“Autoevaluación ocupacional pediátrica”*.

Del mismo modo, durante el análisis de datos, la respuesta *“planillas donde vuelco objetivos a*

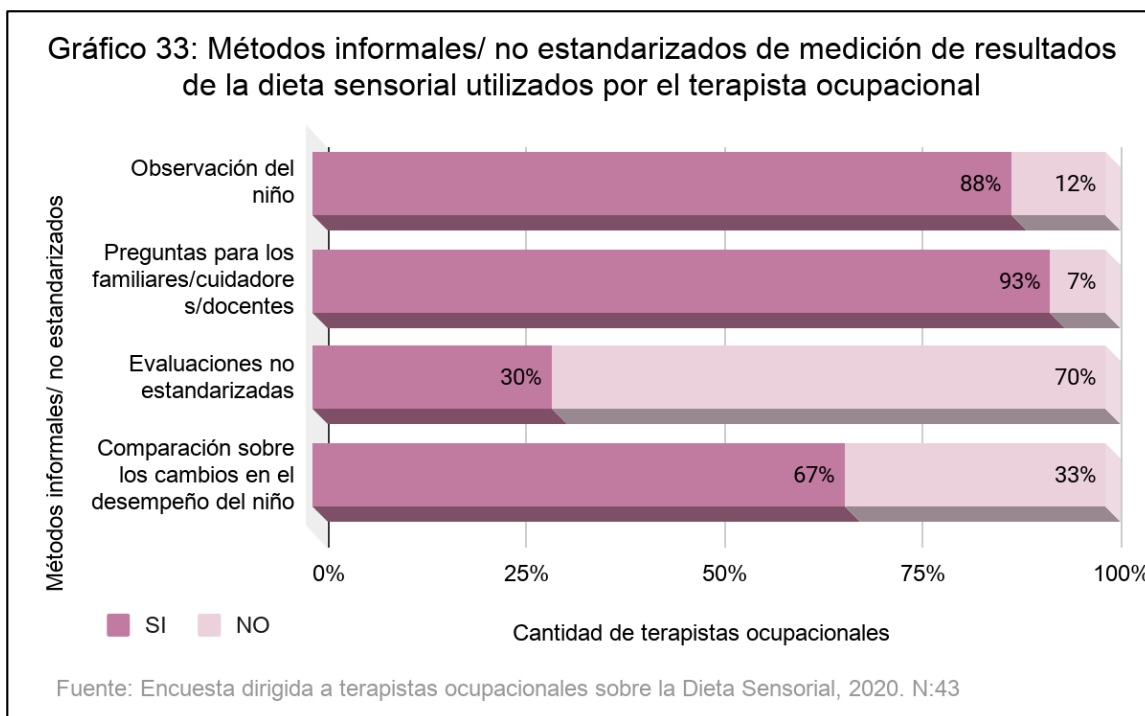
corto plazo, se mide tiempo . Por ejemplo, el niño presenta rabietas antes de cenar(contexto, tiempo, ambiente) se aplica dieta sensorial. Se realiza relevamiento de la información que brinda la familia, se mide en tiempo la rabietta, con y sin dieta. y otros...” no se consideró dentro de los valores debido a que no responde a la pregunta de la encuesta. Por otro lado, “*Planilla de datos*” no es considerada como una evaluación estandarizada. Esta respuesta hace referencia a la comparación de los cambios en el desempeño ocupacional del niño antes y después de la aplicación de la dieta, lo que indica la utilización de un método de medición de resultados informal o no estandarizado.

El segundo objetivo específico fue “*Identificar y describir los métodos Informales/ No estandarizados que los/las terapeutas ocupacionales de Gran Buenos Aires utilizan para medir los resultados de una dieta sensorial*”.

Del 95% de terapeutas ocupacionales que refirió utilizar métodos informales o no estandarizados, el 93% realiza **preguntas a los familiares, cuidadores o docentes del niño** para medir los resultados de la dieta sensorial. A su vez, el 88% realiza **observaciones al niño**, y el 67% **compara el desempeño ocupacional del niño** previo a la implementación de la dieta, con los cambios que surgen luego de la implementación de la dieta.

Una sola terapeuta ocupacional seleccionó la opción “Otros” refiriendo de manera cualitativa lo siguiente: “*Se realiza una entrevista al mes aprox de haber comenzado a aplicar la dieta sensorial para conversar acerca de los resultados y la necesidad de realizar modificaciones*”.

Dichos resultados se pueden observar en el Gráfico 33.



A su vez se le preguntó a las terapeutas ocupacionales que utilizaban ambos métodos, tanto formales como informales cuál es su criterio de selección del método para medir los resultados de la dieta sensorial.

Del 51% de los encuestados que utilizan **ambos métodos** para medir los resultados (estandarizados y no estandarizados), el 40,9% tiene como criterio de elección entre uno u otro método el **criterio clínico del profesional y la observación clínica**. Entre los relatos se pueden destacar las siguientes frases: *“Criterio clínico”, “Según lo que la familia refiere y observo en sesión”, “Razonamiento clínico” y “según lo que observo en la clínica”*

A su vez, el 36,36% tiene como criterio de elección las **características y necesidades del niño**. Alguno de los fragmentos que aparecieron en las encuestas fueron los siguientes: *“Edad”, “Según cuan clara son los signos de evolución”, “Edad del niño”, “Evaluó las necesidades de cada caso en particular” y “el dx Sensorial que presenta”*

El 22,73% selecciona un método según la **necesidad de obtener resultados cuantificables**. Esto último se ve reflejado en las siguientes respuestas obtenidas de la encuesta:

“Reevaluamos con herramientas estandarizadas cuando percibimos cambios en el desempeño, para dejarlos plasmados en resultados cuantitativos” y “A su vez siempre es importante poder cuantificar esos datos que vemos con algo más objetivo como una evaluación estandarizada”.

Por último, tres respuestas no fueron tomadas en consideración dentro de los valores debido a que no respondieron a la pregunta de la encuesta. A continuación se presentan dichos relatos: *“Son los métodos habituales que utilizó, por considerarlos relevantes”, “uso ambos” y “Casi siempre se usan todos”.* Como se puede observar, estas respuestas hacen referencia a la utilización de ambos métodos de medición de resultados (formales y no formales); y no al criterio de selección de cada método.

A partir de los resultados expuestos anteriormente, luego de haber cumplido con el segundo objetivo general, se puede decir que el segundo supuesto *“Las/ los terapistas ocupacionales de Gran Buenos Aires que utilizan dieta sensorial, emplean métodos informales o no estandarizados por sobre los métodos formales o estandarizados para medir los resultados de la dieta sensorial”,* fue acertado. Representando con un 95% del total de la muestra a las profesionales que utilizan métodos informales o no estandarizados y un 56% aquellas que utilizan métodos formales o estandarizados.

Conclusión

Durante la siguiente sección del Trabajo Final Integrador, se invita al lector a evidenciar las conclusiones obtenidas acerca de las diferentes temáticas abordadas a lo largo de la presente investigación. Como se mencionó en el planteamiento del problema científico, el trabajo de investigación se encontró guiado por las siguientes preguntas:

“¿Qué aspectos tienen en cuenta los/las terapeutas ocupacionales al confeccionar una dieta sensorial para niños con Desorden del Procesamiento Sensorial, en la actualidad en Gran Buenos Aires?”

“¿Qué métodos utilizan las/los terapeutas ocupacionales para medir los resultados de una dieta sensorial, en la actualidad en Gran Buenos Aires?”.

A continuación, se presenta en detalle la relación entre los resultados obtenidos y las apreciaciones, reflexiones y conclusiones alcanzadas al finalizar el proceso de investigación.

Tras el desarrollo de todo el Trabajo Final Integrador, se puede afirmar de forma parcial el primer supuesto planteado. Dicho supuesto establece que *“Si bien los/las terapeutas ocupacionales de Gran Buenos Aires consideran las características del niño, su rutina y contexto, la actividad sensoriomotora y el planteamiento de objetivos; la mayor parte de los/las terapeutas se centra en las características particulares del Desorden del Procesamiento Sensorial del niño, la respuesta conductual del mismo frente a un estímulo sensorial, su rutina y la planificación de objetivos”.* Como se evidencia en la presentación de los datos, las características particulares del Desorden del Procesamiento Sensorial del niño, la respuesta conductual del mismo frente a un estímulo sensorial y su rutina fueron seleccionados por las terapeutas ocupacionales que participaron de la encuesta, como los tres aspectos principales tenidos en cuenta al confeccionar una dieta sensorial.

Dichas profesionales, presentan, en su mayor parte (70% de la muestra), formación en la Teoría de Integración Sensorial avalada por AISA. Como se vió reflejado en la presentación de los datos, existe escasa formación específica acerca de la Dieta Sensorial. Asimismo, las profesionales que refirieron conocer dicha formación, expresaron obtenerla a través de las capacitaciones en Integración Sensorial. Esto refleja aún más la falta de formación o capacitación específica para la confección e implementación de una Dieta Sensorial en Argentina, mencionando únicamente dos profesionales que brindan dichos conocimientos, siendo estas María Rosa Nico y Gloria Chumbita. Inferimos que el gran porcentaje de aparición de los mismos tres aspectos principales para la

confección de una dieta sensorial, se debe a que las profesionales parten de la misma base teórica, evidenciando de esta manera, la relación entre la formación teórica y la práctica.

Wilbarger define la Dieta Sensorial como una estrategia de intervención de Terapia Ocupacional que consiste en un programa cuidadosamente planificado de actividades sensoriomotoras específicas que se programan de acuerdo con las necesidades individuales de cada niño a lo largo del día, para facilitar un nivel óptimo de excitación, promover el desarrollo típico y mejorar el rendimiento ocupacional en el contexto de la vida cotidiana (Wilbarger & Wilbarger, 2002). Partiendo de esta definición, se puede reafirmar la elección de los tres aspectos previamente mencionados como principales para la confección de una dieta sensorial. Los aspectos *“Características particulares del Desorden del Procesamiento Sensorial del niño”* y *“La respuesta conductual del niño frente a un estímulo sensorial”*, hacen referencia a la persona, demostrando que la dieta tiene en cuenta las individualidades de cada niño. Al destacar las individualidades, el coincidimos con que la mirada debe estar situada en la persona y sus características particulares. A su vez, la aparición de la *“Rutina”* dentro de los aspectos principales se relaciona con la dieta ya que esta se implementa, en caso de considerarse necesario, a lo largo de todo el día. Se cree de esta manera, que de acuerdo con la presente definición, los resultados obtenidos del Trabajo Final Integrador coinciden con la misma ya que se centra en la importancia que se le otorga a las características individuales de cada persona en relación a sus actividades a lo largo de todo el día.

Sin embargo, los resultados obtenidos difieren del supuesto planteado en la *“Planificación de Objetivos”*, sin ser seleccionado como aspecto prioritario por las profesionales encuestadas. Esto no quiere decir que las mismas no consideren la planificación de objetivos como un aspecto en la confección de una dieta sensorial, sino que no es considerado dentro de los aspectos principales, difiriendo de lo que expresamos en el supuesto de investigación. Este último punto fue llamativo ya que estimábamos que se le otorgaría mayor prioridad a los objetivos que tanto la familia como el terapeuta esperan alcanzar al confeccionar una dieta sensorial.

Los objetivos son considerados como guía en la planificación e implementación de la intervención en la práctica de Terapia Ocupacional dirigiendo las acciones de los terapeutas ocupacionales (AOTA, 2014). De este modo, suponemos que la implementación de una dieta sensorial puede verse afectada negativamente en aquellos casos donde el planteamiento de objetivos no es prioritario al confeccionar una dieta sensorial. Esto es evidenciado en los resultados obtenidos de las terapeutas ocupacionales encuestadas, debido a que fue mencionado pocas veces. Siguiendo con esta línea, se infiere que sin una meta clara donde direccionar la dieta, la misma presenta una mayor probabilidad de perder el foco principal en su implementación.

A su vez, resulta difícil evaluar la eficacia de la dieta sensorial en aquellos casos donde los objetivos no fueran planteados previamente a su implementación. Los objetivos permiten conocer aquello que se desea alcanzar con la práctica, funcionando como objeto de medición para identificar la eficacia de la planificación e implementación de la dieta sensorial. De este modo, permite comparar el objetivo planteado con los logros del paciente a lo largo de la terapia.

Una de las categorías que se destacó dentro de sus respuestas fue la de “Actividad sensoriomotora”.

En primera instancia, al considerar la “Formación en Integración Sensorial” como un criterio de inclusión para formar parte de la muestra final del presente Trabajo Final Integrador, todo profesional que participe del mismo, tiene conocimientos acerca de la Teoría de Integración Sensorial. Esta misma involucra principalmente al sistema sensorial vestibular, propioceptivo y táctil (Ammermann et al. 2015) a la hora de proporcionar un input sensorial al niño. Esto fue claramente demostrado en los resultados obtenidos acerca del tipo de actividades sensoriomotoras mayormente utilizadas dentro de una dieta sensorial, evidenciando la aplicación de dicho enfoque teórico para la implementación de la dieta sensorial.

