



UNIVERSIDAD  
NACIONAL DE  
SAN MARTÍN

Instituto de ciencias de la rehabilitación y el movimiento  
Licenciatura en Terapia Ocupacional

# Diseño de Trabajo Final

Características de la demanda de Terapia Ocupacional de niños de 4 a 9 años sin certificado de discapacidad en consultorios externos de CABA en 2017. Prevalencia y motivos de consulta.

Grupo N° 15  
Año de cursada: 2017

Equipo docente:

Dra. Mariela Nabergoi  
Lic. Luisa Rossi  
Lic. Florencia Itovich  
Esp. Andrea Albino  
Lic. Florencia Duran

Alumnas:

Salvucci Anabel – DNI: 34114418  
Staricco Julieta – DNI: 38464803  
Zabaleta Sofía – DNI: 38497717

Fecha de entrega: 12 de diciembre del 2017.

## AGRADECIMIENTOS

A mi amor, que me acompañó y apoyó durante estos 5 años de carrera, siendo incondicional en los momentos buenos, en los malos y en los neuróticos. Que me mostró un camino y me ayudó a transitarlo.

A mi amiga y colega, que me enseñó la humildad, el compañerismo y la responsabilidad que debe tener un terapeuta ocupacional. Que hizo mis noches y mañanas más amenas y me sostuvo para que llegue al final cuando mi voluntad se caía.

A los docentes, que desde su lugar supieron formarme y guiarme en el descubrimiento de quien quiero ser como profesional y qué valores quiero que me representen.

A la vida, por poner esta carrera en mi destino y hacer que me enamore de ella.

Anabel Salvucci

A mi familia por acompañarme durante todo mi proceso de formación, especialmente mi mamá quién me dio a conocer esta hermosa profesión. A mi novio por su apoyo incondicional y constante confianza. A mi amiga y colega por cada paso que dió a mi lado y su constante aporte en mi crecimiento tanto profesional como personal. A los docentes de UNSAM que han enriquecido mi camino y alimentado mi curiosidad y amor por la profesión. Por último quiero agradecer a María Eugenia, bibliotecaria del ICRyM por su infinita paciencia y constante ayuda durante estos cinco años de cursada.

Julieta Staricco

Quería agradecer a mi familia especialmente a mi mamá que en los días en los que quería bajar los brazos o en los malos momentos siempre tuve su apoyo incondicional y absoluta confianza.

A mis amigas que estando lejos, me ayudaban con sus llamados a seguir progresando día a día y comprender mi situación de no poder viajar los fines de semana a mi pueblo por quedarme estudiando y su infinita paciencia.

A los docentes de la UNSAM que me han brindado conocimiento y amor por esta carrera.

Y finalmente a Belén Castro una amiga y futura colega que fue por quien conocí la Terapia Ocupacional y me brindó apoyo durante estos años de carrera.

Sofía Zabaleta

## Índice

Introducción	4
Área y Tema	4
Palabras Clave	4
Planteamiento del problema científico	4
Relevancia y Justificación	6
Marco Teórico	7
Sistema y concepto de Salud en Argentina y Desempeño Ocupacional	7
Terapia Ocupacional y Pediatría	12
Hipótesis	25
Objetivos	25
Apartado Metodológico	26
Tipo de diseño	26
Universo y Muestra	27
Definiciones operacionales	30
Fuentes de datos	46
Aspectos éticos	49
Análisis de los datos	50
Procesamiento	50
Sistematización	50
Análisis y presentación	51
Resultados	63
Conclusiones	85
Bibliografía citada y consultada	92
Anexos	98
Codificación de las variables	99
Nota informativa	105
Consentimiento informado	107
FORMULARIO A	108
FORMULARIO B	109
Tablas de frecuencia	115
Tablas de Contingencia	134
Base de datos Hoja 1 – Planilla de TO	136
Base de datos Hoja 2 – Planilla de niños sin CUD	137

## **Introducción**

Área y Tema: Características de la demanda de Terapia Ocupacional de niños de 4 a 9 años sin certificado de discapacidad en consultorios externos de CABA en 2017. Prevalencia y motivos de consulta.

Palabras Clave: terapia ocupacional – niños sin certificado de discapacidad – motivos de consulta – tercer nivel de atención.

## **Planteamiento del problema científico**

Noya (2001) explica que el objetivo de la terapia ocupacional es intervenir con cualquier persona que presente una disfunción ocupacional o la posibilidad de tenerla. De acuerdo con la autora, esta puede generarse por desequilibrio entre las áreas ocupacionales o por un problema en la funcionalidad de las mismas. Este concepto de disfunción es idéntico a lo que Rogers (1982) considera como *desorden*, del cual señala que implica una falta de integración en los sistemas biopsicosociales del cliente que da por resultado un desempeño por debajo de la capacidad. El autor señala entre las causas de una disfunción ocupacional a “heridas, privación cultural, anormalidades genéticas, proceso de envejecimiento, socialización inapropiada y ausencia de un sentido de propósito en la vida”

Por otro lado, para la medicina el concepto de *desorden* es según Rogers (1982) designado “enfermedad”, agregando que el concepto médico-biológico de la misma está resumido en el diagnóstico médico.

Si se repasa la historia de la disciplina puede evidenciarse como la misma ha estado fuertemente relacionada e influenciada por la medicina. Como plantea Kielhofner (2004) durante la década de 1950 “la terapia ocupacional recibió la presión de la medicina para que estableciera las bases racionales y empíricas de la práctica”, respondiendo a estas críticas con un cuestionamiento del paradigma y comenzando a explicar su práctica en términos de perspectiva biomédica. Siendo en esta década cuando la disciplina comienza a gestarse en nuestro país (Nabergoi, Mattei, Sartirana, Briglia y Zorzoli, 2013), puede entenderse como la práctica profesional actual está principalmente ligada a las personas que presentan una alteración funcional que deviene de una discapacidad. Rogers (1982) dice que son “los parámetros de orden y desorden los que identifican qué es objeto de incumbencia y que no lo es.” Agregando que “el concepto médico de desorden es el principal criterio usado para determinar la elección de los servicios de TO”, siendo principalmente determinante la enfermedad más que la disfunción ocupacional.

Al enfocarse solamente en la atención de personas con una discapacidad, se asume que una disfunción ocupacional solo puede ser causada por lo que la AOTA (2008) denomina como *factores del cliente (Valores, creencias y espiritualidad; Funciones del cuerpo y Estructuras del cuerpo)* y por consiguiente limitando la práctica. Lo mismo opina Rogers (1982): “Apoyándose en el diagnóstico médico como un indicador de los problemas en el desempeño ocupacional, los TO están limitando el campo de su práctica”.

La AOTA (2008) incluye en el *dominio* de la disciplina a las *áreas de ocupación*, los *factores del cliente*, las *destrezas y patrones de ejecución*, los *contextos y entornos* y las *demandas de la actividad*. Alegando que “todos los aspectos del dominio son de igual valor, y juntos interactúan para influenciar el compromiso del cliente con la ocupación, participación y la salud”.

Según Pava-Ripoll y Granada Echeverry (2016), la idea de brindar un tratamiento de *rehabilitación* únicamente a personas con una discapacidad es una *tensión teórica* que se acentúa en la población infantil. Adjudicando que, a los niños, no siempre se les debe *devolver* una capacidad perdida, sino que es probable que la misma aún no se haya desarrollado. Insisten en que una dificultad en una capacidad puede encontrar su origen en factores contextuales. Los autores plantean que “no se puede solo centrarse en las características del cuerpo del paciente sino que se debería re-pensar la práctica a partir de una visión más holística del sujeto”.

Siguiendo esta línea de pensamiento, en la actualidad, los terapeutas ocupacionales pediátricos de diferentes partes del mundo están abriendo el campo más allá de las típicas patologías que se presumía que generaban una disfunción ocupacional. Tomando entre sus temas de interés: los factores contextuales que pueden influir en el desempeño de los niños y por lo tanto en su desarrollo (Fontes, Mondini, Moraes, Bacheга. 2010), nuevas epidemias mundiales como la obesidad los patrones de vida sedentaria y sus consecuencias (Chung-Yin, Chia-ting, Hui-Ing. 2012) *bullying* (Torres, Ganem, Contreras, Leal, Soto, Fernandez. 2006) entre otras.

En Argentina existe evidencia científica del trabajo de terapeutas ocupacionales pediátricos con niños que no poseen certificado de discapacidad. Se encuentran por ejemplo bajo el enfoque de *Promoción* (AOTA, 2008) los aportes sobre la promoción de procesos saludables en el ámbito educativo de Beecher (1999); bajo el enfoque de *Prevención* (AOTA, 2008) puede mencionarse la investigación de Codaro (2010) quien propone a la escuela pública Argentina como un nuevo campo de acción profesional. Sin embargo, en el rastreo del estado del arte no se ha encontrado evidencia de investigaciones en el área de pediatría que se rijan bajo los enfoques de *Establecimiento*, *Restauración* y *Modificación* (AOTA, 2008), pudiéndose encuadrar el trabajo de los mismos en consultorios externos, si se los considera análogos con el segundo y tercer nivel de atención detallados en la Ley n° 153. Aun así, se han hallado investigaciones nacionales de otros campos que alertan sobre la presencia de hábitos que afectan o podrían afectar el desarrollo infantil. Tuñon (2014) afirma que más del 60% de los niños/as y adolescentes de la Argentina urbana no suele acceder a espacios de recreación; el 58% no tiene por costumbre realizar actividades deportivas o físicas extra-escolares; el 85,8% no realiza comúnmente actividades artísticas o culturales extra-escolares; y el 62% suele transcurrir frente a una pantalla más de 2 horas diarias promedio.