En segunda instancia, Patricia Wilbarger establece que la dieta sensorial debe tener una frecuencia y duración específica. Dichos aspectos no formaron parte del supuesto de investigación

ya que estimamos que las terapistas ocupacionales no los consideran como aspectos principales a la hora de confeccionar una dieta sensorial. Esto fue verificado en los datos obtenidos de las encuestas, ya que tanto la frecuencia, como la duración, presentan un bajo porcentaje de aparición. Se infiere, en base a estos resultados, que la causa de la escasa consideración antedicha, podría deberse a una falta de formación en dichos aspectos al referirse a una dieta sensorial; como también, a un desacuerdo por parte de las terapistas en dichos aspectos que refieren a la base teórica aludiendo a dicho tema.

Resulta relevante aclarar que, si bien muchas profesionales consideran la frecuencia y la duración dentro de una dieta sensorial, las mismas no le otorgan gran importancia, priorizando otros aspectos. Por otro lado, se evidenció que una pequeña parte de la muestra refirió no especificar la frecuencia de la actividad sensoriomotora y/o su duración. Estos datos cautivaron nuestra atención puesto que contradicen lo definido por Patricia Wilbarger, quien establece que una de las consideraciones importantes a la hora de elegir las actividades son el tipo, la duración, frecuencia y la intensidad de estímulo que proporcionará la actividad (Wilbarger, 1995). Por consiguiente, se podría inferir que estas profesionales no cumplen con la totalidad de los requisitos planteados por dicha autora para implementar una dieta sensorial. Debido a esto, nos atrevemos a afirmar que la dieta sensorial que las terapistas ocupacionales refieren utilizar, no deberían ser llamadas de esta manera, ya que su práctica no concuerda con lo antedicho.

El hecho de que la gran mayoría de terapistas ocupacionales hayan referido que la frecuencia y duración de la actividad sensoriomotora depende de las características del niño y su familia/cuidador, refleja que la dieta se encuentra guiada por las características individuales de cada caso en particular. Esto es considerado como un factor de importancia a destacar, ya que, lo antedicho concuerda con la definición de Dieta Sensorial brindada por Wilbarger, la cual se mencionó en líneas anteriores. Asimismo, refiere que uno de los propósitos de una dieta sensorial es el ayudar a un individuo a hacer frente a un entorno problemático proporcionando un aporte sensorial individualizado para mejorar el rendimiento ocupacional (Wilbarger & Wilbarger, 2002). De este modo, se resalta que las

dietas sensoriales deben ser individualizadas y confeccionadas específicamente para cada persona. Como se mencionó previamente, la individualidad en la confección de cada dieta sensorial, fue destacada entre los aspectos principales a tener en consideración. Siendo este un componente de suma importancia para toda la práctica profesional de Terapia Ocupacional.

En última instancia, otro aspecto que resaltó dentro la categoría “Actividad sensoriomotora” fue el hecho que 8 terapistas ocupacionales refirieron consensuar los métodos para la selección de la actividad sensoriomotora en conjunto con la familia/cuidador, a pesar de que esta no fue presentada como un valor. La familia cumple un rol importantísimo en el tratamiento del niño, por lo que concordamos con el hecho de que se debe incluir a la misma durante el proceso de la confección de la dieta sensorial. Tal y como dice Wilbarger, la dieta sensorial permite la participación de la familia lo que es esencial para que la intervención se lleve a cabo fuera de la clínica de Terapia Ocupacional (Wilbarger & Wilbarger, 2002). Se cree que si hubiesemos incluido el valor: “La elección de la actividad sensoriomotora se consensúa en conjunto con la familia/cuidador.” en la encuesta; un mayor número de terapistas ocupacionales lo hubiesen elegido como opción.

Otra de las categorías que se destacó dentro de sus respuestas fue la de “Rutina y contextos del niño”. En cuanto al contexto donde se implementa la dieta sensorial, es relevante destacar la unanimidad de las profesionales que escogieron el hogar del niño. Se piensa que la elección de este contexto es debido a que el hogar es donde el niño suele desempeñarse y pasar más horas del día. Asimismo, existe la posibilidad de que todas hayan escogido esta opción, ya que durante el año 2020, Argentina se encuentra en aislamiento social, preventivo y obligatorio a causa del COVID-19, y por lo tanto, los niños no pudieron asistir a las escuelas de manera presencial y a otros espacios, debiendo permanecer muchas horas del día en sus hogares.

Por otra parte, al preguntar por el término que las terapistas ocupacionales utilizan para referirse a “Un programa de actividades sensoriomotoras que le proporcionan al niño el input sensorial que necesita a lo largo del día”, las profesionales contestaron once términos o formas de llamarlo distintos. La gran variedad de respuestas demuestra que no hay un término universal que represente dicho programa de actividades sensoriomotoras. Esto concuerda con la investigación realizada por Peterson, Hunt y White en 2018 en donde se evidenció una falta de comprensión clara del término Dieta Sensorial entre terapistas ocupacionales. Los profesionales que participaron del estudio, informaron que utilizaban términos como "estrategias sensoriales", "herramientas sensoriales" y "apoyos sensoriales", lo que también indica un malentendido general asociado al término "dieta sensorial". Peterson et al refiere que el término resulta confuso para los profesionales, pacientes y cuidadores involucrados (Peterson et al 2018).

Además, al ser “Estrategia Sensorial” y no “Dieta Sensorial” el término más elegido por las encuestadas, se cree que cada profesional se basa en su propio razonamiento clínico al implementarla y no en fundamento teórico, que describe a una auténtica dieta sensorial. A su vez, esto puede deberse a que existe un gran vacío de conocimientos sobre el uso de dietas sensoriales en las prácticas de Terapia Ocupacional (Peterson et al. 2018). Se han realizado pocas investigaciones sobre las dietas sensoriales que utilizan los terapeutas, en qué situaciones las emplean (Bertaut Copeland, 2006; Friberg, 2018) y el efecto, es decir, los alcances de las mismas (Watling & Hauer, 2015).

Tras el desarrollo de todo el Trabajo Final Integrador, se puede afirmar el segundo supuesto planteado. Dicho supuesto establece que *“Las/ los terapistas ocupacionales de Gran Buenos Aires que utilizan dieta sensorial, emplean métodos informales o no estandarizados por sobre los métodos formales o estandarizados para medir los resultados de la dieta sensorial.”*

Consideramos que al no utilizarse una evaluación estandarizada, comprobada científicamente en una población determinada, la validez y fidelidad de dicha evaluación es menor. Dichos métodos informales son subjetivos, es decir, que son resultados obtenidos a través de la mirada del profesional. Estos, pueden variar según lo que el profesional observa y registra, los sentimientos hacia el paciente, entre otros factores. Por lo tanto, las evaluaciones no estandarizadas presentan un grado menor de confiabilidad que las estandarizadas. Vale aclarar que las evaluaciones informales o no estandarizadas son de importancia y gran aporte para la práctica profesional y evaluación de resultados. Sin embargo, se considera que las mismas deben encontrarse acompañadas por la utilización de métodos formales o estandarizados que otorguen validez y confiabilidad a la medición de resultados. Tal como establecen Pingale, Fletcher y Candler en 2019, la falta de explicación y variaciones de los protocolos de intervención y el uso de medidas de resultado no estandarizadas impiden la replicación de intervenciones en entornos clínicos o con fines de investigación. La falta de pruebas empíricas ha dado lugar a una aplicación incoherente de las dietas sensoriales (Peterson et al. 2018).

Podría ser de gran aporte para la práctica de Terapia Ocupacional, realizar una investigación donde se evidencie si la falta de utilización de métodos formales o estandarizados se refleja en otras prácticas de la Terapia Ocupacional más allá de la medición de resultados de la dieta sensorial por terapeutas ocupacionales en la actualidad en Gran Buenos Aires expuestas en este Trabajo Final Integrador.

Al mismo tiempo, es pertinente mencionar que los datos que se obtendrán en este Trabajo Final Integrador, podrán ser de utilidad para futuras investigaciones como base para la creación de un protocolo que guíe la confección de una dieta sensorial. Esto, a su vez, podría aportar conocimiento teórico y práctico que facilite la investigación para comprobar la eficacia de la dieta sensorial, ya que al utilizar los mismos estándares, es posible replicarlos en otras poblaciones. Asimismo, resulta interesante realizar una investigación que compruebe si lo dicho por las profesionales en entre

trabajo, coincide con su práctica e intervención. Por último, se podrá replicar la temática de este Trabajo Final Integrador en otras zonas o localidades del país para obtener nuevos datos que puedan ser comparados.

Para concluir, consideramos consideran de suma importancia el relato acerca de diversas circunstancias a destacar que fueron surgiendo durante el proceso del presente Trabajo Final Integrador a lo largo del año 2020.

En primer lugar, nos sorprendimos y alegramos de la predisposición por parte de todas las terapistas ocupacionales contactadas para compartir sus experiencias, conocimientos, reflexiones, bibliografía, participación en cursos, entre otros. Conversando con profesionales tanto de Argentina como de Venezuela, Colombia, Estados Unidos y España. A su vez, muchas profesionales encuestadas, ya sea que formaron parte de la muestra como no, solicitaron recibir los resultados del presente Trabajo Final Integrador, demostrando gran interés por mantenerse actualizado en las nuevas producciones de conocimiento. Esto nos entusiasmó debido a que nos vimos inmersas en una profesión que demuestra un espíritu colaborativo y predispuesto a fomentar la producción de conocimiento para la práctica de Terapia Ocupacional. Del mismo modo, el interés de la temática por parte de las profesionales nos incentivó a involucrarnos por completo en la realización del Trabajo Final Integrador que aborda el tema de Dieta Sensorial. Cabe destacar la colaboración por parte de una terapeuta ocupacional quien aportó sus conocimientos en el proceso metodológico del trabajo. La misma ofreció una mirada externa en todo el recorrido, encaminando los objetivos de la investigación y aportando nuevas ideas para desarrollar.

Asimismo, la situación actual en relación a la pandemia por el Covid-19 en Argentina influyó en diversos aspectos a la hora de desarrollar el presente Trabajo Final Integrador. Por un lado, al consistir en un trabajo realizado de manera grupal, el mismo se encontró entorpecido en su comienzo al no encontrarse permitidos los encuentros de manera presencial. Si bien, eso hubiese facilitado en gran parte el trabajo en equipo, logramos adaptarnos a las circunstancias de manera exitosa,

logrando el aporte individual de cada una. Del mismo modo, dicho contexto influyó en la elección del instrumento a utilizar. En una primera instancia, el trabajo tenía como objetivo observar la implementación de una dieta sensorial y sus resultados. Debido a que esto no fue posible, el objetivo del Trabajo Final Integrador se vio condicionado al cambio, buscando abordar la confección e implementación de la dieta sensorial a partir del relato de los/las profesionales que la utilizan. Asimismo, si bien la muestra abarcó toda la zona de Gran Buenos Aires, consideramos que la misma podría haberse ampliado al área de AMBA. Por último, cabe destacar que, producto al cierre de las escuelas por la pandemia, teníamos mayor disponibilidad horaria para participar en el desarrollo del trabajo debido a que todas nos desempeñamos laboralmente en dicho rubro.

Bibliografía

A

Abero, L., Berardi, L., Capocasale, A., García Montejó, S., Rojas Soriano, R. (2015). Investigación Educativa. Abriendo puertas al conocimiento. Montevideo, Uruguay: Editorial CONTEXTO S.R.L.

Ahn, R. R., Miller, L. J., Milberger, S., & McIntosh, D. N. (2004). Prevalence of parents' perceptions of sensory processing disorders among kindergarten children. *American Journal of Occupational Therapy*, 58(3), 287-293. doi: 10.5014/ajot.58.3.287

AISA (Asociación de Integración Sensorial Argentina). (2020). LISTADO T.O. CERTIFICADAS. AISA. Recuperado de: <http://www.aisaargentina.com.ar/listado-profesionales.php>.

Alibrandi, N., Beacock, L., Church, C., Des Moines, S., Goodrich, K., Harris, L., Sprague, C., Vrtovsnik, L. (2014). Perceptions and Awareness of Sensory Processing Disorder and Sensory Diets Among Head Start Personnel. Graduate Master's Theses, Utica College. New York, United States.

Ammermann, K; Annable, J; Bogino, C; Brosemer, J; Day, R; Hall, B; Headley, J; Kowalski, A; Kurzac, E. (2015). Awareness & Perceptions of Sensory Processing Disorders & Sensory Diets in Day Care Facilities. Graduate Master's Theses, Utica College. New York, United States.

Anzalone, M. E., & Lane, S. J. (2012). Sensory processing disorders: Feels awful and doesn't sound very good, either! In S. J. Lane & A. C. Bundy, *Kids can be kids* (pp.437-459). Philadelphia: F.A. Davis.