Dentro de la infancia, diferentes autores (Simon y Daub 1998; Korzeniowski 2011; Marina, 2011) consideran al rango comprendido entre los 4 a 9 años como un periodo sensible en el desarrollo del cerebro y en la adquisición de funciones ejecutivas. En Argentina, este recorte es análogo a los primeros años de escolaridad; siendo a los 4

cuando la Ley 27045 marca que se debe asistir obligatoriamente al jardín de infantes y entre los 6 y los 9 cuando según La Secretaría de Educación del Gobierno de la Ciudad de Buenos Aires (2004) se transcorre por el primer ciclo de educación primaria. Los diseños curriculares establecidos por el Ministerio de Educación argentino, coinciden con los autores citados anteriormente otorgando una gran importancia a estos dos momentos por ser además de períodos sensibles, momentos de transición, haciendo hincapié en la transición del hogar al jardín y al primer ciclo como la entrada en un tipo de actividad escolar sistemáticamente distinto.

Por las razones mencionadas se entiende que entre los 4 y 9 años los niños transcurren un período de transición y adaptación al medio, el cual por su permeabilidad es muy sensible a factores contextuales y del entorno, generando un mayor riesgo de presentar una disfunción ocupacional. La Secretaria de Educación del Gobierno de la Ciudad de Buenos Aires (2004) dirá al respecto que las estadísticas educativas de CABA muestran que en el primer ciclo se ha concentrado el mayor índice de repitencia que se registra en la escolaridad primaria y los más altos niveles de fracaso escolar. En búsqueda de evitar este fracaso se presume que algunos niños sin certificado de discapacidad podrían llegar a consultorios externos de TO.

A partir de lo exployado anteriormente, se creyó pertinente que la investigación desarrollada respondiese la siguiente pregunta:

¿Cuáles son las características de la demanda de Terapia Ocupacional de niños de 4 a 9 años sin certificado de discapacidad en consultorios externos de CABA en 2017 en lo referido a su prevalencia y motivos de consulta?

### **Relevancia y Justificación**

En cuanto a la *relevancia teórica*, puede afirmarse que conocer la prevalencia de niños con y sin certificado que asisten a consultorio podría añadir información acerca del estado actual de la disciplina en contraste con sus principios fundamentales y la posible influencia médica en las prácticas que se están llevando a cabo en Argentina. Además, la identificación de los posibles motivos de consulta que llevan a niños de 4 a 9 años sin certificado de discapacidad a asistir a un consultorio externo de terapia ocupacional en CABA en el año 2017, podría sumar a la evidencia científica nacional, reincorporándose como material y medio de nuevas investigaciones. Esto podría ser de utilidad para futuros tesisistas o colegas que se desempeñen en el campo de la investigación. Al saber cuáles son los motivos de consulta, se podría profundizar sobre los mismos ya sea, para buscar posibles causas, abordajes, estrategias, entre otras. Por otra parte, podría dar pie a investigar otras posibles causas de *desorden* en los niños y las razones por las que estos no acceden al servicio de TO. Si se profundizará sobre la prevalencia de los niños que asisten sin certificado de discapacidad podrían generarse nuevas investigaciones para explorar posibles relaciones causales entre la presencia del *desorden* y otros factores como la escolaridad, la rutina ocupacional, etc.

Si se remite a la *relevancia práctica*, podría pensarse que el conocimiento de los motivos de consulta podría generar interés en los terapeutas para el armado de talleres, proyectos, jornadas o cursos para colaborar con el quehacer profesional y el armado de

redes entre profesionales que compartan la atención de niños con las mismas problemáticas. Se sostiene la creencia que cuando un profesional de TO se encuentra por primera vez frente a la situación de atender un niño sin certificado de discapacidad, posiblemente se enfrente a un desafío. El relevamiento sobre los consultorios que atienden a niños con esta misma característica, podría ayudarlo a conectar con otros colegas, iniciado un armado de red de consulta con otros profesionales que ya tengan experiencia.

Por último, si se hace hincapié en la *relevancia social*, puede suponerse que a medida que avance y se profundice el conocimiento sobre los motivos de consulta, sus causas, posibles abordajes, etc. esto podría influir de manera positiva en la calidad de vida de niños que sin tener un certificado de discapacidad presenten un desorden de carácter ocupacional, el cual podría inferir directa o indirectamente en su desarrollo normal y capacidad de adaptación al medio. Esto no solo sería beneficioso para los mismos niños sino para el contexto social donde estos se desarrollan y vinculan. Por ejemplo, al mejorar su desempeño en el hogar podría incrementarse la calidad de vida tanto del infante como de su familia, lo mismo podría considerarse dentro de la escuela para los compañeros del niño y sus maestros; o para las personas involucradas en otras actividades a las que asista, como pueden ser deportes o un club recreativo. Por último se presume que al mejorar el desempeño ocupacional de un niño se reducirían los gastos públicos tanto de educación como de salud. Como se ha mencionado anteriormente es en los primeros años de escolarización donde se produce el mayor índice de repitencia lo que supone que el niño pasará más tiempo escolarizado por lo cual representará un gasto mayor para el Estado y una posibilidad más tardía para su inclusión en la Población Económicamente Activa, reduciendo las oportunidades de generar capital para favorecer su crecimiento personal y el de la nación.

### **Marco Teórico**

#### **Sistema y concepto de Salud en Argentina y Desempeño Ocupacional**

El objeto de estudio de la Terapia Ocupacional es, según el Modelo Canadiense de Desempeño Ocupacional (C.M.O.P por sus siglas en inglés), el *desempeño ocupacional* el cual refiere específicamente a la capacidad de la persona de *elegir, organizar y desarrollar* satisfactoriamente ocupaciones significativas y socialmente aceptadas. Este es entendido como un proceso dinámico y sistémico en el cual los factores persona, ambiente y ocupación se interrelacionan, e influyen de igual forma en el disfrute de la vida y sensación de bienestar (Algado, 2006). Este modelo define a la ocupación como una necesidad humana básica en la medida que manifiesta una relación fundamental con la *salud*, a la cual entiende como “tener las oportunidades, las habilidades para involucrarse en patrones significativos de ocupación para el cuidado del self, el disfrute de la vida y contribuir al tejido social y económico de la comunidad a lo largo de la vida; más allá de la ausencia de enfermedad” (Algado, 2006)

Esta concepción de salud se asemeja a la brindada por expertos argentinos en salud pública, como la Lic. Necchi quien en 2002 en su carpeta de trabajo titulada “Salud Pública” plantea que:

“El concepto de salud comúnmente utilizado gravita entre dos extremos. Por un lado,

en el campo biomédico, al hablar de salud se piensa en ausencia de enfermedad. En el otro extremo, desde una perspectiva casi filosófica, ya que es muy difícil de verificar, se considera a la salud como el estado de completo bienestar físico, mental y social. La salud considerada como ausencia de enfermedad es una aproximación negativa al concepto. Y la salud definida como bienestar absoluto es un fin, un “concepto horizonte” un estado ideal e inalcanzable, muy impreciso para fines prácticos. Por otro lado, es un concepto orgánico, homeostático, que implica un perfecto funcionamiento”

Tras estas limitaciones en las definiciones tradicionales, la autora propone la siguiente definición de salud:

“La salud de una población es la forma en que sus individuos reproducen y construyen las condiciones de vida en el conjunto social en el que están inmersos.”

Por estas limitaciones encontradas, y por no involucrar a la persona como partícipe activo de su condición de salud, tal como el C.M.O.P. ubica a la persona y su accionar como factor fundamental en el orden de su *desempeño ocupacional*, es que se descartaron las definiciones tradicionales y se adoptó la otorgada por la autora.

Se siguió la línea de Rogers (1982) quien asume al *orden-salud* como *competencia en el trabajo, cuidado personal y actividades recreativas*, y al de *desorden* como *disfunción ocupacional*.

Si bien, el concepto de *desorden* en terapia ocupacional es asociado a la *disfunción ocupacional*, señala Rogers (1982) que el principal determinante de la derivación a un servicio de terapia ocupacional es la enfermedad. En Argentina, esto se ve reflejado en la condición de poseer un Certificado Único de Discapacidad (CUD) como uno de los requisitos para incrementar el número de sesiones de terapia ocupacional que los servicios de salud, sean de carácter público o privado, deben prestar a sus beneficiarios según el Plan Médico Obligatorio (2002). Si bien el poseer un certificado contempla que la persona tenga una *alteración funcional* es requisito que la misma devenga de una discapacidad.

Específicamente, el CUD es un “documento público, determinado por una Junta Evaluadora, que se otorga a toda persona que lo solicite y tenga una alteración funcional permanente, transitoria o prolongada, física, sensorial o mental, que en relación a su edad y medio social implique desventajas considerables para su adecuada integración familiar, social o laboral. Es requisito que esta alteración funcional devenga de una:

Discapacidad Física de Origen Motor.

Discapacidad con Deficiencia Intelectual y Mental.

Discapacidad con Deficiencia Sensorial de Origen Visual.

Discapacidad con Deficiencia Sensorial de Origen Auditiva.

Discapacidad Física de Origen Visceral (respiratoria, renal, hepática o cardiológica)”

Según la Ley 24.901, Capítulo III Art 10 para ser considerada una persona con discapacidad, esta última debe acreditarse con el CUD.

En Argentina, el último censo poblacional (INDEC, 2010) refiere que hay una prevalencia de 12,9% (5.114.190) de personas que declaran tener alguna dificultad o



limitación permanente. Estas se definen en dicho documento como aquellas personas que declaran tener “limitación en las actividades diarias y restricciones en la participación, que se originan en una deficiencia (por ejemplo, para ver, oír, caminar, agarrar objetos, entender, aprender, etc.) y que afectan a una persona en forma permanente para desenvolverse en su vida cotidiana dentro de su entorno físico y social, (por ejemplo, en la educación, en la recreación, en el trabajo, etc.)”. El Censo aclara agrupar bajo esta categorización tanto a las personas con certificado de discapacidad como a las que no lo poseen pero aun así declaran tener dificultad/es permanente/s para ver, oír, moverse, entender o aprender. Dentro de la población infantil se señala un 2,5% (127.854,75) de niños de entre 0 a 4 años que presentan estas dificultades y un 4,8% (245481,12) de entre 5 y 9 años. Particularmente, en el territorio de CABA, la prevalencia de personas con estas características entre 0 a 14 años es del 3,9%.

A pesar de estos valores, según el anuario estadístico sobre la realidad de las personas con discapacidad en la Argentina, realizado por el Servicio Nacional de Rehabilitación (2015) en el año 2010 había un total acumulado de 53.626 personas con discapacidad certificadas mediante CUDs emitidos por dicho organismo. Lo que si se compara con los datos arrojados por el censo representaría un 1,05% aproximadamente del total de personas que presentan alguna dificultad o limitación permanente.

Según la Ley Básica de Salud de la Ciudad de Buenos Aires n° 153 sancionada por la Legislatura de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires en el año 1999, el Sistema de Salud está integrado por el conjunto de recursos de salud de dependencia: estatal, de la seguridad social y privada que se desempeñan en el territorio de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires. Los recursos de salud refieren a toda aquella persona física o jurídica que desarrolle actividades de promoción, prevención, recuperación y rehabilitación, investigación y docencia, producción, fiscalización y control, cobertura de salud, y cualquier otra actividad vinculada con la salud humana, en el ámbito de la Ciudad.

Los efectores son los hospitales generales de agudos, hospitales generales de niños, hospitales especializados, centros de salud polivalentes y monovalentes, médicos de cabecera, y toda otra sede del subsector estatal en la que se realizan acciones de salud.

El subsector estatal de salud se organiza y desarrolla conforme a la estrategia de atención primaria, con la constitución de redes y niveles de atención, jerarquizando el primer nivel; y la descentralización progresiva de la gestión dentro del marco de políticas generales, bajo la conducción político-técnica de la autoridad de aplicación. El primer nivel de atención comprende todas las acciones y servicios destinados a la promoción, prevención, diagnóstico, tratamiento y rehabilitación, en especialidades básicas y modalidades ambulatorias. El segundo nivel de atención comprende todas las acciones y servicios de atención ambulatoria especializada y aquéllas que requieran internación. Y por último, el tercer nivel que comprende todas las acciones y servicios que por su alta complejidad médica y tecnológica son el último nivel de referencia de la red asistencial.

De esta manera, en Argentina se pueden diferenciar tres niveles de atención bajo los que se puede ubicar diferentes efectores. Es importante resaltar la diferencia entre niveles de atención, y lo que la OMS (2013) define como niveles de prevención: *Primaria*, dirigida

a evitar la adquisición de enfermedad; *Secundaria*, encaminada a detectar la enfermedad en estadios precoces para impedir su progresión y *Terciaria*, dirigida al tratamiento y a la rehabilitación de una enfermedad para ralentizar su progresión e intentar mejorar la calidad de vida de los pacientes. Los mismos suponen técnicas y objetivos diferentes, al unir el criterio del conjunto salud-enfermedad, según sea el estado de salud del individuo, grupo o comunidad a las que están dirigidas. Cualquier nivel de prevención puede ser llevado a cabo en cualquier efector independientemente del nivel de atención al cual pertenezca.

Según Necchi (2002) la provisión de servicios de salud en Argentina es cubierta por tres subsectores: Público, de la Seguridad Social y Privado.

La autora explica que el *subsector público* está financiado con rentas del Estado y que sus servicios de salud individuales están orientados a los grupos de menores ingresos sin cobertura de la seguridad social, trabajadores autónomos de baja calificación o desocupados, y en general a aquellos que tienen limitaciones de acceso económico o geográfico. Por otro lado, detalla que el subsector de la seguridad social está integrado por las *Obras Sociales*, organizadas como un sistema de seguro social obligatorio que se financia con aportes de los trabajadores y empleadores. Da atención a los trabajadores *en blanco*, en distintas situaciones de relación de dependencia. Por último, dice del *subsector privado* que está compuesto, por un lado, por el conjunto de profesionales, clínicas, sanatorios y servicios de diagnóstico que venden su capacidad de atención a las obras sociales y por otro por las empresas de seguro que ofertan directamente sus servicios a la población autónoma o desconforme de las obras sociales, llamada comúnmente medicina prepaga. Explica que la medicina prepaga está basada en el pago directo de bolsillo, generalmente por un pago mensual elevado variando según el grado de cobertura elegido, siendo la cuota mínima tres o cuatro veces superior al promedio per cápita que reciben las obras sociales.

Según el documento publicado por el Ministerio de Desarrollo Urbano de la Ciudad de Buenos Aires “La dimensión social en el modelo territorial” (2010), el 61,4% de los habitantes de la ciudad tiene cobertura por obra social, el 14,8% a partir del sistema de prepaga, el 17,7% se atiende en el sistema público de salud y el 5,9 con otras modalidades.

El acceso a las diferentes prestaciones de salud para la población argentina es detallado en el Plan Médico Obligatorio (PMO), sancionado por el Ministerio de Salud en el año 2000 bajo el decreto n° 939 y sus modificaciones posteriores. El mismo establece la cantidad de sesiones mínimas que los diferentes subsectores de salud deben brindar a sus beneficiarios. Para los servicios de rehabilitación el máximo comprendido por el PMO es de 25 sesiones por año, dentro de los cuales se incluyen terapias de fisiología, kinesiología y terapia ocupacional.

Como se ha mencionado, la posesión de un CUD, no solo acredita la presencia de una discapacidad, sino que vuelve al sujeto portador beneficiario de los servicios preestablecidos por la Ley del Sistema de Prestaciones Básicas en Habilitación y Rehabilitación Integral a favor de las Personas con Discapacidad, sancionada por el Senado y la Cámara de Diputados de la Nación Argentina en el año 1997. Dentro de la

misma, en el capítulo IV se destacan las prestaciones básicas a que todo sujeto con certificado de discapacidad debe acceder, entre las que se encuentra la TO. En el capítulo V se detallan los servicios específicos, donde también puede destacarse la labor de un terapeuta ocupacional.

Analizando lo dicho anteriormente sobre la cantidad de CUDs emitidos hasta el año 2010 en relación a la cantidad de personas con limitaciones o dificultades permanentes podemos concluir en que solo el 1,05% mencionado tendría la posibilidad de acceder a los servicios establecidos por la Ley del Sistema de Prestaciones Básicas en Habilitación y Rehabilitación Integral a favor de las Personas con Discapacidad, quedando el resto de personas con limitaciones o dificultades permanentes, limitadas a acceder a estos servicios a través del PMO (en el caso de Terapia Ocupacional, 25 sesiones anuales) o a abonarlas de forma particular.

Si bien ninguno de los registros revisados (Censo 2010, INDEC; Análisis de Situación de Salud 2013, Gobierno de la Ciudad de Buenos Aires; Consulta a Asociación Argentina de Terapia Ocupacional; Departamento de Sistemas de Información del Servicio Nacional de Rehabilitación, 2015) ha podido arrojar datos precisos sobre niños de 4 a 9 años que asisten a consultorios externos de terapia ocupacional en CABA. Se puede afirmar que la prevalencia de estos niños en relación a los infantes con certificado fue significativamente menor teniendo en cuenta la relación porcentual que existía entre las personas con limitaciones o dificultades permanentes con y sin CUD y considerando que como se ha detallado para la continuación del tratamiento luego de cumplimentadas las sesiones consignadas por el PMO (2002) se requería la tenencia de un Certificado Único de Discapacidad (Ley 24.901) o abonar las sesiones de forma particular.

Explicado cómo funciona el Sistema de Salud puede leerse la relación de acceso al mismo con la situación social de la persona. El Análisis de Situación de Salud de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires, publicado por la Dirección General de Informática Clínica, Estadística y Epidemiológica en diciembre del año 2015 propone analizar una serie de indicadores que permiten categorizar, medir y explicar el perfil de salud-enfermedad-atención de la población. Entre los que destaca los aspectos sociales, demográficos y ambientales de dicha población. Para establecer la estratificación social de la población de CABA, el ASIS seleccionó el porcentaje de escolaridad de secundario incompleto de las mujeres residentes que tuvieron hijos nacidos vivos en la ciudad en el año 2013, debido a que presenta “mayor estabilidad que la renta”, justifica la elección además diciendo que “el nivel de instrucción de las madres es ciertamente relevante si se tienen en cuenta lo que éste supone para poder adquirir conocimientos sanitarios elementales sobre necesidades nutricionales o higiénicas más primarias” Siendo que CABA se encuentra dividida en 15 comunas entre los que se comprenden sus 48 barrios, el estudio propone, a partir del indicador anteriormente citado la siguiente estratificación:

Grupo 1 (peor situación social): incluye a las comunas 1, 4, 8 y 9

Grupo 2 (situación social mala): incluye a las comunas: 3, 7, 10 y 15

Grupo 3 (situación social media): incluye a las comunas 5, 11 y 12

Grupo 4 (mejor situación social): incluyendo a las comunas 2, 6, 13 y 14.

Si bien la investigación fue llevada a cabo en consultorios externos de CABA se supuso

que a los mismos podían acceder también niños que residían en la zona del Conurbano Bonaerense. Tal como lo plantea el Observatorio de la Deuda Social Argentina (2011) el Conurbano Bonaerense no es homogéneo y sus habitantes se ven compelidos a diferente grado de privaciones según la zona que residan. Cuando se examina el acceso a recursos básicos de subsistencia como son la alimentación y el acceso a ropa o calzado, es evidente el mayor riesgo que afecta a los hogares y a la población de la Zona Oeste y de la Zona Sur en comparación con la Zona Norte. Sin embargo, el mismo documento detalla que en ninguno de los casos existe entre esas jurisdicciones una unidad administrativa capaz de integrar en un sentido político-institucional la extendida y compleja concentración poblacional, por lo que para los casos de niños de 4 a 9 años que asistían a un consultorio externo de CABA y tenían residencia fuera de la ciudad autónoma no se pudo establecer su situación social a partir de los esfuerzos de esta investigación.