Ashburner, J., Ziviani, J., & Rodger, S. (2008). Sensory processing and classroom emotional, behavioral, and educational outcomes in children with autism spectrum disorder. *American Journal of Occupational Therapy*, 62(5), 564-573. doi: 10.5014/ajot.62.5.564

Asociación Americana de Terapia Ocupacional. (2014). *Marco de Trabajo para la Práctica de Terapia Ocupacional: Dominio y Proceso*. (3era Edición). Universidad Mayor. Santiago de Chile, Chile.

Asociación Americana de Terapia Ocupacional (AOTA). Disponible en: www.aota.org. Case-Smith J. (2005). *Occupational therapy for children*. 5th Edition. Missouri, United States. Editorial St. Louis: Elsevier Mosby.

Ayres, A. J. (1979). *Sensory Integration and the Child*. Los Angeles: Western Psychological Services.

Ayres J. (2008) *La integración sensorial en los niños. Desafíos sensoriales ocultos*. Ed. 25 aniversario. Madrid: TEA.

Ayres, A. J., & Robbins, J. (2005). *Sensory integration and the child: Understanding hidden sensory challenges*. Western Psychological Services.

B

Baltazar Mori, A. (2015). *Addressing Sensory Integration and Sensory Processing Disorders Across the Lifespan: The Role of Occupational Therapy*. American Occupational Therapy Association Fact Sheet. Retrieved from:

http://www.aota.org/~media/Corporate/Files/AboutOT/Professionals/WhatIsOT/CY/Fact-Sheets/FactSheet_SensoryIntegration.pdf

Bar-Shalita, T., Vatine, J., & Parush, S. (2008). Sensory modulation disorder: A risk factor for participation in daily life activities. *Developmental Medicine & Child Neurology*, 50, 932-937. doi: 10.1111/j.1469-8749.2008.03095.x

Battle, R., Beehm, C., Lynch, G., Mathers, S. & Micho, L. (2012). Teacher's awareness and perceptions of sensory diets. (Unpublished master's thesis), Utica College. New York, United States.

Beaudry Bellefeuille, I. (2013). El enfoque de la integración sensorial de la doctora Ayres. *TOG (A Coruña)*; 10(17): [11 p.]. Disponible en: <http://www.revistatog.com/num17/pdfs/historia1.pdf>

Ben-Sasson, A., Carter, A., & Briggs-Gowan, M. (2009). Sensory over-responsivity in elementary school: Prevalence and social-emotional correlates. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 37(5), 705-716. doi: 10.1007/s10802-008-9295-8

Baranek, G. T. (2002). Efficacy of Sensory and Motor Interventions for Children with Autism. *Journal of Autism and Developmental Disorders*. 32 (5), 397-422.

Baranek, G. T., Watson, L. R., Boyd, B. A., Poe, M. D., David, F. J., & McGuire, L. (2013). Hyporesponsiveness to social and nonsocial sensory stimuli in children with autism, children with developmental delays, and typically developing children. *Development and Psychopathology*, 25(2), 307-320. doi:10.1017/S0954579412001071

Bar-Shalita, T., Vatine, J., & Parush, S. (2008). Sensory modulation disorder: A risk factor for participation in daily life activities. *Developmental Medicine & Child Neurology*, 50(12), 932-937. Doi: 10.1111/j.1469-8749.2008.03095.x

Bar-Shalita, T., Vatine, J.-J., Seltzer, Z., & Parush, S. (2009). Psychophysical correlates in children with sensory modulation disorder (SMD). *Physiology & Behavior*, 98(5), 631–639. doi:10.1016/j.physbeh.2009.09.020

Benson, J. D., Nicka, M. N., & Stern, P. (2006). How does a child with sensory processing problems play? *Internet Journal of Allied Health Sciences and Practice*, 4(4), 4.

Ben-Sasson, A., Carter, A. S., & Briggs-Gowan, M. J. (2009). Sensory over-responsivity in elementary school: Prevalence and social-emotional correlates. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 37, 705-716. doi: 10.1007/s10802-008-9295-8

Beaudry, I. (2004). El enfoque de la Teoría de la integración sensorial: fundamentos básicos. *Boletín Informativo - Asociación Española de Terapeutas Formados en el Concepto Bobath*, 14, 7-8

Beaudry Bellefeuille I. El enfoque de la integración sensorial de la doctora Ayres. *TOG (A Coruña)* [revista en Internet]. 2013 [fecha de la consulta]; 10(17): [11 p.]. Disponible en: <http://www.revistatog.com/num17/pdfs/historia1.pdf>

Bertaut Copeland, J. (2006). Parent and Therapist Perceptions of Sensor ceptions of Sensory Based Str y Based Strategies ategies Used by Occupational Therapists in Family-Centered Early Intervention Practice. Virginia Commonwealth s University. Virginia, United States.

Blanche, E., Botticelli, T., Hallway, M.; (1995); *Combinando el Tratamiento de Neurodesarrollo y los Principios de Integración Sensorial*. Traducción realizada por T.O. Marialnes Villanueva.

Blanche E. (2011). *Equilibrio Sensorial. Una guía sobre el procesamiento sensorial para padres y profesionales*. Madrid: Aytón Tosa S.L.

Bodison, S. C., & Parham, L. D. (2018). Specific sensory techniques and sensory environmental modifications for children and youth with sensory integration difficulties: A systematic review. *American Journal of Occupational Therapy*, 72, 7201190040. <https://doi.org/10.5014/ajot.2018.029413>

Botinelli. (2004). *Metodología de la investigación y estadística*. Buenos Aires: Universidad de Buenos Aires. Argentina.

Brett-Green, B. A., Miller, L. J., Schoen, S. A., & Nielsen, D. M. (2010). An exploratory event-related potential study of multisensory integration in sensory over- responsive children. *Brain Research*, 1321, 67-77. Doi: 10.5014/ajot.2010.09077

Briones, G. (1989). *Métodos y técnicas avanzadas de investigación aplicadas a la educación y a las ciencias sociales*. 3ª edición. Santiago, Chile: Editorial IPRC-CIID.

Brown, N. B., & Dunn, W. (2010). Relationship between context and sensory processing in children with autism. *American Journal of Occupational Therapy*, 64(3), 474-483.

Bundy, A.C., & Murray, E. A. (2002). *Sensory integration theory and practice* (2nd ed.). Philadelphia: F. A. Davis.

C

Castillejos, L., Rivera, L. (2009). Asociación entre el perfil sensorial, el funcionamiento de la relación cuidador-niño y el desarrollo psicomotor a los tres años de edad. *Salud Mental*. 32:231-9.

Cingolani, H., Houssay, B. (2007). *Fisiología humana de Houssay*. 7ma Edición. Buenos Aires, Argentina. Editorial El Ateneo.

Collins, B., & Miller, L. J. (2012). Sensory-based motor disorders: Postural disorder. *Autism Asperger's Digest*, 46-47. Retrieved from <http://www.spdfoundation.net/MillerArticles/Jul.-Aug.%202012%20-%20SBMD,%20PD.pdf>

Cosbey, J., Johnston, S., S., & Dunn, M., L. (2010). Sensory processing disorders and social participation. *American Journal of Occupational Therapy*, 64(3), 462-473. doi:10.5014/ajot.2010.09076

Cosbey, J., Johnston, S., S., Dunn, M., L., & Bauman, M. (2012). Playground behaviors of children with and without sensory processing disorders. *OTJR: Occupation, Participation & Health*, 32(2), 39-47. doi:10.3928/15394492-20110930-01

Craig, A. D. (2014). *How do you feel? An interoceptive moment with your neuro-biological self*. Princeton University Press. New Jersey, United States.

D

Dankhe, G. L. (1989). *Investigación y comunicación*. México. Editorial McGraw Hill.

Dar, R., Kahn, D. T., & Carmeli, R. (2012). The relationship between sensory processing, childhood rituals and obsessive-compulsive symptoms. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry*, 43(1), 679-684.

Davies, P. L., Chang, W., & Gavin, W. J. (2009). Maturation of sensory gating performance in children with and without sensory processing disorders. *International Journal of Psychophysiology*, 72(2), 187-197. doi: 10.1016/j.ijpsycho.2008.12.007

Davies, P. L., & Gavin, W. J. (2007). Validating the diagnosis of sensory processing disorders using EEG technology. *American Journal of Occupational Therapy*, 61(2), 176-189. doi: 10.5014/ajot.61.2.176

De Graaf-Peters, V. B., Blauw-Hospers, C. H., Dirks, T., Bakker, H., Bos, A. F., & Hadders., Algra, M. (2007). Development of postural control in typically developing children and children with cerebral palsy: Possibilities for intervention? *Neuroscience and Biobehavioral Review*, 31, 1191-1200.

Del Moral Orro, G., Pastor Montaña, M.A., Saenz Vler, P. (2013). Del Marco Teórico de Integración Sensorial al Modelo Clínico de Intervención. *TOG (A Coruña)*.10(17), 25-49.

Demopoulos, M. (2009). A pilot study of the effect of a sensory diet on the in-seat behaviour of grade one learners in the classroom. Recuperado de: <http://wiredspace.wits.ac.za/handle/10539/7427>

DeSantis, A., Harkins, D., Tronick, E., Kaplan, E., & Beeghly, M. (2011). Exploring an integrative model of infant behavior: What is the relationship among temperament, sensory processing, and neurobehavioral measures? *Infant Behavior and Development*, 34(2), 280-292. doi: 10.1016/j.infbeh.2011.01.003

DiMatties, M. E. (2004). Understanding sensory integration. Recuperado de:
<http://www.idonline.org/article/5612/>

Asociación Profesional de Terapeutas Ocupacionales de Navarra [APTONA]. (2004). Terapia Ocupacional en Atención Temprana. Pamplona, España. Disponible en: http://www.terapia-ocupacional.com/articulos/TO_Atencion_Temprana_Navarra.shtm

Dunn, W. (1997). The Impact of Sensory Processing Abilities on the Daily Lives of Young Children and Their Families: A Conceptual Model. University of Kansas Medical Center. *Infants and Young Children*. 9(4); 23-35

Dunn, W. (2007). Supporting Children to Participate Successfully in Everyday Life by Using Sensory Processing Knowledge. *Infants and Young Children*, Vol. 20, No. 2, pp. 84–101

Dunnston, E., & Griffiths, S. (2008). Sensory strategies: Practical support to empower families. *New Zealand Journal of Occupational Therapy*, 55 (1): 5-13. Retrieved from <http://search.informit.com.au/documentSummary:dn=194572153682279:res=IELNZC>ISSN:1 171-0462>

E

Edelson, S.M., Edelson, M.G., Kerr, D.C.R., & Grandin, T. (1999). Behavioral and physiological effects of deep pressure on children with autism: A pilot study evaluating the efficacy of Grandin's Hug Machine. *American Journal of Occupational Therapy*, 53, 145-152.

F

Fazlioglu Y, Baran G. A Sensory Integration Therapy Program on Sensory Problems for Children with Autism. *Percept Mot Skills*. 2008; 106: 415-422.

Federación Mundial de Terapeutas Ocupacionales. (2012). Disponible en <https://www.wfot.org/about/about-occupational-therapy>

Forni, F.; Gallart, M.; Vasilachis de Gialdino, I. (1993). *Métodos Cualitativos II. La práctica de la Investigación*. Centro Editor de América Latina [CEAL]. Nº 57 Buenos Aires, Argentina.

Friberg, D.C. (2018) *Understanding the Use of Family-Centered Principles by Early Intervention Occupational Therapists in the Development of Sensory Diets*. Occupational Therapy Doctoral degree at the University of Utah. Utha, United States.

G

Gallart, MA. (1993) *La integración de métodos y la metodología cualitativa. Una reflexión desde la práctica de la investigación*. Libro: *Métodos cualitativos II. La práctica de la investigación*. Centro Editor de América Latina.

González-Francisco, L. (2009). *Hablemos de... Terapia Ocupacional*. *An Pediatr Contin*. 7(2):121-6

H

Heck, B., Kobielski, M., Crawford, A., & Bickford, K. (2013). *Parents' awareness and perception of sensory diets*. (Unpublished master's thesis) Utica College. New York, United States.

Humphry, R. (2002). Young children's occupations: Explicating the dynamics of developmental processes. *American Journal of Occupational Therapy*, 56, 171-179.

J

Jorge, J., de Witt, P. A., & Franzsen, D. (2013). The effect of a two-week sensory diet on fussy infants with regulatory sensory processing disorder. *South African Journal Of Occupational Therapy*, 43(3), 28-34

K

Kinnealey, M., Oliver, B., & Wilbarger, P. (1995). A phenomenological study of sensory defensiveness in adults. *American Journal of Occupational Therapy*, 49, 444–451.

Kranowitz, C. S. (1998). *The out-of-sync child: Recognizing and coping with sensory integration dysfunction*. New York, NY: Penguin Putnam Inc. United States.