### Terapia Ocupacional y Pediatría

La delegada española de La Federación Mundial de Terapeutas Ocupacionales (WFTO), Cristina Labrador afirma en 2004 que “La Terapia Ocupacional es 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”. Labrador (2004) dice que los terapeutas logran este resultado mediante la habilitación de los individuos para realizar aquellas tareas que optimizarán su capacidad para participar, o mediante la modificación del entorno para que éste refuerce la participación.

La WFTO señala que la terapia ocupacional se ejerce en una gran variedad de campos de actuación entre los que se incluyen hospitales, centros de salud, domicilios particulares, lugares de trabajo, escuela, reformatorios y residencias de ancianos.

A nivel nacional, la Asociación Argentina de Terapeutas Ocupacionales (AATO) dice en 2013 de la TO que “es una profesión que interviene en los ámbitos sanitario, educativo, laboral, judicial y social-comunitario. Sus profesionales brindan servicios a personas de diferentes grupos etarios que, al presentar situaciones de estrés, enfermedad, discapacidad y/o disfunciones ven afectado su desempeño ocupacional, su calidad de vida, y por consiguiente su salud integral.”

Como primera similitud entre estas definiciones se señala que ambas plantean diversos ámbitos de actuación. En segunda medida, notamos que ninguna hace referencia al beneficiario de TO como un sujeto con discapacidad<sup>1</sup>.

Sin embargo, si se revisa la historia del surgimiento de la disciplina en Argentina puede entenderse como la misma siempre ha sido relacionada directamente con el sujeto con discapacidad y su proceso de rehabilitación. Nabergoi, Mattei, Sartirana, Briglia y

---

<sup>1</sup> Entendiendo que en el territorio argentino para acreditar una discapacidad de manera legal deben cumplirse los requisitos expuestos para la obtención del Certificado Único de Discapacidad, para esta investigación se utilizará el término “sujeto con discapacidad” como análogo del término “sujeto con certificado de discapacidad” a pesar de que no sean sinónimos.

Zorzoli (2013) explican que luego de las consecuencias que dejó la segunda guerra mundial, distintas organizaciones mundiales de salud (OMS, OPS, OSP) desarrollaron políticas para consolidar un modelo de cooperación técnica internacional en rehabilitación para tratar enfermedades endémicas y epidémicas. Agregan que en Argentina estas acciones de cooperación se desarrollaron a partir de la epidemia de poliomielitis creándose en 1956 la comisión nacional de Rehabilitación del Lisiado (CNRL) la cual implementaría un Programa Nacional de Rehabilitación. Como parte del mismo, dicen los autores que se lleva a cabo un curso de formación inicial a quienes se desempeñarían como idóneas en T.O. Como vemos, la profesión en dicho territorio es desarrollada con el fin de rehabilitar a personas con una discapacidad, especialmente niños afectados por la epidemia de poliomielitis.

El *enfoque de rehabilitación* utilizado solamente para intervenir con un niño con discapacidad es una idea que Pava-Ripoll y Granada-Echeverry (2016) tildan como una *tensión teórica*. Los mismos señalan que en variadas ocasiones al niño se lo debe *habilitar*. Los autores citan a Vera y Pizón quienes afirman que la *rehabilitación* fue históricamente un concepto aplicado a adultos que han perdido alguna capacidad y que los niños pueden tanto haberla perdido como no haberla adquirido por diversos motivos como una enfermedad, un contexto desfavorable, entre otros. Las reflexiones propuestas por estos últimos autores dejan ver cómo el *sujeto a rehabilitar* no siempre debe ser un *sujeto con discapacidad*.

Como se ha citado anteriormente, para el ejercicio de la disciplina no solo se debe limitar el campo de trabajo a personas con discapacidad, sino que se podrá intervenir con cualquier persona que presente una *disfunción ocupacional* o la posibilidad de tenerla. Según Noya (2001) la misma “puede aparecer cuando el sujeto entra en un círculo desadaptativo, por causas patológicas, de inadecuación social o por circunstancias de su vida personal ante las que por alguna razón no reaccionó de una manera plenamente operativa”. Argumentando que la aparición de *alteraciones funcionales* puede devenir de una discapacidad, como de otros factores. Esta autora señala por ejemplo al stress, fracaso, demanda ambiental, entre otras como posibles causas de aparición de *disfunciones ocupacionales*. Así mismo, la definición planteada por la AATO en 2013 afirma que el servicio se brinda a personas que ven afectado su desempeño ocupacional por diferentes motivos, como situaciones de estrés, enfermedad, discapacidad y/o disfunciones.

Específicamente en el área de pediatría, según López, Cruz y Moldes (2008) la práctica de terapia ocupacional se basa en la comprensión de la relación inseparable que existe entre el *niño*, sus valores, creencias y espiritualidad, funciones y estructuras corporales, destrezas y patrones de ejecución, su *actividad*, objetos y sus propiedades, demandas del espacio, demandas sociales, secuencia y ritmo de tiempo, acciones requeridas y destrezas de ejecución, funciones y estructuras del cuerpo requeridas, y los *entornos* físico, personal, cultural, social, espiritual, temporal y virtual en que ésta se desarrolla. Los autores señalan que el terapeuta ocupacional pediátrico debe evaluar el desempeño individual, determinando cuáles de los déficits presentes están producidos por factores internos y cuales, por factores ambientales, analizando, en lo posible, las interacciones

complejas entre la persona y el entorno en los escenarios en los que se producen.

Por su parte Gómez García (S.F.) señala que el objetivo general de la Terapia Ocupacional pediátrica infantil es el de maximizar el potencial individual de cada niño facilitando su desarrollo en su domicilio, en la escuela, en sus actividades de la vida diaria y en el juego mediante el uso de actividades terapéuticas. La misma autora dice que el terapeuta ocupacional que se especializa en pediatría se encarga de la prevención, diagnóstico funcional tratamiento e investigación de las ocupaciones diarias en las diferentes áreas para incrementar la función independiente y mejorar el desarrollo de los niños que presentan dificultades en su desempeño diario.

Mulligan (2006) sostiene que el proceso de atención en pediatría es único, en parte debido a que el mismo se ve afectado por diversos factores como por ejemplo los familiares o cuidadores del niño, quienes son tan importantes para el proceso como el mismo infante. Justifica esta afirmación diciendo que los cuidadores del niño y su ambiente *hogareño* siempre tendrán un impacto mayor en el desarrollo y finalmente en su desempeño funcional que el terapeuta ocupacional u otros profesionales involucrados de forma temporal.

López, Ortega y Moldes (2008) definen los ámbitos de actuación del TO Pediátrico: los hospitales, los comunitarios y los residenciales. Dentro de los mismos puntúan diferentes sitios donde se puede encontrar un terapeuta ocupacional pediátrico en Estados Unidos, por ejemplo: unidades de neonatología, atención temprana, centros escolares normalizados y de educación especial, asociaciones, entre otros. Mulligan (2006) incluye entre los ámbitos de práctica y sistemas en donde los terapeutas ocupacionales trabajan la intervención temprana, programas comunitarios centrados en la familia, ámbitos educacionales, residencias, clínicas ambulatorias y programas dentro del hospital.

En concordancia con lo anteriormente citado, la concepción que la rama pediátrica de Terapia Ocupacional muestra sobre el niño no se centra solamente en sus *factores personales* como causantes de un déficit en el desempeño. Al igual que el Modelo Canadiense (C.O.M.P.) define al desempeño como una interacción entre dichos factores, las características de la ocupación y del ambiente. Gómez García (S.F.) dirá que se requiere la intervención de Terapia Ocupacional cuando surgen situaciones que inhabilitan a un niño a desempeñar sus ocupaciones en el día a día en relación consigo mismo, con terceros y con el medio que lo rodea.

Retomando la explicación de la AATO acerca de los ámbitos de actuación y beneficiarios de la disciplina podemos decir que la misma puede ser desarrollada en efectores de los 3 niveles de atención y utilizando los 3 niveles de prevención. Debemos esclarecer que cada terapeuta podrá optar por utilizar diferentes enfoques de intervención, dependiendo tanto del efector donde trabaje, como de lo que requiera su paciente. La AOTA (2008) define dentro del Marco de Trabajo, a los enfoques como “las estrategias específicas de intervención seleccionadas para dirigir el proceso de intervención” Entre los mismos destaca: *Crear, promover (promoción de la salud); Establecer, restaurar, (remediación, restauración); Mantener; Modificar y Prevenir (prevención de discapacidad).*

Tales enfoques no actúan solamente sobre la discapacidad de una persona, sino que miran los tres componentes del desempeño, según Algado (2006) definidos por el C.O.M.P. como *Persona, Ambiente y Ocupación*. Esto puede leerse en enfoques como el de *promoción* donde las acciones son destinadas a “proveer entornos y experiencias de actividades enriquecedoras que mejorarán el desempeño de todas las personas en los ámbitos naturales de vida” o el de *prevención* donde se aclara que “las intervenciones pueden dirigirse al cliente, ámbito o variable de la actividad”

Diversos artículos de evidencia científica mundial y nacional han sido encontrados relatando experiencias de terapeutas ocupacionales pediátricos utilizando estos enfoques, ejemplificando que líneas de acción siguen los profesionales que no trabajan exclusivamente con niños con una discapacidad.

Dentro de lo que se denomina como Prevención Primaria para la OMS, o enfoque de *Promoción* según el Marco, se encuentran autores como Pizzi (2016); Ling-Yi L., Rong-Ju, C., Yung-Jung C. (2017); Thibeault R., Hébert M. (1997); Wong, A., Li-Tsang, C., Siu, A. (2014); Chung-Ying, L., Chia-Ting, S., Hui-Ing, M. (2012) y Parra-Esquivel E.I. (2010) quienes destacan el papel del TO en la promoción de salud, bienestar y calidad de vida para evitar problemáticas como la obesidad infantil y/o adicciones; la importancia de la actividad física y de las habilidades sociales en el contexto escolar y, finalmente, se contempla la creación de clínicas comunitarias para niños sanos como principio de la promoción de la salud.

En el ámbito nacional, puede señalarse a Beecher (1999) quien en su investigación busca incrementar acciones de promoción de la salud en la comunidad educativa, manifestando en estos ámbitos signos de inadaptación y/o fracaso escolar.

Por otro lado, se encuentran terapeutas ocupacionales trabajando en donde ya existe un riesgo de problemas en el desempeño, es decir, utilizando un enfoque de *Prevención*. A nivel internacional se puede mencionar a los siguientes autores: Golos, A., Sarid, M., Weill, M.I., Weintraub N. (2011); Fontes, CMB., Mondini, C., Moraes, Mc., Bacheга M., Maximino, N. (2010) quienes en sus investigaciones comprenden la prevención de la privación de una de las ocupaciones principales para el niño “el juego” en dos ámbitos: escolar y hospitalario, para evitar un impacto negativo en el desarrollo ocupacional y por lo tanto, en la adquisición de habilidades. Por su lado, Torres J. M., Ganem A. E., Contreras M. M., Leal E. K., Soto M (2014) se centran en niños víctimas de bullying como posibles beneficiarios de TO, para prevenir disfunciones en su desempeño, más precisamente en el área de participación social, mejorando de esta manera la calidad de vida de los niños en el ámbito escolar.

Bajo este enfoque, en el ámbito nacional Codaro (2010) contempla en su investigación a los factores de riesgo que afectan a las escuelas públicas argentinas, señalando principalmente a la pobreza y la violencia. La misma plantea fortalecer el desarrollo integral normal y mejorar la calidad de vida brindando un programa de intervención a través de un trabajo interdisciplinario y multisectorial, que consiste en actividades y talleres artístico-recreativas.

Como se detalla y justifica a continuación, esta investigación se abocó a terapeutas

ocupacionales que trabajaban con niños de 4 a 9 años sin certificado de discapacidad principalmente bajo el segundo y cuarto enfoque mencionado por el marco (*Establecer, restaurar / Modificar*), ya que ambos están destinados a actuar sobre variables existentes tanto del cliente como del ambiente o la actividad. Cuando se adoptan estos últimos, ya existe un *desorden* en el desempeño que deriva en una consulta a un terapeuta. Como evidencia mundial encontrada hasta el momento pueden citarse a Angulo y Arenas (2016) quienes establecen el abordaje de terapia ocupacional en niños con problemas en la adquisición de escritura y en la rehabilitación centrada en modificar las variables del niño y su contexto.

Al centrarse en este enfoque se debe recurrir a los efectores de CABA pertenecientes a los dos últimos niveles de atención, por eso mismo se seleccionó una muestra de consultorios externos independientes y/o pertenecientes a servicios de TO de clínicas y hospitales de los subsectores público, privado y/o de obra social.

En relación al recorte de la población se dirá que diversos colegas han intentado detallar las características de la niñez desde una perspectiva ocupacional. En este caso se ha decidido utilizar los conceptos desarrollados por Llorens (1991) para ayudar a describir y categorizar la población de estudio. La elección de la misma puede ser fundamentada en el especial hincapié que hace la autora en la fuerte relación que se da entre el compromiso con las ocupaciones, el desarrollo y la integración de los sistemas motor, sensorial y cognitivo para generar conductas adaptativas que permitan un proceso de adaptación al medio.

Llorens (1991) divide a los ciclos vitales en nueve, pero se tomaron conceptos del segundo (Niñez temprana, 2 a 5 años) y tercer rango etario (Niñez, 6 a 12 años) ya que son los que engloban a la población elegida (4 a 9 años).

Varios autores del área de las neurociencias y la filosofía, Korzeniowski C. G., Marina J.A., (2011) y de terapia ocupacional Simon C. J y Daub M. M. (1998) señalan que en estas edades los niños pasan por periodos sensibles en el desarrollo de su cerebro y en la adquisición de funciones ejecutivas, generándose un momento óptimo para el aprendizaje. Así, alcanzan, como menciona Llorens, un mayor nivel de dominio en las habilidades de autocuidado, capacidades organizativas, desarrollo motor, habilidades sociales, uso del lenguaje, dominio de la lectura, escritura, cálculo, la toma de decisiones y la resolución de problemas. La misma autora dirá que la mayor ocupación del niño radica en el rol de estudiante.

Para el Ministerio de Educación argentino, este rango etáreo está clasificado en: Nivel Inicial de Educación (4 y 5 años) y Primer Ciclo de la Escuela Primaria (6, 7, 8 y parte de los 9 años), otorgándole una gran importancia a estos dos momentos por ser además de periodos sensibles, momentos de transición (Secretaría de Educación del Gobierno de la Ciudad de Buenos Aires, 2004)

Es importante aclarar que, si bien un niño puede ser escolarizado antes de los 4 años, la Ley de Educación Nacional N° 27045 modifica en el 2014 a su anterior -Ley de Educación Nacional N° 26206, promulgada y sancionada por el Ministerio de Justicia y



Derechos Humanos en el 2006- al establecer la edad de 4 años como la iniciación formal y obligatoria de los niños en la educación, siendo esta obligatoriedad la que fundamenta el punto de corte para la población elegida.

Los diseños curriculares establecidos por la Secretaría de Educación del Gobierno de la Ciudad de Buenos Aires (2004), señalan la importancia que tiene el primer ciclo (1ro, 2do y 3er grado) por constituir la base de experiencias formativas sobre la que se apoyaran las propuestas de los siguientes años. En especial hace hincapié en la transición del jardín a la escuela primaria y en el sentido fundacional que tienen estos años en relación al contrato de la escuela con los niños y sus familias, a la adaptación a las normativas institucionales (diferentes en estos niveles educativos) y al primer ciclo como la entrada en un tipo de actividad escolar sistemáticamente distinto. En este ciclo se produce el aprendizaje de lo que significa la tarea escolar, se resignifica y descubre la importancia de las experiencias y conocimientos adquiridos.

Por todas las razones mencionadas creemos que, entre los 4 y 9 años los niños transcurren un período de transición y adaptación al medio, el cual por su permeabilidad es muy sensible a factores contextuales y del entorno, generando un mayor riesgo de presentar una *disfunción ocupacional*. La Secretaria de Educación del Gobierno de la Ciudad de Buenos Aires (2004) dirá al respecto que las estadísticas educativas de CABA muestran que en el primer ciclo se ha concentrado el mayor índice de repitencia que se registra en la escolaridad primaria y los más altos niveles de fracaso escolar. En búsqueda de evitar este fracaso se presume que algunos niños sin certificado de discapacidad llegan a consultorios externos de TO.

Si bien ya se ha dejado claro que, bajo la línea de pensamiento de esta investigación, la cual es justificada por los aportes teóricos de los autores anteriormente citados, para asistir a un consultorio externo de terapia ocupacional no es necesario ser una persona con certificado de discapacidad, generalmente se asiste al mismo con un *motivo de consulta* determinado. El mismo es explicado por Álvarez y Tobón (2008) “como la causa principal por la cual el paciente asiste al profesional” los mismos señalan que “se obtiene con el relato que hace el paciente, en su propio lenguaje, sobre su padecimiento, pero en ocasiones, cuando la descripción resulta confusa, se debe orientar el interrogatorio para obtener mayor claridad”.

En base a la edad seleccionada y su reciente justificación, se presumió que los motivos de consulta de niños sin certificado de discapacidad estarían en parte relacionados con *desordenes* que podrían aparecer dentro de los que Llorens (1991) señala como principales contextos, el hogar y el ámbito escolar. Siendo observados, por familiares y docentes que tratan con ellos. Por esta circunstancia se creyó pertinente hacer un análisis de los posibles *desordenes en el desempeño* que podían aparecer en los niños en relación con los contenidos curriculares que se enseñan en estas etapas y con las habilidades que normalmente deben ser adquiridas, ya que la ausencia o retardo en la adquisición de estas puede probablemente llevar a que las familias requieran una evaluación por un equipo interdisciplinario y su consecuente derivación a terapia ocupacional.

A continuación, se caracterizarán estos ciclos vitales dividiéndolos por edades como lo hace la escuela formal en educación inicial y primer ciclo, utilizando una vez más los aportes de Llorens sobre el desarrollo normal.

*Nivel inicial: 4 y 5 años*

Según el diseño curricular de la Secretaría de Educación de la Ciudad de Buenos Aires (2000) los niños de estas edades, encuentran en el jardín un ámbito donde compartir juegos y descubrimientos con sus pares. Se observan aquí los progresos logrados en las destrezas motoras, globales y selectivas que llevan a los infantes a mostrar sus comportamientos independientes. Este creciente dominio corporal les permite explorar su cuerpo, los movimientos y comunicar a través de estos sus pensamientos y sensaciones. Sus percepciones agudizadas posibilitan la adquisición de nuevos conocimientos sobre el medio y la experimentación de placer ante los estímulos que este presenta. Los avances en el desarrollo cognitivo los incitan a indagar las propiedades de los objetos, los seres vivos, los espacios cotidianos, entre otros. En esta edad entienden mejor sus propias ideas, sentimientos; comenzando a comprender el comportamiento y las emociones de los otros. Su tiempo de concentración aumenta y su capacidad para recordar y memorizar les permite aprender nuevas palabras y utilizarlas en su lenguaje cotidiano, el cual se amplía cada vez más. Aprenden a respetar reglas y normas que el docente y la institución les presentan como necesarias para la convivencia.