Kumari Sahoo, S., & Senapati, A. (2014). Effect of sensory diet through outdoor play on functional behaviour in children with ADHD. *Indian Journal Of Occupational Therapy*, 46(2), 49-54.

L

Lamas, L. y Reinoso, G. (2020). La Evolución de la Teoría y Práctica de Integración Sensorial en Terapia Ocupacional en la República Argentina: una revisión histórica. *Revista Argentina de Terapia Ocupacional*, 6(1), 70-73. Disponible en <http://www.revista.terapia-ocupacional.org.ar/RATO/2020ene-resenia%20hist.pdf>

Lawson, M. L., Dunn, W. (2008). Children's Sensory Processing Patterns and Play Preferences. *Annual in Therapeutic Recreation*, 16, 1-10.

Ley N° 23.849. Convención sobre los Derechos del Niño, Argentina, 16 de octubre de 1990.

M

Mahler, K. (2020). What is Interoception?. Mahler Autism Services. Recuperado de:
<https://www.kelly-mahler.com/what-is-interoception/>

Mahler, K. (2016). Interoception: The Eighth Sensory System: Practical Solutions for Improving Self-Regulation, Self-Awareness and Social Understanding of Individuals With Autism Spectrum and Related Disorders. Shawnee Mission, KS: AAPC Publishing. Kansas, United States.

Mc Intosh, D., Miller, L., Hagerman, R. (1999). Sensory-modulation disruption, electrodermal responses, and functional behaviors. *Developmental Medicine & Child Neurology*, 41.

McIntosh, Miller, Shyo, Dunn. Development and validation of the short sensory profile. En: Dunn W, editor. *Sensory profile: user's anual*. San Antonio, TX: The Psychological Corporation, 1999. p. 59-73.

Miller, L. J., Anzalone, M. E., Lane, S. J., Cermak, S. A., & Osten, E. T. (2007). Concept evolution in sensory integration: A proposed nosology for diagnosis. *American Journal of Occupational Therapy*, 61, 135-140. doi:10.5014/ajot.61.2.135

Miller, L., Cermak, S., Lane, S., Anzalone, M., Koomar, J. (2004). Position Statement on terminology related to sensory integration dysfunction. *SI Focus*, Summer, 6-14.

Miller, L.J. (2003). Empirical evidence related to therapies for sensory processing impairments. National Association of School Psychologists Communiqué, 31, 1-9.

Miller, L. J. (2006). Sensational kids: Hope and help for children with sensory processing disorder. New York: G.P. Putnam's Sons. United States.

Miller, L. J., Fuller, D.A., Roetenberg J., Stock Kranowits C. (2014). Sensational Kids: hope and help for children with sensory procesing disorder. New York : G.P Putman's Sons.United States.

Miller, M. (2010). Ask the doctor. My son always seems to be in trouble at school. His elementary school teacher told me she thinks he has sensory processing disorder. What is that? The Harvard Mental Health Letter / From Harvard Medical, 26(10) School, 8.

Mitchell, A. W., Moore, E. M., Roberts, E. J., Hachtel, K. W., & Brown, M. S. (2015). Sensory processing disorder in children ages birth–3 years born prematurely: A systematic review. American Journal of Occupational Therapy, 69, 1-11. <http://dx.doi.org/10.5014/ajot.2015.013755>

Moya Rosendo. (2012). La integración sensorial como parte de la rehabilitación infantil. Hermanas Hospitalarias, Hospital Beata María Ana. Madrid, España. Recuperado de: <https://xn--daocerebral-2db.es/publicacion/articulo-la-integracion-sensorial-como-parte-de-la-rehabilitacion-infantil/>

N

Nackley, V. L. (2001). Sensory diet applications and environmental modifications: A winning combination. Sensory Integration Special Interest Section Quarterly, 24 (1), 1-4

Neu, M., & Browne, J.V. (1997). Infant physiological and behavioral organization during swaddled versus unswaddled weighing. *Journal of Perinatology*, 17, 193-198.

Nico (2004). ¿Qué es la integración Sensorial y cómo afecta a nuestros hijos?. *VIDA ACTIVA*. San Martín de Tucumán. Nro 3.

O

Ochoa, C. (2015). Muestreo no probabilístico por bola de nieve. *Netquest*. Recuperado de: <https://www.netquest.com/blog/es/blog/es/muestreo-bola-nieve>

Olson, L., & Moulton, H. (2004). Use of weighted vests in pediatric occupational therapy practice. *Physical and Occupational Therapy in Pediatrics*, 24, 45-60.

Oyola, Reynolds. Prevalence of Sensory Modulation Disorder among Puerto Rican Preschoolers: AN Analysis focused on Socioeconomic Status Variables. *Occup Ter In*;2013: 20: 144-54

P

Padua, J. (1994). *Técnicas de investigación aplicadas a las ciencias sociales*. Fondo de Cultura Económica. México.

Pawlowicz, M. P; Bottinelli, M. M. (2003). Introducción a los métodos cualitativos. En *Metodología de Investigación. Herramientas para un pensamiento científico complejo*. (p. 108) Buenos Aires, Gráfica Hels.

Parham, Cohn, Spitzer, Koomar, Miller, Burke (2007). Fidelity in sensory integration intervention research. *American Journal of Occupational Therapy*, 61, 216–227.

Parham, & Mailloux, (2013). Sensory Integration. In Occupational Therapy for Children (6th Ed.). Maryland Heights, MO: Mosby Elsevier.

Parham, Roley, May-Benson, Koomar, Brett-Green, Burke, Schaaf (2011). Development of a Fidelity Measure for Research on the Effectiveness of the Ayres Sensory Integration(R) Intervention. American Journal of Occupational Therapy, 65(2), 133–142. doi:10.5014/ajot.2011.000745

Peterson, M., Hunt, A., White, E. (2018). Survey of Sensory Diet Use Among California Occupational Therapy Practitioners. Graduate Master's Theses, Capstones, and Culminating Projects. 291

Pingale, Fletcher, & Candler. (2019). The Effects of Sensory Diets on Children's Classroom Behaviors. Journal of Occupational Therapy, Schools, & Early Intervention, 1–14.

Polonio López, B. (2008). Terapia Ocupacional En la Infancia - Teoría y Práctica. España: Editorial Médica Panamericana.

R

Reinson, C. (2012). A Collaborative Decision Tree System for Designing a Sensory Diet Curriculum for Children with Autism in the Classroom Setting. Journal of Occupational Therapy, Schools, & Early Intervention, 5(1), 61–72.

Reynolds, S., & Lane, S. J. (2008). Diagnostic validity of sensory over-responsivity: A review of the literature and case reports. Journal of Autism Developmental Disorders, 38, 516-529. doi:10.1007/s10803-00700418-9

Robles, R. P., Ballabriga, M. C. J., Diéguez, E. D., & da Silva, P. C. (2012). Validating regulatory sensory processing disorders using the Sensory Profile and Child Behavior Checklist (CBCL 1½–5). *Journal of Child and Family Studies*, 21(6), 906-916.

Roley, Mailloux, Miller-Kuhaneck, & Glennon (2007). Understanding Ayres sensory integration. *OT Practice*, 12(17), 1-8.

Román-Oyola, R., Reynolds, S. (2013). Prevalence of Sensory Modulation Disorder among Puerto Rican Preschoolers: An Analysis Focused on Socioeconomic Status Variables. *Occup Ther In.* 20:144-54

Rubio; V. (2004). La entrevista en profundidad. La observación. En *El Análisis de la realidad en intervención social: Métodos y técnicas de investigación*(456 - 480). -: Editorial CCS. España.

S

Samaja, J (2003). *Epistemología y metodología*. Buenos Aires: Universidad de Buenos Aires. Argentina.

Samaja, J (1993). *Epistemología y Metodología. Elementos para una teoría de la investigación científica*. Colección Temas. EUDEBA.

Hernandez Sampieri, R., Fernandez Collado, C., Baptista Lucio, P. (2014). *Metodología de la investigación* (6ta Edición). McGraw-Hill. México.

Schultz-Krohn, W. (2013). Sensory Diet. *Encyclopedia of Autism Spectrum Disorders*, 2765–2770.

Schaaf, R. C., Hunt, J., Benevides, T. (2012). Occupational therapy using sensory integration to improve participation of a child with autism: A case report. *American Journal of Occupational Therapy*, 66: 547–555. Doi: 10.5014/ajot.2012.004473

Schaaf, R. C., Nightlinger, K. M. (2007) Occupational therapy using a sensory integrative approach: A case study of effectiveness. *American Journal of Occupational Therapy*. 61: 239–246.

Smith, S., Press, B., Koenig, K., & Kinnealey, M. (2005). Effects of sensory integration intervention on self-stimulating and self-injurious behaviors. *American Journal of Occupational Therapy*, 59, 418-425.

Spitzer, S., & Smith Roley, S. (2001). Sensory integration revisited: A philosophy of practice. In S. Smith Roley, E. I. Blanche, & R. C. Schaaf (Eds.), *Understanding the nature of sensory integration with diverse populations* (pp. 1–27). San Antonio, TX: Therapy Skill Builders.

Swearingen, A. (2007). *Using a “Sensory Diet” with Children with Sensory Processing Disorder (SPD)*. Super Duper Publications.

T

Toussaint-Thorin, M., Marchal, F., Benkhaled, O., Pradat-Diehl, P., Boyer, F.C., & Chevignard, M. (2013). Executive functions of children with developmental dyspraxia: Assessment combining neuropsychological and ecological tests. *Annals of Physical and Rehabilitation Medicine*, 56, 268-287. doi: 10.1016/j.rehab.2013.02.006

V

Vidya Pingale, M.S. (2018). The Effects of Sensory Diets on Children with Sensory Processing Disorder. Graduate Master's Theses, Texas Woman's University. United States.

Vidya Pingale, Tina Fletcher & Catherine Candler (2019): The Effects of Sensory Diets on Children's Classroom Behaviors, *Journal of Occupational Therapy, Schools, & Early Intervention*, doi: 10.1080/19411243.2019.1592054

W

Wan Yunus, F., Liu, K. P., Bissett, M., & Penkala, S. (2015). Sensory-Based Intervention for Children with Behavioral Problems: A Systematic Review. *Journal Of Autism And Developmental Disorders*, 45(11), 3565-3579.

Watling, R., & Hauer, S. (2015). Effectiveness of Ayres sensory integration® and sensory-based interventions for people with autism spectrum disorder: A systematic review. *American Journal of Occupational Therapy*, 69(5), 6905180030p1-6905180030p12

Watling, R., Kuhanek, H., Parham, D., & Schaaf, R. (2018). Occupational therapy practice guidelines for children and youth with challenges in sensory processing and sensory integration. Bethesda, MD: AOTA Press, Inc

Watson,, Patten, , Baranek, Poe, Boyd, Freuler, & Lorenzi. (2011). Differential associations between sensory response patterns and language, social, and communication measures in children with autism or other developmental disabilities. *Journal of Speech, Language, and Hearing Research*, 54(6), 1562-1576. doi: 10.1044/1092-4388(2011/10-0029

Watling & Clark.(2011). Using sensory integration and sensory-based occupational therapy interventions across pediatric practice settings. *OT Practice*, 16(17), 1-8.

Watling, Patten Koenig, Davies, Schaaf. (2011). *Occupational Therapy Practice Guidelines for children and adolescents with challenges in Sensory Processing and Sensory Integration*. Bethesda: AOTA Press.

Wilberger P. (1995). The sensory diet: Activity programs based on sensory processing theory. *Sensory Integration Special Interest Section Newsletter*. Rockville. MD: American Occupational Therapy Association, 18 (2), 1-4.

Wilbarger, P., & Wilbarger, J. L. (1991). *Sensory defensiveness in children aged 2–12*. Santa Barbara, CA: Avanti Educational Programs. United States.

Wilbarger, J. L., & Wilbarger, P. L. (2002). Wilbarger approach to treating sensory defensiveness and clinical application of the sensory diet. Sections in alternative and complementary programs for intervention, chapter 14. In A. C. Bundy, E. A. Murray, & S. J. Lane (Eds.), *Sensory integration: Theory and practice* (2nd ed., pp. 335–338). Philadelphia: F. A. Davis. United States.

Williams, M. S., & Shellenberger, S. (1994). *How does your engine run? A leader's guide to the ALERT program for Self-regulation*. Albuquerque, New Mexico: TherapyWorks. United States.

Y

Yack, E., Sutton, S., Aquilla, P. (2002). *Building bridges through sensory integration: Therapy for children with autism and other pervasive developmental disorders*. Arlington, TX: Future Horizons.

Ynoub. (2012). La ciencia como práctica social: bases para situar el examen del proceso de investigación científica en sentido pleno. Argentina: -.

Ynoub, R. (2014). El diseño de la investigación»: una cuestión de estrategia. Buenos Aires. Argentina.

Z

Zane, T., Davis, C., & Rosswurm, M. (2008). The cost of fad treatments in autism. *Journal of Early and Intensive Behavior Intervention*, 5(2), 44. doi: 10.1037/h0100418.

ANEXO A

Encuesta dirigida a Terapistas Ocupacionales sobre la Dieta Sensorial, 2020.

Se constata que Cerrudo Josefina, Cogliati Valentina, Gonzalez Venzano Damasia y Moler Milagros son alumnas regulares en la Universidad Nacional de San Martín de la carrera de Licenciatura en Terapia Ocupacional. Las mismas se encuentran realizando el Trabajo Final Integrador cuyo tema es: “Confección de Dietas Sensoriales dirigidas a niños con Desorden en el Procesamiento Sensorial y su utilización por terapeutas ocupacionales en la actualidad en Gran Buenos Aires”. La siguiente encuesta tiene el fin de recolectar los datos necesarios para llevar a cabo dicho trabajo; con el objetivo de identificar y describir los aspectos que las/los terapeutas ocupacionales de Gran Buenos Aires tienen en cuenta para la confección de la Dieta Sensorial en la actualidad; y los métodos que utilizan para medir sus resultados.

Su decisión de participar en esta investigación es completamente voluntaria, disponiendo del derecho a no aceptar o retirar su consentimiento en el momento que considere necesario. Por otro lado, toda la información que sea recabada por la encuesta será confidencial de acuerdo a lo que establece la Ley N°25.326 de protección de datos personales. Es decir, se preservará la identidad del profesional.

La encuesta dura un tiempo estimado de 10 minutos. Se agradece profundamente su tiempo y participación en la misma. Ante cualquier consulta o inquietud comuníquese con las integrantes por medio de correo electrónico: jose.cerrudo@gmail.com y/o damagvenzano@gmail.com.

PREGUNTAS DE LA ENCUESTA

¿Qué edad tiene?

Los valores parten de 22 años hasta mayores de 60 años

Indique cuál es su sexo biológico

Femenino - Masculino

¿Es usted Terapeuta Ocupacional que trabaja en el área de pediatría en Gran Buenos Aires?

Si -No. En caso de responder que no la encuesta finaliza (criterio de inclusión)

¿Trabaja con niños que tienen Desórdenes en el Procesamiento Sensorial?

Si -No. En caso de responder que no la encuesta finaliza (criterio de inclusión)

¿Cuántos años de experiencia tiene trabajando con niños con Desorden en el Procesamiento Sensorial?

<1; 1-5; 6-10; 11-15; 16-20; 21-25; 26-30; 31-35; 36-40; +40. En caso de responder que <1 la encuesta finaliza (criterio de exclusión)

¿En qué partido de Gran Buenos Aires trabaja? (Seleccione el partido en el que trabaja más horas)

Avellaneda; Berazategui; Berisso; Cañuelas; Ciudad Autónoma de Bs As; Ensenada; Escobar; Esteban Echeverría; Ezeiza; Florencio Varela; General Rodríguez; General San Martín; Hurlingham; Ituzaingó; José C. Paz; La Matanza; Lanús; La Plata; Lomas de Zamora; Malvinas Argentinas; Marcos Paz; Merlo; Moreno; Morón; Quilmes; Pilar; Presidente Perón; San Fernando; San Isidro; San Miguel; San Vicente; Tigre; Tres de Febrero; Vicente López

¿Tiene usted formación en la Teoría de Integración Sensorial? Especifique la formación en la Teoría de Integración Sensorial que posee

Si -No. En caso de responder que no la encuesta finaliza (criterio de inclusión)

La respuesta es cualitativa en relación a la especificación en la formación

¿Conoce formación específica sobre Dietas Sensoriales? Especifique formación que conoce sobre Dietas Sensoriales

Si -No

La respuesta es cualitativa en relación a la especificación en la formación

La dieta sensorial es definida como una estrategia de intervención de Terapia Ocupacional que consiste en un programa cuidadosamente planificado de actividades sensoriomotoras específicas que se programan de acuerdo con las necesidades individuales de cada niño a lo largo del día, para facilitar un nivel óptimo de excitación, promover el desarrollo típico y mejorar el rendimiento ocupacional en el contexto de la vida cotidiana (Wilbarger & Wilbarger, 2002) Teniendo en cuenta esta definición, ¿Utiliza usted Dietas Sensoriales en su práctica?

Si -No. En caso de responder que no la encuesta finaliza (criterio de inclusión)

¿Qué término utiliza usted en su práctica cuando sugiere un programa de actividades sensoriomotoras que le proporcionan al niño el input sensorial que necesita a lo largo del día?

Dieta Sensorial; Estrategias sensoriales; Tips sensoriales; Herramientas sensoriales;
Actividades sensoriales; Otro

De la población de niños con Desorden en el Procesamiento Sensorial que usted atiende, ¿a qué porcentaje le indica una dieta sensorial?

Menos del 25% de los niños; Del 25 al 50% de los niños; Del 50 al 75%, Más del 75%
de los niños

¿Qué aspectos tiene usted en cuenta para la confección de una Dieta Sensorial?

Espacio abierto para respuesta cualitativa

Indique el nivel de consideración que le otorga a cada uno de los siguientes aspectos al confeccionar una Dieta Sensorial.

DEL 1 AL 5: Características del Desorden en el Procesamiento Sensorial del niño - Respuesta conductual del niño frente a un estímulo sensorial - Motivación e intereses del niño - Contexto del niño - Rutina del niño - Modificación del ambiente - Tipo de actividad sensoriomotora - Recursos materiales disponibles con los que cuenta la familia - Intensidad de la actividad sensoriomotora - Frecuencia de la actividad sensoriomotora - Duración de la actividad sensoriomotora - Motivación e intereses del niño - Planificación de objetivos.

Indique los componentes de la rutina que tiene usted en cuenta al confeccionar la dieta sensorial.

Agenda de actividades del niño; Disponibilidad del adulto responsable de implementar la dieta; Actividad o momento del día que le es más desafiante al niño; Otro

Indique los contextos en los que implementa una dieta sensorial.

Escuela; Hogar; Actividades extracurriculares; Eventos sociales (cumpleaños, restaurante, visita al hogar de amigos o familiares); Traslados; Previo a las terapias; Lugares de recreación (club, cine, parque, paseos); Otro.

Indique los tres estímulos sensoriales que utiliza con mayor frecuencia al seleccionar el tipo de actividad sensoriomotora.

Estímulos Propioceptivos; Estímulos Vestibulares; Estímulos Tactiles; Estímulos Gustativos; Estímulos Visuales; Estímulos Auditivos; Estímulos Olfativos

Indique el método que utiliza con mayor frecuencia para la selección de la actividad sensoriomotora que se va a realizar.

Se otorga un listado de actividades sensorio motoras donde el niño/familia/cuidador pueden seleccionar la que deseen; Se le indica una actividad sensorio motora específica que debe ser realizada; La elección de la actividad sensorio motora se deja a libre interpretación del niño/familia/cuidador; Otro

Indique la frecuencia con la que comúnmente sugiere las actividades sensoriomotoras

1 o 2 veces por día; 3 o 4 veces por día; 5 o más veces por día; No específico la frecuencia; Otro.

Indique la duración que comúnmente sugiere para las actividades sensoriomotoras

Menos de 5 minutos; De 6 a 10 minutos; De 11 a 15 minutos; De 16 a 20 minutos; Más de 20 minutos; No específico la duración de la actividad; Otro.

Indicar el modo en el que generalmente plantea los objetivos que desean alcanzar en una

Dieta Sensorial

Los objetivos son planteados por los familiares/ cuidadores; Los objetivos son planteados por familiares/ cuidadores junto con el terapeuta; Los objetivos son planteados por el terapeuta y consultados con la familia; Los objetivos son planteados por el terapeuta únicamente; Otro.

¿Qué considera al plantear los objetivos que desean alcanzar con la implementación de una dieta sensorial?

La respuesta es cualitativa en relación a las consideraciones obtenidas al plantear los objetivos

Indique los tres aspectos principales que tiene en cuenta al confeccionar una dieta sensorial

Características del Desorden en el Procesamiento Sensorial del niño - Respuesta conductual del niño frente a un estímulo sensorial - Contexto del niño - Rutina del niño - Modificación del ambiente - Tipo de actividad sensoriomotora - Recursos materiales disponibles con los que cuenta la familia - Intensidad de la actividad sensoriomotora - Frecuencia de la actividad sensoriomotora - Duración de la actividad sensoriomotora - Motivación e intereses del niño - Planificación de objetivos - Otro.

¿Qué métodos utiliza usted para medir los resultados esperados al implementar una dieta sensorial?

Formales estandarizados - Informales no estandarizados - Ambos - No utilizo ningún método

- Formales estandarizados/ Ambos: ¿Qué métodos formales/ estandarizados utiliza?

La respuesta es cualitativa en relación a los métodos formales estandarizados utilizados.

- Informales no estandarizadas/ Ambos: ¿Qué métodos informales/ no estandarizados utiliza?

Observación al niño - Preguntas a los familiares/cuidadores/docentes - Evaluaciones no estandarizadas - Comparo los cambios en el desempeño del niño luego de un tiempo que comienzo a implementarla - Otros

- Ambos: ¿Con qué criterio decide utilizar cada uno?

La respuesta es cualitativa en relación al criterio con el que decide utilizar cada método.

¡Gracias por su participación en la encuesta! Su respuesta fue de gran utilidad para llevar a cabo el Trabajo Final Integrador. En caso de querer conocer los resultados del mismo podrá indicar su correo electrónico en el siguiente espacio y con gusto se lo compartiremos.

SE AGRADECE SU DIFUSIÓN a profesionales de Terapia Ocupacional que trabajen con niños con Desórdenes en el Procesamiento Sensorial actualmente en Gran Buenos Aires y se encuentren formados/ formadas en Integración Sensorial.

Link URL: <https://forms.gle/56fpq3J5RFD5ayrn8>

La encuesta confeccionada por el equipo de investigación del presente Trabajo Final Integrador, contiene tres preguntas específicas que tienen como propósito responder al primer objetivo general. En primer lugar se encuentra la pregunta “*¿Qué aspectos tiene usted en cuenta para la confección de una Dieta Sensorial?*”, siendo la misma una pregunta abierta, con análisis de tipo cualitativa, permitiendo al encuestado redactar aquellos aspectos que considera al confeccionar una dieta sensorial. La pregunta antedicha fue seleccionada en primer lugar evitando que la respuesta de los encuestados se encuentre condicionada por los aspectos que serán luego mencionados en la encuesta. En segundo lugar, se solicita al encuestado que “*Indique el nivel de consideración que le otorga a cada uno de los siguientes aspectos al confeccionar una Dieta Sensorial*”, debiendo indicar del 1 al 5 (siendo 1 el menor nivel de consideración y 5 el mayor) el nivel de consideración que le otorga a cada aspecto mencionado dentro de un listado de 12 aspectos previamente seleccionados por las integrantes del equipo de trabajo. En último lugar, luego del desarrollo de cada aspecto a lo largo de la encuesta, se solicita al encuestado que “*Indique los tres aspectos principales que tiene en cuenta al confeccionar una dieta sensorial*”. Se ofrece el mismo listado de aspectos, donde el encuestado debe seleccionar un aspecto para el primer lugar, otro en segundo lugar y un último en

tercer lugar. Se ofrece la posibilidad de añadir, en caso de ser necesario, algún aspecto que no se haya mencionado y el encuestado desea mencionar, utilizando la herramienta de "Otros".

Se busca comparar las respuestas obtenidas en cada una de las preguntas previamente descritas, verificando si los datos recabados se asemejan entre sí, o son modificados a lo largo de la encuesta.