En cuanto a las actividades fuera de la institución escolar, Llorens (1991), nos habla de que en esta edad ya debe estar adquirida la autosuficiencia en alimentación, vestido e higiene y concuerda con la Secretaría de Educación De la Ciudad de Buenos Aires en que en esta etapa se desarrolla la habilidad para seguir consignas, la capacidad para respetar turnos en juegos grupales y para concentrarse en tareas por períodos de tiempo razonables.

*Primer ciclo: 1ero, 2do y 3er grado*

En este momento, según el diseño curricular de la Secretaria de Educación de la Ciudad de Buenos Aires (2004) toma un papel relevante la adaptación de los niños al sistema escolar. Los niños aprenden los roles y las normas que marcan la relación entre los adultos y los alumnos dentro de la institución. Aprenden de qué forma se plantean, enfrentan y resuelven los conflictos en la escuela, que es lo que está permitido y lo que no, los hábitos y actitudes que se esperan de ellos para la convivencia. Se desarrollan las capacidades autónomas en la resolución de problemas, en las elecciones, en el uso de materiales, en la elección de compañeros, etc. Se espera que en estos años los niños puedan organizarse y concentrarse para los tipos de tareas que la escuela les propone. Se le da vital importancia al trabajo con otros, a la cooperación, el respeto, la confianza y en si a los valores sociales y morales que se esperan de estos niños en la escuela y posteriormente en la sociedad.

Llorens (1991) hace referencia a estos contenidos diciendo que en esta etapa se desarrollan las conductas adaptativas, asociadas a los roles, se aprenden las habilidades sociales apropiadas y se adquieren habilidades para la vida cotidiana y el desarrollo de

actitudes sanas con uno y los demás. A partir de aquí, señala, se logra un mayor nivel en el dominio de la lectura, escritura, cálculo y pensamiento conceptual. Añade que la socialización toma un lugar importante al igual que el reconocimiento de sus pares y de los adultos. La percepción y organización de los sistemas (táctil, visual, auditivo, vestibular, olfatorio, gustativo y propioceptivo – kinestésico) se refinan, al igual que su funcionalidad. Según la autora el desarrollo motor puede ser observado en movimientos coordinados finos y gruesos y la coordinación visomotora mejora gracias a su uso en actividades con papel y lápiz. Por último, detalla que el juego media el desarrollo sociocultural y el trabajo en grupo, "...las reglas, la competencia y el deporte se vuelven importantes en el desarrollo de valores sociales, el sentido de la moralidad y la conciencia. Se incrementan la habilidad de atención, la memoria y la tolerancia a la frustración."

En relación a estos niveles se detallarán a continuación algunos de los contenidos dados por los docentes de las diferentes asignaturas, según los Diseños Curriculares para educación inicial y primer ciclo establecidos por la Secretaria de Educación del Gobierno de la Ciudad de Buenos Aires en el 2004:

- Conocimiento del propio cuerpo y su movimiento. Habilidades motoras y capacidades coordinativas. Orientación espacial. Relación con los objetos y con los otros en el espacio y en el tiempo. Exploración de las velocidades, las intensidades y la dirección de los movimientos tanto de uno como de los objetos. Afirmación y reconocimiento de la dominancia lateral (primer grado).
- El cuidado de la salud, la valoración y el respeto del propio cuerpo y el de los otros, la seguridad y la higiene. Identificación de situaciones en las que pueden actuar independientemente y en las que necesitan ayuda de un adulto.
- El juego y sus modos de organización, las reglas y normas, la asunción de roles, el respeto por los adversarios y compañeros, la resolución de problemas que se den a partir de circunstancias que aparezcan en estos.
- Registro de sensaciones y percepciones en diferentes posturas y posiciones del cuerpo y a través de la relación con el entorno.
- Registro de sensaciones corporales relacionadas con el medio externo como el frío, el calor, el cansancio, etc. Reconocimiento de situaciones de riesgo, la posibilidad de evitarlas y el respeto por las normas (1er y 2do grado). Toma de decisiones ante este registro y anticipación a situaciones de riesgo. (2do y 3er grado).
- Exploración, comparación y reflexión sobre las características, funciones y cambios de los materiales y los objetos. Exploración visual y táctil de diferentes texturas y sus cualidades, las formas, el color y el espacio.
- Exploración e iniciación en la lectura y escritura. Diferenciación entre escritura y dibujo y entre lengua hablada y escrita. (Nivel inicial). Apropriación del sistema y las prácticas de lectura y escritura. Apropriación de los contenidos lingüísticos para ejercer como lector-escritor. (Primer ciclo)

- Utilización de herramientas como tijeras, crayones, lápices, etc. Utilización de lapicera, regla, compás, etc. (Primer Ciclo)
- El habla y la escucha en diferentes contextos (interpersonales, de instrucción, normativos, imaginativos). Manifestación de sentimientos, emociones, temores y estados de ánimo. Resolución de conflictos a partir de la comunicación. La opinión, confrontación de ideas, la atención sostenida durante una conversación.
- Reconocimiento de situaciones en las que son necesarias las normas. Vinculación entre estas y su cumplimiento y entre el no cumplimiento y la sanción.
- Discriminación y reconocimiento de los sonidos, sus rasgos distintivos. Los sonidos del entorno natural y social. La música y sus principios organizativos. Exploración de instrumentos y de la voz.
- Sensibilización ante distintos tipos de expresiones. Sensaciones de placer, displacer, asombro, curiosidad, etc. Percepción sensible del entorno (texturas, olores, sonidos, formas, colores, ubicación en el espacio)

A partir de la enseñanza de estos contenidos los docentes podrían observar dificultades y problemas en la adquisición de los mismos. Debido a esto, podrán pedir colaboración al gabinete interdisciplinario de la escuela (Ley de Educación Nacional 26206, Capítulo IV Art 32 inciso H) Dados los contenidos seleccionados se puede pensar en las siguientes problemáticas que podrían ser consideradas o derivar en una dificultad o limitaciones permanente ya que podrían representar dificultades en actividades en la vida diaria y restricciones en la participación.

Problemas de comportamiento o de conducta: Díaz, Jordán, Vallejo y Comeche (2006, citado en García et al., 2011) nos hablan de que estos problemas aparecen cuando los niños tienen que cumplir normas y tener un cierto grado de disciplina. Como se observa en los contenidos mencionados anteriormente las normas son una parte importante en el contexto escolar ya que de estas depende la convivencia en el aula y en toda la institución. Los problemas en el acatamiento de las normas y en la conformación de conductas adaptativas apropiadas pueden tener su origen en infinidad de motivos. Jean Ayres (1979) refiere sobre el tema, que el niño que no puede modular las sensaciones provenientes del cuerpo y del entorno posiblemente se sobrecargue fácilmente y se muestre incapaz de manejar el estrés, reaccionando ante las amenazas del medio con respuestas primitivas como huir, enojarse o pelear. Bajo estos términos es que se cree pertinente el trabajo de terapeutas ocupacionales en niños sin discapacidad y con problemas de conducta.

Alteraciones motoras: en las actividades en donde se trabajan habilidades motoras, conocimiento del cuerpo y utilización de herramientas, es posible que los docentes pesquisen ciertas dificultades en la adquisición de estos o la manifestación de diversos comportamientos que los hagan sospechar sobre alguna alteración psicomotora. De esta manera y al comunicárselo a los padres, estos podrían llegar al servicio de terapia

ocupacional con dicha preocupación como motivo de consulta. Como característico de estos trastornos Calmels (2004) cita a Ajuriaguerra (1970) y dice que los mismos no responden a una lesión central, son más o menos automáticos, motivados, sentidos o deseados, van unidos a los afectos y en relación a lo somático, son persistentes, pero varían en su expresión. Como posibles trastornos derivados de estas alteraciones se pueden considerar los siguientes:

**Disgrafía:** Para Ajuriaguerra (1970), citado por Calmels (2004) “la escritura es una suma de praxia y lenguaje, y únicamente puede realizarse a partir de cierto grado de organización de la motricidad que supone una fina coordinación de movimientos y un desarrollo espacial (...) Será disgráfico todo niño cuya escritura sea defectuosa, si no tiene algún importante déficit neurológico o intelectual que lo justifique. Niños intelectualmente normales escriben despacio y en forma ilegible, cosa que les retrasa su avance escolar”. En esta definición el autor hace referencia por un lado a los requerimientos necesarios para el aprendizaje de la escritura y por otro a la necesidad para ser considerado disgráfico de ser un niño sin problemas neurológicos o intelectuales. Como se menciona en los contenidos académicos la escritura tiene una vital importancia en ambos ciclos y es según Feder et al. (2007) citado por Angulo, V., Arenas D., (2016) unos de los motivos más frecuentes de derivación a Terapia Ocupacional.

**Dispraxia:** Jean Ayres (1979) define a la dispraxia del desarrollo como “una disfunción cerebral que dificulta la organización de las sensaciones táctiles y en ocasiones también de las sensaciones vestibulares y propioceptivas e interfiere con la habilidad para la planeación motora”. Se refiere a esta dificultad como del desarrollo ya que el problema comienza en los niños de forma temprana y afecta su desempeño a medida que este crece. Además, infiere que los padres y maestros verán esta dificultad al observar una coordinación motora insuficiente e intentaran ayudar al niño a través de explicaciones verbales que no logran modificaciones.

**Torpeza:** Sobre este trastorno Calmels (2004) dirá que se llama torpeza motriz a la “imperfección habitual y continua de los movimientos de la vida cotidiana” observada a partir de los tres años. Estas fallas deben ser diferenciadas de las fallas comunes y de la torpeza que puede implicar un nuevo aprendizaje y una destreza desconocida. Además, nombrara algunos de los signos observables, estos son: Abundantes movimientos inútiles asociados a otros movimientos, aumento de la tensión muscular durante la acción, fallas en la resolución de coordinaciones generales, fallas en la regulación del equilibrio y movimientos exagerados y mal graduados.