ANEXO B

Tabla de variables:

UNIDAD DE ANÁLISIS ¿EN QUÉ O QUIÉNES?	Objetivos	Títulos categorías	VARIABLES		
Cada uno/ a de los/ las Terapistas Ocupacional es formadas en Integración Sensorial que utilizan dieta sensorial y trabajan actualmente con niños con Desorden de Procesamiento Sensorial en Gran Buenos Aires.	CARACTERIZACIÓN DE LA MUESTRA	V1	Edad del terapeuta ocupacional		
		V2	Sexo biológico del terapeuta ocupacional		
		V3	Años de experiencia trabajando con niños con Desorden en el Procesamiento Sensorial.		
		V4	Zona geográfica de Gran Buenos Aires donde el terapeuta ocupacional trabaja más horas.		
	VARIABLES SUFICIENTES	V5	Formación en Integración Sensorial que presenta el terapeuta ocupacional		
		V6	Conocimiento de formación específica en Dieta Sensorial que presenta el terapeuta ocupacional.		
		V7	Formación específica en Dieta Sensorial que conoce el terapeuta ocupacional		
		V8	Término que utiliza el terapeuta ocupacional en su práctica al implementar un programa de actividades sensoriomotoras		
		V9	Frecuencia con la que el terapeuta ocupacional implementa dieta sensorial en niños con Desorden en el Procesamiento Sensorial		
	ASPECTOS CONSIDERADOS POR EL TERAPEUTA OCUPACIONAL AL CONFECCIONAR UNA		V10	Aspectos considerados por el terapeuta ocupacional en la confección de una dieta sensorial	
			V11	Aspectos principales tenidos en cuenta por el terapeuta ocupacional para	Características del Desorden en el Procesamiento Sensorial del niño que tiene en cuenta el terapeuta ocupacional al confeccionar una dieta sensorial

	DIETA SENSORIAL			V12	la confección de una dieta sensorial	Orden en el que el terapeuta ocupacional prioriza las características del Desorden en el Procesamiento Sensorial del niño al confeccionar una dieta sensorial
		V13		Respuesta conductual del niño frente a un estímulo sensorial que tiene en cuenta el terapeuta ocupacional al confeccionar una dieta sensorial		
		V14		Orden en el que el terapeuta ocupacional prioriza la respuesta conductual del niño frente a un estímulo sensorial que tiene en cuenta el terapeuta ocupacional al confeccionar una dieta sensorial		
		V15		Contextos del niño que tiene en cuenta el terapeuta ocupacional al confeccionar una dieta sensorial		
		V16		Orden en el que el terapeuta ocupacional prioriza los contextos del niño al confeccionar una dieta sensorial		
		V17		Rutina del niño que tiene en cuenta el terapeuta ocupacional al confeccionar una dieta sensorial		
		V18		Orden en el que el terapeuta ocupacional prioriza la rutina del niño al confeccionar una dieta sensorial		
		V19		Modificaciones del ambiente que tiene en cuenta el terapeuta ocupacional al confeccionar una dieta sensorial		
		V20		Orden en el que el terapeuta ocupacional prioriza la modificación del ambiente del niño al confeccionar una dieta sensorial		
		V21		Tipo de actividad sensoriomotora que tiene en cuenta el terapeuta ocupacional al confeccionar una dieta sensorial		

			V22	Orden en el que el terapeuta ocupacional prioriza el tipo de actividad sensoriomotora al confeccionar una dieta sensorial
			V23	Recursos materiales con los que cuenta la familia que tiene en cuenta el terapeuta ocupacional al confeccionar una dieta sensorial
			V24	Orden en el que el terapeuta ocupacional prioriza los recursos materiales con los que cuenta la familia al confeccionar una dieta sensorial
			V25	Intensidad de la actividad sensoriomotora que tiene en cuenta el terapeuta ocupacional al confeccionar una dieta sensorial
			V26	Orden en el que el terapeuta ocupacional prioriza la intensidad de la actividad sensoriomotora al confeccionar una dieta sensorial
			V27	Frecuencia de la actividad sensoriomotora que tiene en cuenta el terapeuta ocupacional al confeccionar una dieta sensorial
			V28	Orden en el que el terapeuta ocupacional prioriza la frecuencia de la actividad sensoriomotora al confeccionar una dieta sensorial
			V29	Duración de la actividad sensoriomotora que tiene en cuenta el terapeuta ocupacional al confeccionar una dieta sensorial
			V30	Orden en el que el terapeuta ocupacional prioriza la duración de la actividad sensoriomotora al confeccionar una dieta sensorial
			V31	Motivación e intereses del niño que tiene en cuenta el terapeuta ocupacional al confeccionar una dieta sensorial
			V32	Orden en el que el terapeuta ocupacional prioriza la motivación e intereses del niño al confeccionar una dieta sensorial

			V33		Participación de la familia/cuidador en la planificación de objetivos que tiene en cuenta el terapeuta ocupacional al confeccionar una dieta sensorial
			V34		Orden en el que el terapeuta ocupacional prioriza la participación de la familia/cuidador en la planificación de objetivos al confeccionar una dieta sensorial
		Características del niño	V35	Nivel de consideración otorgado por el terapeuta ocupacional a las características particulares del Desorden en el Procesamiento Sensorial del niño al confeccionar una dieta sensorial	
			V36	Nivel de consideración otorgado por el terapeuta ocupacional a la respuesta conductual del niño frente a un estímulo sensorial al confeccionar una dieta sensorial	
			V37	Nivel de consideración otorgado por el terapeuta ocupacional a la motivación e interés del niño al diseñar una actividad sensoriomotora	
		Rutina y Contexto	V38	Nivel de consideración otorgado por el terapeuta ocupacional a la rutina y hábitos del niño al confeccionar una dieta sensorial	
			V39		Consideración por el terapeuta ocupacional de la agenda de actividades del niño al confeccionar una dieta sensorial
			V40	Componentes de la rutina que el terapeuta ocupacional tiene en cuenta al confeccionar una dieta sensorial	Consideración por el terapeuta ocupacional de la disponibilidad del adulto responsable de implementar la dieta al confeccionar una dieta sensorial
			V41		Consideración por el terapeuta ocupacional de la actividad o momento del día que le es más desafiante al niño, al confeccionar una dieta sensorial
			V42	Nivel de consideración otorgado por el terapeuta ocupacional al contexto del niño al confeccionar una dieta sensorial	
			V43	Contextos donde el terapeuta ocupacional implementa la dieta sensorial	Implementación de una dieta sensorial en la escuela
			V44		Implementación de una dieta sensorial en el hogar

			V45		Implementación de una dieta sensorial en actividades extracurriculares
			V46		Implementación de una dieta sensorial en eventos sociales
			V47		Implementación de una dieta sensorial en los traslados
			V48		Implementación de una dieta sensorial previo a las terapias
			V49		Implementación de una dieta sensorial en lugares de recreación
			V50		Nivel de consideración otorgado por el terapeuta ocupacional a la modificación del ambiente al confeccionar una dieta sensorial
		V51	Nivel de consideración otorgado por el terapeuta ocupacional a los recursos materiales disponibles con los que cuenta la familia al incorporarlas una dieta sensorial		
		Actividad Sensoriomotora	V52	Nivel de consideración otorgado por el terapeuta ocupacional a la selección del tipo de actividad sensoriomotora al confeccionar una dieta sensorial	
			Actividades sensoriomotoras más utilizadas por el terapeuta ocupacional al confeccionar una dieta sensorial	V53	Utilización de estímulos propioceptivos por parte del terapeuta ocupacional al confeccionar una dieta sensorial
				V54	Utilización de estímulos vestibulares por parte del terapeuta ocupacional al confeccionar una dieta sensorial
				V55	Utilización de estímulos táctiles por parte del terapeuta ocupacional al confeccionar una dieta sensorial.
V56	Utilización de estímulos gustativos por parte del terapeuta ocupacional al confeccionar una dieta sensorial.				
V57	Utilización de estímulos visuales por parte del terapeuta ocupacional al confeccionar una dieta sensorial.				
V58	Utilización de estímulos auditivos por parte del terapeuta ocupacional al confeccionar una dieta sensorial.				

			V59	Utilización de estímulos olfativos por parte del terapeuta ocupacional al confeccionar una dieta sensorial.		
			V60	Método utilizado con mayor frecuencia por el terapeuta ocupacional para la selección de la actividad sensoriomotora		
			V61	Nivel de consideración otorgado por el terapeuta ocupacional a la intensidad de la actividad sensoriomotora al confeccionar una dieta sensorial		
			V62	Nivel de consideración otorgado por el terapeuta ocupacional a la frecuencia de la actividad sensoriomotora al confeccionar una dieta sensorial		
			V63	Frecuencia de la actividad sensoriomotora sugerida comúnmente por el terapeuta ocupacional al confeccionar una dieta sensorial		
			V64	Nivel de consideración otorgado por el terapeuta ocupacional a la duración de la actividad sensoriomotora al confeccionar una dieta sensorial		
			V65	Duración de la actividad sensoriomotora sugerida por el terapeuta ocupacional al confeccionar una dieta sensorial		
	Objetivos			V66	Nivel de consideración otorgado por el terapeuta ocupacional a la planificación de objetivos al confeccionar una dieta sensorial	
				V67	Modo en el que el terapeuta ocupacional plantea los objetivos al confeccionar una dieta sensorial	
				V68	Consideraciones del terapeuta ocupacional en el planteamiento de objetivos al confeccionar una dieta sensorial	
	Medición			V69	Métodos utilizados por el terapeuta ocupacional para medir los resultados de la dieta sensorial	
				V70	Métodos formales/ estandarizados de medición de resultados de la dieta sensorial utilizados por el terapeuta ocupacional	
				V71	Métodos informales/ no estandarizados de medición de resultados de la dieta sensorial utilizados por el terapeuta ocupacional	Observación del niño por el terapeuta ocupacional para medir los resultados de la dieta sensorial.
				V72	Métodos informales/ no estandarizados de medición de resultados de la dieta sensorial utilizados por el terapeuta ocupacional	Preguntas formuladas por el terapeuta ocupacional para los familiares/cuidadores/docentes para medir los resultados de la dieta sensorial.

		V73		Evaluaciones no estandarizadas realizadas por el terapeuta ocupacional para medir los resultados de la dieta sensorial.
		V74		Comparación realizada por el terapeuta ocupacional sobre los cambios en el desempeño del niño a lo largo de la implementación de la dieta sensorial
		V75	Criterio de selección de métodos utilizados por el terapeuta ocupacional para medir los resultados de la dieta sensorial	

ANEXO C

Tabla de encuestas

	¿Qué es el trabajo ocupacional?	¿Qué es el trabajo ocupacional para usted?	¿Qué es el trabajo ocupacional para los demás?	¿Qué es el trabajo ocupacional para la sociedad?	¿Qué es el trabajo ocupacional para el país?	¿Qué es el trabajo ocupacional para el mundo?	¿Qué es el trabajo ocupacional para el planeta?	¿Qué es el trabajo ocupacional para el universo?	¿Qué es el trabajo ocupacional para el futuro?	¿Qué es el trabajo ocupacional para el presente?	¿Qué es el trabajo ocupacional para el pasado?	¿Qué es el trabajo ocupacional para el futuro del mundo?	¿Qué es el trabajo ocupacional para el futuro del planeta?	¿Qué es el trabajo ocupacional para el futuro del universo?	¿Qué es el trabajo ocupacional para el futuro del futuro?
1	Mucho tiempo	¿Que es el tiempo?	El tiempo que me da para hacer las cosas que me gustan.	El tiempo que me da para hacer las cosas que me gustan.	El tiempo que me da para hacer las cosas que me gustan.	El tiempo que me da para hacer las cosas que me gustan.	El tiempo que me da para hacer las cosas que me gustan.	El tiempo que me da para hacer las cosas que me gustan.	El tiempo que me da para hacer las cosas que me gustan.	El tiempo que me da para hacer las cosas que me gustan.	El tiempo que me da para hacer las cosas que me gustan.	El tiempo que me da para hacer las cosas que me gustan.	El tiempo que me da para hacer las cosas que me gustan.	El tiempo que me da para hacer las cosas que me gustan.	El tiempo que me da para hacer las cosas que me gustan.
2															
3															
4															
5															

ANEXO D

Informe Pilotaje

La encuesta pilotaje fue realizada a cinco Terapistas Ocupacionales que están formadas en Integración Sensorial y trabajan actualmente con niños con Desorden en el procesamiento sensorial. Las mismas utilizan dietas sensoriales en su práctica pero no trabajan en Gran Buenos Aires, por lo que fueron seleccionadas para la prueba piloto ya que no formaban parte de la muestra final para el presente Trabajo Final Integrador.

Previo a este pilotaje, el equipo consideró pertinente unificar las 11 preguntas relacionadas con el nivel de consideración que le otorga la terapeuta ocupacional a los distintos aspectos tenidos en cuenta para la confección de una dieta sensorial. Estos cambios se mantendrán en la encuesta debido a que disminuyen el tiempo de duración de la misma y facilita la comprensión y análisis por parte de las terapeutas ocupacionales. Esto se debe a que al estar todos los aspectos juntos en una sola pregunta, se facilita la comparación de los mismos y las respuestas resultan más variadas.

En términos generales, las respuestas fueron variadas, lo que enriquece la investigación. A su vez, las respuestas cualitativas fueron detalladas, lo que evidencia la comprensión de la pregunta por parte de los encuestados

Por otro lado, ninguno de los cinco participantes escogió la opción "otros" en la encuesta, lo que indica que las opciones múltiples lograron abarcar todas las opciones posibles

Por último, cabe destacar que no se realizará ningún cambio en el instrumento. El mismo se encuentra el Anexo A como "Instrumento Final" para poder ser analizado.

ANEXO E

Tabla de frecuencias

Tabla de frecuencia sobre "Edad del terapeuta ocupacional".			
	FA	FR	FP
22-26	10	0.2	23.26%
27-31	8	0.2	18.60%
32-36	6	0.1	13.95%
37-41	11	0.3	25.58%
42-46	4	0.1	9.30%
47-51	2	0.05	4.65%
52-56	1	0.02	2.33%
57-61	1	0.02	2.33%
TOTAL	43	1	100%
Fuente: Encuesta dirigida a Terapeutas Ocupacionales sobre la Dieta Sensorial, 2020.			N: 43

Tabla de frecuencia sobre "Sexo biológico del terapeuta ocupacional".			
	FA	FR	FP
Femenino	43	1	100%
Masculino	0	0	0%
TOTAL	43	1	100%
Fuente: Encuesta dirigida a Terapeutas Ocupacionales sobre la Dieta Sensorial, 2020.			N: 43

Tabla de frecuencia sobre "Años de experiencia del terapeuta ocupacional trabajando con niños con Desorden en el Procesamiento Sensorial".			
	FA	FR	FP
1-5	13	0.3	30%
6-10	15	0.3	35%
11-15	9	0.2	21%
16-20	3	0.1	7%
21-25	2	0.0	5%
26-30	1	0.0	2%
31-35	0	0.0	0%
36-40	0	0.0	0%
41-45	0	0.0	0%
TOTAL	43	1	100%
Fuente: Encuesta dirigida a Terapeutas Ocupacionales sobre la Dieta Sensorial, 2020.			N: 43

Tabla de frecuencia sobre "Zona geográfica de Gran Buenos Aires donde el terapeuta ocupacional trabaja más horas".			
	FA	FR	FP
Zona Norte	31	0.7	72%
Zona Sur	7	0.2	16%
Zona Oeste	5	0.1	12%
TOTAL	43	1	100%
Fuente: Encuesta dirigida a Terapeutas Ocupacionales sobre la Dieta Sensorial, 2020.			N: 43

Tabla de frecuencia sobre "Conocimiento de formación específica en Dieta Sensorial que presenta el terapeuta ocupacional".			
	FA	FR	FP
Tiene conocimiento	16	0.4	37%
No tiene conocimiento	27	0.6	63%
TOTAL	43	1	100%
Fuente: Encuesta dirigida a Terapeutas Ocupacionales sobre la Dieta Sensorial, 2020.			N: 43

Tabla de frecuencia sobre "Término que utiliza el terapeuta ocupacional en su práctica al implementar un programa de actividades sensoriomotoras".			
	FA	FR	FP
Dieta Sensorial	17	0.4	40%
Estrategias sensoriales	19	0.4	44%
Tips sensoriales	1	0.0	2%
Herramientas sensoriales	0	0.0	0%
Actividades sensoriales	2	0.0	5%
Otros	4	0.1	9%
TOTAL	43	1	100%
Fuente: Encuesta dirigida a Terapeutas Ocupacionales sobre la Dieta Sensorial, 2020.			N: 43

Tabla de frecuencia sobre "Frecuencia con la que el terapeuta ocupacional implementa dieta sensorial en niños con Desorden en el Procesamiento Sensorial".			
	FA	FR	FP
Menos del 25% de los niños	6	0.1	14%
Del 25 al 50% de los niños	14	0.3	33%
Del 50% al 75% de los niños	12	0.3	28%
Más del 75% de los niños	11	0.3	26%
TOTAL	43	1	100%
Fuente: Encuesta dirigida a Terapeutas Ocupacionales sobre la Dieta Sensorial, 2020.			N: 43

Tabla de frecuencia sobre "Orden en el que el terapeuta ocupacional prioriza las características del Desorden en el Procesamiento Sensorial del niño al confeccionar una dieta sensorial".			
	FA	FR	FP
0	10	0.2	23.3%
1	25	0.6	58.1%
2	4	0.1	9.3%
3	4	0.1	9.3%
TOTAL	43	1	100%
Fuente: Encuesta dirigida a Terapeutas Ocupacionales sobre la Dieta Sensorial, 2020.			N: 43

Tabla de frecuencia sobre "Orden en el que el terapeuta ocupacional prioriza la respuesta conductual del niño frente a un estímulo sensorial que tiene en cuenta el terapeuta ocupacional al confeccionar una dieta sensorial".			
	FA	FR	FP
0	25	0.6	58%
1	6	0.1	14%
2	9	0.2	21%
3	3	0.1	7%
TOTAL	43	1	100%
Fuente: Encuesta dirigida a Terapeutas Ocupacionales sobre la Dieta Sensorial, 2020.			N: 43

Tabla de frecuencia sobre "Orden en el que el terapeuta ocupacional prioriza los contextos del niño al confeccionar una dieta sensorial".			
	FA	FR	FP
0	28	0.7	65%
1	1	0.0	2%
2	8	0.2	19%
3	6	0.1	14%
TOTAL	43	1	100%
Fuente: Encuesta dirigida a Terapeutas Ocupacionales sobre la Dieta Sensorial, 2020.			N: 43

Tabla de frecuencia sobre "Orden en el que el terapeuta ocupacional prioriza la rutina del niño al confeccionar una dieta sensorial".			
	FA	FR	FP
0	26	0.6	60%
1	2	0.0	5%
2	7	0.2	16%
3	8	0.2	19%
TOTAL	43	1	100%
Fuente: Encuesta dirigida a Terapeutas Ocupacionales sobre la Dieta Sensorial, 2020.			N: 43

Tabla de frecuencia sobre "Orden en el que el terapeuta ocupacional prioriza la modificación del ambiente del niño al confeccionar una dieta sensorial".			
	FA	FR	FP
0	42	1.0	98%
1	0	0.0	0%
2	0	0.0	0%
3	1	0.0	2%
TOTAL	43	1	100%
Fuente: Encuesta dirigida a Terapeutas Ocupacionales sobre la Dieta Sensorial, 2020.			N: 43

Tabla de frecuencia sobre "Orden en el que el terapeuta ocupacional prioriza el tipo de actividad sensoriomotora al confeccionar una dieta sensorial".			
	FA	FR	FP
0	36	0.8	84%
1	0	0.0	0%
2	3	0.1	7%
3	4	0.1	9%
TOTAL	43	1	100%
Fuente: Encuesta dirigida a Terapeutas Ocupacionales sobre la Dieta Sensorial, 2020.			N: 43

Tabla de frecuencia sobre "Orden en el que el terapeuta ocupacional prioriza los recursos materiales con los que cuenta la familia al confeccionar una dieta sensorial".			
	FA	FR	FP
0	40	0.9	93%
1	0	0.0	0%
2	0	0.0	0%
3	3	0.1	7%
TOTAL	43	1	100%
Fuente: Encuesta dirigida a Terapeutas Ocupacionales sobre la Dieta Sensorial, 2020.			N: 43

Tabla de frecuencia sobre "Orden en el que el terapeuta ocupacional prioriza la intensidad de la actividad sensoriomotora al confeccionar una dieta sensorial".			
	FA	FR	FP
0	41	1.0	95%
1	0	0.0	0%
2	0	0.0	0%
3	2	0.0	5%
TOTAL	43	1	100%
Fuente: Encuesta dirigida a Terapeutas Ocupacionales sobre la Dieta Sensorial, 2020.			N: 43

Tabla de frecuencia sobre "Orden en el que el terapeuta ocupacional prioriza la frecuencia de la actividad sensoriomotora al confeccionar una dieta sensorial".			
	FA	FR	FP
0	42	1.0	98%
1	0	0.0	0%
2	1	0.0	2%
3	0	0.0	0%
TOTAL	43	1	100%
Fuente: Encuesta dirigida a Terapeutas Ocupacionales sobre la Dieta Sensorial, 2020.			N: 43

Tabla de frecuencia sobre "Orden en el que el terapeuta ocupacional prioriza la duración de la actividad sensoriomotora al confeccionar una dieta sensorial".			
	FA	FR	FP
0	43	1.0	100%
1	0	0.0	0%
2	0	0.0	0%
3	0	0.0	0%
TOTAL	43	1	100%
Fuente: Encuesta dirigida a Terapeutas Ocupacionales sobre la Dieta Sensorial, 2020.			N: 43

Tabla de frecuencia sobre "Orden en el que el terapeuta ocupacional prioriza la motivación e intereses del niño confeccionar una dieta sensorial".			
	FA	FR	FP
0	32	0.7	74%
1	5	0.1	12%
2	6	0.1	14%
3	0	0.0	0%
TOTAL	43	1	100%
Fuente: Encuesta dirigida a Terapeutas Ocupacionales sobre la Dieta Sensorial, 2020.			N: 43

Tabla de frecuencia sobre "Orden en el que el terapeuta ocupacional prioriza la participación de la familia/cuidador en la planificación de objetivos al confeccionar una dieta sensorial".			
	FA	FR	FP
0	34	0.8	79%
1	2	0.0	5%
2	0	0.0	0%
3	7	0.2	16%
TOTAL	43	1	100%
Fuente: Encuesta dirigida a Terapeutas Ocupacionales sobre la Dieta Sensorial, 2020.			N: 43

Tabla de frecuencia sobre "Nivel de consideración otorgado por el terapeuta ocupacional a las características particulares del Desorden en el Procesamiento Sensorial del niño al confeccionar una dieta sensorial"			
	FA	FR	FP
1	1	0.02	2%
2	1	0.02	2%
3	0	0.00	0%
4	1	0.02	2%
5	40	0.93	93%
TOTAL	43	1	100%
Fuente: Encuesta dirigida a Terapeutas Ocupacionales sobre la Dieta Sensorial, 2020.			N: 43

Tabla de frecuencia sobre "Nivel de consideración otorgado por el terapeuta ocupacional a la respuesta conductual del niño frente a un estímulo sensorial al confeccionar una dieta sensorial".			
	FA	FR	FP
1	1	0.02	2%
2	0	0.00	0%
3	0	0.00	0%
4	3	0.07	7%
5	39	0.91	91%
TOTAL	43	1	100%
Fuente: Encuesta dirigida a Terapistas Ocupacionales sobre la Dieta Sensorial, 2020.			N: 43

Tabla de frecuencia sobre "Nivel de consideración otorgado por el terapeuta ocupacional a la motivación e interés del niño al diseñar una actividad sensoriomotora".			
	FA	FR	FP
1	1	0.02	2%
2	0	0.00	0%
3	1	0.02	2%
4	5	0.12	12%
5	36	0.84	84%
TOTAL	43	1	100%
Fuente: Encuesta dirigida a Terapistas Ocupacionales sobre la Dieta Sensorial, 2020.			N: 43

Tabla de frecuencia sobre "Nivel de consideración otorgado por el terapeuta ocupacional a la rutina y hábitos del niño al confeccionar una dieta sensorial".			
	FA	FR	FP
1	1	0.02	2%
2	0	0.00	0%
3	3	0.07	7%
4	2	0.05	5%
5	37	0.86	86%
TOTAL	43	1	100%
Fuente: Encuesta dirigida a Terapistas Ocupacionales sobre la Dieta Sensorial, 2020.			N: 43

Tabla de frecuencia sobre "Consideración por el terapeuta ocupacional de la agenda de actividades del niño al confeccionar una dieta sensorial".			
	FA	FR	FP
SI	38	0.9	88%
NO	5	0.1	12%
TOTAL	43	1	100%
Fuente: Encuesta dirigida a Terapeutas Ocupacionales sobre la Dieta Sensorial, 2020.			N: 43

Tabla de frecuencia sobre "Consideración por el terapeuta ocupacional de la disponibilidad del adulto responsable de implementar la dieta al confeccionar una dieta sensorial".			
	FA	FR	FP
SI	38	0.9	88%
NO	5	0.1	12%
TOTAL	43	1	100%
Fuente: Encuesta dirigida a Terapeutas Ocupacionales sobre la Dieta Sensorial, 2020.			N: 43

Tabla de frecuencia sobre "Consideración por el terapeuta ocupacional de la actividad o momento del día que le es más desafiante al niño, al confeccionar una dieta sensorial".			
	FA	FR	FP
SI	39	0.9	91%
NO	4	0.1	9%
TOTAL	43	1	100%
Fuente: Encuesta dirigida a Terapeutas Ocupacionales sobre la Dieta Sensorial, 2020.			N: 43

Tabla de frecuencia sobre "Nivel de consideración otorgado por el terapeuta ocupacional al contexto del niño al confeccionar una dieta sensorial".			
	FA	FR	FP
1	1	0.02	2%
2	0	0.00	0%
3	1	0.02	2%
4	6	0.14	14%
5	35	0.81	81%
TOTAL	43	1	100%
Fuente: Encuesta dirigida a Terapeutas Ocupacionales sobre la Dieta Sensorial, 2020.			N: 43

Tabla de frecuencia sobre "Implementación de una dieta sensorial en la escuela".			
	FA	FR	FP
SI	40	0.9	93%
NO	3	0.1	7%
TOTAL	43	1	100%
Fuente: Encuesta dirigida a Terapistas Ocupacionales sobre la Dieta Sensorial, 2020.			N: 43