**Problemas atencionales:** como mencionamos anteriormente, en la población estudiada la concentración aumenta paulatinamente desde el nivel inicial y continúa incrementándose durante toda la etapa escolar. La atención es necesaria para la realización de todas las actividades en la escuela y fundamental para el aprendizaje.

Domingo Sanz M. A. (2008) señala que los trastornos por déficit de atención con hiperactividad (ADHD) son una de las “patologías que se dan con más frecuencia y que más puede dificultar a los niños desarrollarse normalmente en las áreas de desempeño

ocupacional, habilidades de desempeño, patrones de desempeño u entorno”. Si bien se sabe que esta investigación se basa en niños sin discapacidad, al enfocarnos en infantes que lleguen al servicio de terapia ocupacional sin certificado de discapacidad, no podemos dejar de lado que no todos los niños que presentan estas dificultades son diagnosticados como tal y por ende creemos que es probable que esta población llegue al servicio sin dicho certificado por no cumplir quizá con todos los requisitos para ser catalogados dentro de esta clasificación. De esta manera no se puede ignorar que las alteraciones en la atención serán observadas en el contexto escolar y posiblemente generarán derivaciones a terapia.

Según Domingo Sanz M. A. (2008) se observan en estos niños las siguientes conductas predominantes:

*Inatención:* no termina las tareas que empieza, comete muchos errores, no se centra en los juegos, muchas veces parece no escuchar cuando se le habla directamente, tiene dificultades para organizarse, evita las tareas que requieren esfuerzo, muy a menudo pierde las cosas que necesita (lápices, libros, ropa...), se distrae con cualquier cosa, es muy descuidado en las actividades. Estos niños son “lentos e inexactos”.

*Hiperactividad:* realiza movimientos constantes de manos y pies, se levanta constantemente, corretea por todos lados, le cuesta jugar a actividades tranquilas, habla en exceso.

*Impulsividad:* se precipita en responder antes de que se hayan completado las preguntas, tiene dificultades para guardar turno, suele interrumpir o se inmiscuye en las actividades de otros (por ejemplo, se entromete en conversaciones o juegos), muestra un estilo cognitivo impulsivo: son “rápidos e inexactos”.

*Conductas agresivas:* empuja, pega y da codazos para ponerse primero, discute enfadado, no le gusta que le lleven la contraria, se niega a trabajar y se muestra desafiante, quita y destruye las cosas de los demás, se niega a compartir, fuerza a otros niños a hacer algo que no quieren, tira las cosas y las destroza, insulta, pega y da patadas a los adultos.

*Funcionamiento cognitivo:* dificultad para procesar varios estímulos simultáneamente; dificultad para distinguir los estímulos relevantes de los irrelevantes; dificultad para mantener la atención de forma continuada; dificultad en aprender y recordar lo aprendido; procesamiento de la información de forma más superficial y momentánea; mayor sensibilidad a las variaciones del contexto o del ambiente de trabajo; estilo de procesamiento cognitivo impulsivo, rápido, e inexacto, dependiente del campo perceptivo que se le presente; predominio de actitudes poco analíticas, estrategias de ensayo y error poco elaboradas y rigidez cognitiva; dificultades de aprendizaje; dificultades en la comprensión lectora, cálculo, resolución de problemas matemáticos,

escritura y nociones perceptivo-espaciales. Dificultades para seguir instrucciones y mantener la motivación.

*Área socio emocional:* baja tolerancia a la frustración, baja autoestima por las escasas experiencias de éxito, aparición de sentimientos depresivos, desfase entre capacidad intelectual y emocional: inmadurez, comportamiento infantil e inestable, cambios bruscos de humor, necesidad de llamar la atención: comportamiento desobediente, aun a costa de ser castigado o premiado, con apariencia de que no le importan las consecuencias de sus actos, dependencia de la aprobación de los adultos, tienden a culpar a los demás de sus errores, les cuesta ponerse en el lugar del otro y tener en cuenta sus deseos y sentimientos, menos autónomos, dificultades en las relaciones sociales siendo niños más rechazados por sus iguales.

Desordenes sensoriales: como se desglosa a partir de los contenidos de las curriculas educativas, varias actividades se relacionan con el registro, discriminación y sensibilización ante las percepciones corporales provenientes de los distintos sistemas sensoriales. A partir de la propuesta que los docentes hagan en relación a estos contenidos, los mismos podrán observar que algunos niños reaccionan de manera desadaptativa frente a los diferentes estímulos. Jean Ayres (1979) dijo al respecto que algunos desordenes de integración sensorial parecen ser problemas de aprendizaje académico y es quizá esta la forma en la que los docentes lo vean. Dichos aprendizajes requieren de la organización de mucha entrada sensorial proveniente de los ojos, los oídos, los receptores vestibulares, táctiles y propioceptivos. Si el procesamiento y la organización de todos estos estímulos es insuficiente el niño tendrá dificultades en la lectura, escritura, el dibujo, etc. Esto también volverá torpe al infante y hará que se confunda en otras actividades escolares dentro y fuera del aula. Con frecuencia las equivocaciones reiteradas resultaran en sentimientos de ineptitud, impotencia, comportamientos defensivos y en general derivaran en fracaso escolar. Los docentes observarán las dificultades en varios contextos y actividades, lo cual dependerá del tipo de procesamiento que se encuentre afectado, por ejemplo, pueden observar conductas defensivas o evitativas ante el estímulo táctil generado por la utilización de texturas que no le agradan o por el contacto corporal, o alteraciones en la conducta a partir de la exposición a ruidos u olores que lo desorganicen. Jean Ayres (1979) dirá que estos niños “En lugar de averiguar lo que significan las sensaciones tienden a reaccionar a ellas, ya sea peleando o huyendo”. Esto derivará en los antes mencionados problemas de comportamiento de base sensorial. Sin embargo, se ha diferenciado estos problemas sensoriales de los malos comportamientos por considerar que en ocasiones los padres no llegan a terapia por mala conducta sino por la angustia que les produce a sus hijos cierta exposición a las sensaciones. Otra manifestación importante por parte de los padres es la queja que realizan sobre que sus hijos no comen alimentos variados porque no les agrada la textura en su boca.

De esta manera creemos que si bien todas las problemáticas definidas con anterioridad

(problemas de conducta, alteraciones motoras y alteración de la atención) pueden estar atravesadas por un problema de modulación sensorial, es necesario clasificarlo aparte, ya que puede que las manifestaciones sensoriales no se encuadren dentro de las otras dificultades.

Otros posibles motivos:

Finalizando, se considera importante mencionar que muchos de los niños de entre 4 y 9 años que asisten a consultorios externos sin certificado de discapacidad podrían estar esperando cumplir con determinados requisitos para concretar la solicitud del certificado o considerando realizarla.

En los casos que se sospeche la presencia de un Trastorno Generalizado del Desarrollo, por ejemplo, el Anexo II de la Normativa para la Certificación de Personas Con Discapacidad Mental, emitida por el Servicio Nacional de Rehabilitación en el año 2015 señala como requisitos para acreditar una discapacidad, además de las planillas correspondientes completas y diferentes certificados y estudios otorgados por el médico y equipo interdisciplinario tratante, informes de diferentes disciplinas e informes escolares y antecedentes comprobables de haber realizado un año de tratamiento como mínimo. Si consideramos que el recorte de la población se efectuará a partir de los 4 años, es probable que muchos de los niños sobre los que se realicen las entrevistas se encuentren en esta situación.

Por otro lado, Fiorentino (2015) señala que, en Argentina, el trauma es la causa más frecuente de muertes en niños mayores de un año, con una elevada morbilidad y un alto costo para el sistema de salud. Según el mismo autor, se estima que, por cada niño fallecido, entre 4 y 6 quedan *discapacitados*. En su investigación sobre el Trauma en Pediatría dice que de los pacientes estudiados del Hospital de Niños Ricardo Gutiérrez, en menores de 3 años predomina el traumatismo craneoencefálico mientras que en mayores de 3 años las fracturas de miembros.

Como se ha mencionado, para acceder a un CUD, no basta con la sola presencia de un diagnóstico, sino que es necesario haber agotado las opciones terapéuticas y tiempos establecidos de acuerdo a la patología (Servicio Nacional de Rehabilitación, 2015) Por esta razón no puede dejar de contemplarse que otros motivos de consulta de niños de 4 a 9 años sin certificado de discapacidad podrían derivar tanto de la presencia de Traumatismo Craneoencefálico (TEC) o de Trastorno Generalizado del Desarrollo (TGD).

Por último, por su prevalencia es importante mencionar también a la Parálisis Cerebral Infantil. En Argentina dirá Larguía (2000) que la incidencia es de 1500 nuevos casos por año, siendo la incapacidad física más frecuente en la infancia. Por otro lado, el autor señala que en el país se carece de un sistema de monitoreo de Parálisis Cerebral confiable, por lo que presume un subdiagnóstico de la misma. A partir de esta afirmación puede entenderse que, como se menciona anteriormente, siendo requisito para la obtención del CUD que la limitación funcional devenga de, entre otras, de una discapacidad de origen motor acreditada a partir de entre otros, un diagnóstico; muchos



niños que manifiestan las complicaciones típicas de la patología no posean un certificado único de discapacidad.

Se decide excluir estos casos de la investigación, ya que estos niños podrían cumplir las condiciones para acreditar un certificado único de discapacidad, debido a que según los criterios del mismo, la limitación devendría necesariamente de una patología.