Tabla de frecuencia sobre "Implementación de una dieta sensorial en el hogar".			
	FA	FR	FP
SI	43	1.0	100%
NO	0	0.0	0%
TOTAL	43	1	100%
Fuente: Encuesta dirigida a Terapistas Ocupacionales sobre la Dieta Sensorial, 2020.			N: 43

Tabla de frecuencia sobre "Implementación de una dieta sensorial en actividades extracurriculares".			
	FA	FR	FP
SI	8	0.2	19%
NO	35	0.8	81%
TOTAL	43	1	100%
Fuente: Encuesta dirigida a Terapistas Ocupacionales sobre la Dieta Sensorial, 2020.			N: 43

Tabla de frecuencia sobre "Implementación de una dieta sensorial en eventos sociales".			
	FA	FR	FP
SI	29	0.7	67%
NO	14	0.3	33%
TOTAL	43	1	100%
Fuente: Encuesta dirigida a Terapistas Ocupacionales sobre la Dieta Sensorial, 2020.			N: 43

Tabla de frecuencia sobre "Implementación de una dieta sensorial en los traslados".			
	FA	FR	FP
SI	18	0.4	42%
NO	25	0.6	58%
TOTAL	43	1	100%
Fuente: Encuesta dirigida a Terapistas Ocupacionales sobre la Dieta Sensorial, 2020.			N: 43

Tabla de frecuencia sobre "Implementación de una dieta sensorial previo a las terapias".			
	FA	FR	FP
SI	12	0.3	28%
NO	31	0.7	72%
TOTAL	43	1	100%
Fuente: Encuesta dirigida a Terapistas Ocupacionales sobre la Dieta Sensorial, 2020.			N: 43

Tabla de frecuencia sobre "Implementación de una dieta sensorial en lugares de recreación".			
	FA	FR	FP
SI	19	0.4	44%
NO	24	0.6	56%
TOTAL	43	1	100%
Fuente: Encuesta dirigida a Terapistas Ocupacionales sobre la Dieta Sensorial, 2020.			N: 43

Tabla de frecuencia sobre "Nivel de consideración otorgado por el terapeuta ocupacional a la modificación del ambiente al confeccionar una dieta sensorial".			
	FA	FR	FP
1	1	0.02	2%
2	0	0.00	0%
3	5	0.12	12%
4	14	0.33	33%
5	23	0.53	53%
TOTAL	43	1	100%
Fuente: Encuesta dirigida a Terapistas Ocupacionales sobre la Dieta Sensorial, 2020.			N: 43

Tabla de frecuencia sobre "Nivel de consideración otorgado por el terapeuta ocupacional a los recursos materiales disponibles con los que cuenta la familia al incorporar una dieta sensorial".			
	FA	FR	FP
1	2	0.05	5%
2	1	0.02	2%
3	1	0.02	2%
4	5	0.12	12%
5	34	0.79	79%
TOTAL	43	1	100%
Fuente: Encuesta dirigida a Terapeutas Ocupacionales sobre la Dieta Sensorial, 2020.			N: 43

Tabla de frecuencia sobre "Nivel de consideración otorgado por el terapeuta ocupacional a la selección del tipo de actividad sensoriomotora al confeccionar una dieta sensorial".			
	FA	FR	FP
1	1	0.02	2%
2	0	0.00	0%
3	3	0.07	7%
4	10	0.23	23%
5	29	0.67	67%
TOTAL	43	1	100%
Fuente: Encuesta dirigida a Terapeutas Ocupacionales sobre la Dieta Sensorial, 2020.			N: 43

Tabla de frecuencia sobre "Utilización de estímulos propioceptivos por parte del terapeuta ocupacional al confeccionar una dieta sensorial".			
	FA	FR	FP
SI	42	1.0	98%
NO	1	0.0	2%
TOTAL	43	1	100%
Fuente: Encuesta dirigida a Terapeutas Ocupacionales sobre la Dieta Sensorial, 2020.			N: 43

Tabla de frecuencia sobre "Utilización de estímulos vestibulares por parte del terapeuta ocupacional al confeccionar una dieta sensorial".			
	FA	FR	FP
SI	36	0.8	84%
NO	7	0.2	16%
TOTAL	43	1	100%
Fuente: Encuesta dirigida a Terapeutas Ocupacionales sobre la Dieta Sensorial, 2020.			N: 43

Tabla de frecuencia sobre "Utilización de estímulos táctiles por parte del terapeuta ocupacional al confeccionar una dieta sensorial".			
	FA	FR	FP
SI	38	0.9	88%
NO	5	0.1	12%
TOTAL	43	1	100%
Fuente: Encuesta dirigida a Terapeutas Ocupacionales sobre la Dieta Sensorial, 2020.			N: 43

Tabla de frecuencia sobre "Utilización de estímulos gustativos por parte del terapeuta ocupacional al confeccionar una dieta sensorial".			
	FA	FR	FP
SI	0	0.0	0%
NO	43	1.0	100%
TOTAL	43	1	100%
Fuente: Encuesta dirigida a Terapeutas Ocupacionales sobre la Dieta Sensorial, 2020.			N: 43

Tabla de frecuencia sobre "Utilización de estímulos gustativos por parte del terapeuta ocupacional al confeccionar una dieta sensorial".			
	FA	FR	FP
SI	0	0.0	0%
NO	43	1.0	100%
TOTAL	43	1	100%
Fuente: Encuesta dirigida a Terapeutas Ocupacionales sobre la Dieta Sensorial, 2020.			N: 43

Tabla de frecuencia sobre "Utilización de estímulos auditivos por parte del terapeuta ocupacional al confeccionar una dieta sensorial".			
	FA	FR	FP
SI	5	0.1	12%
NO	38	0.9	88%
TOTAL	43	1	100%
Fuente: Encuesta dirigida a Terapeutas Ocupacionales sobre la Dieta Sensorial, 2020.			N: 43

Tabla de frecuencia sobre "Utilización de estímulos olfativos por parte del terapeuta ocupacional al confeccionar una dieta sensorial".			
	FA	FR	FP
SI	1	0.0	2%
NO	42	1.0	98%
TOTAL	43	1	100%
Fuente: Encuesta dirigida a Terapeutas Ocupacionales sobre la Dieta Sensorial, 2020.			N: 43

Tabla de frecuencia sobre "Método utilizado con mayor frecuencia por el terapeuta ocupacional para la selección de la actividad sensoriomotora".			
	FA	FR	FP
Se otorga un listado de actividades sensorio motoras donde el niño/familia/cuidador pueden seleccionar la que deseen	14	0.3	33%
Se le indica una actividad sensorio motora específica que debe ser realizada	16	0.4	37%
La elección de la actividad sensorio motora se deja a libre interpretación del niño/familia/cuidador	1	0.0	2%
Otros	12	0.3	28%
TOTAL	43	1	100%
Fuente: Encuesta dirigida a Terapeutas Ocupacionales sobre la Dieta Sensorial, 2020.			N: 43

Tabla de frecuencia sobre "Nivel de consideración otorgado por el terapeuta ocupacional a la intensidad de la actividad sensoriomotora al confeccionar una dieta sensorial".			
	FA	FR	FP
1	1	0.02	2%
2	1	0.02	2%
3	6	0.14	14%
4	11	0.26	26%
5	24	0.56	56%
TOTAL	43	1	100%
Fuente: Encuesta dirigida a Terapeutas Ocupacionales sobre la Dieta Sensorial, 2020.			N: 43

Tabla de frecuencia sobre "Nivel de consideración otorgado por el terapeuta ocupacional a la frecuencia de la actividad sensoriomotora al confeccionar una dieta sensorial".			
	FA	FR	FP
1	1	0.02	2%
2	0	0.00	0%
3	6	0.14	14%
4	8	0.19	19%
5	28	0.65	65%
TOTAL	43	1	100%
Fuente: Encuesta dirigida a Terapeutas Ocupacionales sobre la Dieta Sensorial, 2020.			N: 43

Tabla de frecuencia sobre "Frecuencia de la actividad sensoriomotora sugerida comúnmente por el terapeuta ocupacional al confeccionar una dieta sensorial".			
	FA	FR	FP
1 o 2 veces por día	11	0.3	26%
3 o 4 veces por día	9	0.2	21%
Más de cinco veces por día	0	0.0	0%
No específico la frecuencia	2	0.0	5%
Depende de las características particulares del niño y su familia/cuidador	16	0.4	37%
Otros	5	0.1	12%
TOTAL	43	1	100%
Fuente: Encuesta dirigida a Terapeutas Ocupacionales sobre la Dieta Sensorial, 2020.			N: 43

Tabla de frecuencia sobre "Nivel de consideración otorgado por el terapeuta ocupacional a la duración de la actividad sensoriomotora al confeccionar una dieta sensorial".			
	FA	FR	FP
1	1	0.02	2%
2	2	0.05	5%
3	6	0.14	14%
4	9	0.21	21%
5	25	0.58	58%
TOTAL	43	1	100%
Fuente: Encuesta dirigida a Terapeutas Ocupacionales sobre la Dieta Sensorial, 2020.			N: 43

Tabla de frecuencia sobre "Duración de la actividad sensoriomotora sugerida por el terapeuta ocupacional al confeccionar una dieta sensorial".			
	FA	FR	FP
Menos de 5 minutos	3	0.1	7%
De 6 a 10 minutos	10	0.2	23%
De 11 a 15 minutos	4	0.1	9%
De 16 a 20 minutos	0	0.0	0%
Más de 20 minutos	2	0.0	5%
No especifico la duración de la actividad	4	0.1	9%
Depende de la actividad sensoriomotora a realizar	9	0.2	21%
Depende de las características particulares del niño y su familia/cuidador	11	0.3	26%
TOTAL	43	1	100%
Fuente: Encuesta dirigida a Terapeutas Ocupacionales sobre la Dieta Sensorial, 2020.			N: 43

Tabla de frecuencia sobre "Nivel de consideración otorgado por el terapeuta ocupacional a la planificación de objetivos al confeccionar una dieta sensorial".			
	FA	FR	FP
1	1	0.02	2%
2	0	0.00	0%
3	4	0.09	9%
4	9	0.21	21%
5	29	0.67	67%
TOTAL	43	1	100%
Fuente: Encuesta dirigida a Terapeutas Ocupacionales sobre la Dieta Sensorial, 2020.			N: 43

Tabla de frecuencia sobre "Modo en el que el terapeuta ocupacional plantea los objetivos al confeccionar una dieta sensorial".			
	FA	FR	FP
Los objetivos son planteados por los familiares/ cuidadores	1	0.0	2%
Los objetivos son planteados por familiares/ cuidadores junto con el terapeuta	36	0.8	84%
Los objetivos son planteados por el terapeuta y consultados con la familia	4	0.1	9%
Los objetivos son planteados por el terapeuta únicamente	1	0.0	2%
Otros	1	0.0	2%
TOTAL	43	1	100%
Fuente: Encuesta dirigida a Terapeutas Ocupacionales sobre la Dieta Sensorial, 2020.			N: 43

Tabla de frecuencia sobre "Métodos utilizados por el terapeuta ocupacional para medir los resultados de la dieta sensorial".			
	FA	FR	FP
Formales estandarizados	2	0.05	5%
Informales no estandarizados	19	0.44	44%
Ambos	22	0.51	51%
No utilizo ningún método	0	0.00	0%
TOTAL	43	1	100%
Fuente: Encuesta dirigida a Terapeutas Ocupacionales sobre la Dieta Sensorial, 2020.			N: 43

Tabla de frecuencia sobre "Observación del niño por el terapeuta ocupacional para medir los resultados de la dieta sensorial".			
	FA	FR	FP
SI	38	0.9	88%
NO	5	0.1	12%
TOTAL	43	1	100%
Fuente: Encuesta dirigida a Terapeutas Ocupacionales sobre la Dieta Sensorial, 2020.			N: 43

Tabla de frecuencia sobre "Preguntas formuladas por el terapeuta ocupacional para los familiares/cuidadores/docentes para medir los resultados de la dieta sensorial".			
	FA	FR	FP
SI	40	0.9	93%
NO	3	0.1	7%
TOTAL	43	1	100%
Fuente: Encuesta dirigida a Terapeutas Ocupacionales sobre la Dieta Sensorial, 2020.			N: 43

Tabla de frecuencia sobre "Evaluaciones no estandarizadas realizadas por el terapeuta ocupacional para medir los resultados de la dieta sensorial".			
	FA	FR	FP
SI	13	0.3	30%
NO	30	0.7	70%
TOTAL	43	1	100%
Fuente: Encuesta dirigida a Terapeutas Ocupacionales sobre la Dieta Sensorial, 2020.			N: 43

Tabla de frecuencia sobre "Comparación realizada por el terapeuta ocupacional sobre los cambios en el desempeño del niño a lo largo de la implementación de la dieta sensorial".			
	FA	FR	FP
SI	29	0.7	67%
NO	14	0.3	33%
TOTAL	43	1	100%
Fuente: Encuesta dirigida a Terapeutas Ocupacionales sobre la Dieta Sensorial, 2020.			N: 43