### **Hipótesis**

La demanda de Terapia Ocupacional de niños de 4 a 9 años sin certificado de discapacidad en consultorios externos de CABA en 2017 es en lo referido a su prevalencia, significativamente menor en relación a los niños de la misma edad que poseen un CUD y asisten a los mismos, siendo los motivos de consulta, problemas de comportamiento o conducta, alteraciones motoras, problemas atencionales y desórdenes sensoriales.

### **Objetivos**

#### **General:**

Caracterizar la demanda de Terapia Ocupacional de niños de 4 a 9 años sin certificado de discapacidad en consultorios externos de CABA en 2017 en lo referido a su prevalencia y motivos de consulta.

#### **Específicos:**

- 1) Comparar la prevalencia de niños de 4 a 9 años con y sin certificado de discapacidad que asisten a consultorios externos de Terapia Ocupacional en CABA en 2017
  - 1a) Identificar la cantidad de niños sin certificado de discapacidad de entre 4 a 9 años que se atiendan en consultorios externos de Terapia Ocupacional en CABA en 2017.
  - 1b) Identificar la cantidad de niños con certificado de discapacidad de entre 4 a 9 años que se atiendan en los consultorios externos de Terapia Ocupacional en CABA en 2017
- 2) Caracterizar los motivos de consulta por los cuales asisten niños de 4 a 9 años sin certificado de discapacidad a consultorios externos de Terapia Ocupacional en CABA en 2017 en base a las manifestaciones observadas por el TO.
  - 2a) Identificar y caracterizar los problemas de comportamiento o conducta como motivo de consulta por el cual asisten niños de 4 a 9 años sin certificado de discapacidad a consultorios externos de Terapia Ocupacional en CABA en 2017 en base a las manifestaciones observadas por el TO.
  - 2b) Identificar y caracterizar alteraciones motoras como motivo de consulta por el cual asisten niños de 4 a 9 años sin certificado de discapacidad a consultorios externos de Terapia Ocupacional en CABA en 2017 en base a las manifestaciones observadas por el TO.
  - 2c) Identificar y caracterizar los problemas atencionales como motivo de consulta por el cual asisten niños de 4 a 9 años sin certificado de discapacidad a consultorios externos de Terapia Ocupacional en CABA en 2017 en base a las manifestaciones observadas por el TO.
  - 2d) Identificar y caracterizar los desórdenes sensoriales como motivo de consulta por el cual asisten niños de 4 a 9 años sin certificado de discapacidad a consultorios externos de Terapia Ocupacional en CABA en 2017 en base a las manifestaciones observadas por el TO.
- 3) Analizar la prevalencia de niños de entre 4 y 9 años sin CUD que asisten a

consultorios externos de TO en CABA según la estratificación social de las zonas en donde se ubiquen los mismos y en función de la situación social de los niños y su modo de financiar el tratamiento.

### **Apartado Metodológico**

#### **Tipo de diseño**

Para comenzar el análisis sobre los tipos de diseños de esta investigación, se dirá que la estrategia metodológica central de la misma ha sido *Cuantitativa*. Esto puede afirmarse en relación a lo dicho por Sampieri, Collado y Lucio (2006) por varias razones: El problema de estudio se ha delimitado desde un primer momento al igual que la pregunta de investigación y su respectiva hipótesis. Toda esta información derivó principalmente de la revisión de la literatura y el consecuente armado del Marco Teórico.

De la revisión teórica mencionada anteriormente y en congruencia con los objetivos planteados para esta investigación se han fragmentado los datos y conformado las variables significativas y la forma de medirlas, creando un instrumento uniforme para todos los casos. De esta manera los recabados pudieron ser cuantificados y su posterior análisis fue sistemático y estuvo basado en las variables y su escala de valores. La investigación pretendió ser lo más objetiva posible, por lo que incluyó como parte de su muestra a todos los niños posibles de 4 a 9 años que se atendieron en consultorios externos de CABA en 2017, persiguiendo el objetivo de la generalización e intentando alcanzar los estándares de validez y confiabilidad que este tipo de diseños sostiene. Continuando con la clasificación del tipo de diseño de esta investigación se dirá que la misma fue *No Experimental* por al menos dos razones: Por un lado como su nombre lo indica, esta categorización se da por la negativa a un concepto, tal como plantean Sampieri, Collado y Lucio (2006) en esta investigación no se realizó ningún tipo de experimentación, no se manipularon las variables de manera intencional, no se asignaron aleatoriamente los participantes, ni se plantearon estímulos a los niños para ver sus reacciones posteriormente, no se evaluaron los resultados de los tratamientos que las T.O. aplicaban en los niños sin certificado de discapacidad que asistían a sus consultorios y no se construyó ninguna situación artificial. En cambio, se recabó información sobre las situaciones ya existentes y se tomaron las variables tal como ocurrieron. Se estudiaron niños que ya asistían a terapia ocupacional, que ya presentaban una disfunción y cuyas características no han sido manipuladas. Así mismo, esta investigación según el inicio de la misma en relación con los datos se clasifica como *prospectiva* ya que en congruencia con lo dicho por Sampieri, Collado y Lucio (2006) en la misma no se estudiaron datos previos, sino que los mismos se generaron a partir de la aplicación del instrumento creado para dicho fin. Además, teniendo en cuenta la dimensión temporal y el número de momentos en los cuales se recolectaron datos se podría decir que la misma según los autores mencionados, se clasifica como *transversal* porque evaluó la atención de niños de 4 a 9 años sin certificado de discapacidad y los motivos de dicha atención en un momento dado, en un contexto espacio temporal específico y único, CABA entre los meses de Agosto y Noviembre del año 2017. De esta manera los resultados obtenidos fueron exclusivamente válidos para dicho tiempo y lugar, ya que de ningún modo se estudió nuevamente a la población para esta investigación.

Según el grado de conocimiento que existía sobre el tema y dentro de las

investigaciones *transeccionales*, esta investigación no puede clasificarse estrictamente como *exploratoria* ni como *descriptiva*, sino que compartió conceptos constitutivos de ambas.

Si se remite al rastreo del estado del arte, puede decirse que no se ha encontrado información que remita al trabajo de terapeutas ocupacionales con niños sin certificado de discapacidad que presenten disfunciones ocupacionales y sean atendidos en consultorios externos en la Ciudad Autónoma de Buenos Aires. En este sentido puede afirmarse que el tema central de la investigación ha sido poco explorado. Sin embargo, se sabe que para este tipo de investigaciones se utilizan conocimientos de la disciplina que se han venido trabajando a lo largo de los años (Sabino, 1992). Así de acuerdo con Sabino (1992) esta investigación no sería puramente *exploratoria* ya que utiliza conceptos anteriores que en todo caso se aplican a una población específica con una interrelación de características poco exploradas en un dispositivo de atención específico: consultorio externo.

Por otro lado se podría considerar a esta investigación como *descriptiva* ya que el objetivo general de la misma radicó en caracterizar los motivos de consulta por los cuales asistían niños de 4 a 9 años sin certificado de discapacidad a consultorios externos de Terapia Ocupacional en CABA en el año 2017. De esta manera y en relación a lo dicho por Sampieri, Collado y Lucio (2006) esta investigación midió, evaluó y recolectó datos sobre dichos motivos, las manifestaciones y características de estos niños, entre otras. Para esto y de acuerdo con los autores se han definido las variables, la población y el contexto de estudio. Así se llegó a una *descripción* lo más basta posible sobre esta población, sus disfunciones y la necesidad de tratamiento. En función del tipo de datos que se recogió y el trabajo que se realizó, esta investigación se define como un *diseño de campo*. Esto se puede afirmar ya que el trabajo de las investigadoras se basó en el acercamiento personal a cada uno de los consultorios externos de Terapia Ocupacional ubicados en CABA que atendían, entre otros, niños de entre 4 y 9 años y en recoger la información directamente, a partir de lo que los terapeutas contaban.

### **Universo y Muestra**

En esta investigación se presentaron dos universos de los cuales se intentó extraer las conclusiones sobre la hipótesis. El primero fue el comprendido por todos los terapeutas ocupacionales que se desempeñaron en consultorios externos de Terapia Ocupacional con niños de entre 4 y 9 años en CABA en el año 2017. El segundo fue comprendido por todos los niños de entre 4 a 9 años sin certificado de discapacidad que asistieron a consultorios externos de Terapia Ocupacional en CABA en el año 2017. Si bien se enfatizó sobre la prevalencia y motivos de consulta de los niños sin certificado fue necesario conocer la prevalencia de los mismos en relación con el total de niños de la misma franja etaria atendida por cada uno de las terapeutas para poder establecer una comparación. Al estar constituido en parte como un diseño exploratorio, para el estudio se intentó producir ambas muestras con todos los miembros de cada universo.

Para lograr incluir la mayor cantidad de miembros de cada universo posible, en un primer momento se envió e-mail a las asociaciones argentinas de terapia ocupacional con jurisdicción en CABA, la Asociación Argentina de Terapeutas Ocupacionales (AATO) y la Asociación de Terapeutas Ocupacionales del Gobierno de la Ciudad de Buenos Aires (ATOGBA) pidiendo listados de terapeutas ocupacionales que se

desempeñen en CABA y/o la ayuda que ellos podían considerar apropiada para el armado de la muestra. La AATO contestó al día siguiente que se le envió el e-mail declarando no tener la información que solicitamos, de la ATOGBA no se ha recibido respuesta, tampoco al insistir con un mensaje privado de Facebook. Así mismo se ingresó en la web de la Asociación de Integración Sensorial Argentina de donde se obtuvo un listado con los contactos de los profesionales que se encontraban certificados en la misma. Se contactó uno a uno por e-mail. De este procedimiento se han obtenido algunos contactos de profesionales que conformaron parte de la muestra.

En segunda medida, también buscando la masividad de la convocatoria, las investigadoras han ingresado en la página web del Ministerio de Salud de la Nación y mediante un formulario de solicitud de información pública han pedido el listado de registro de prestadores nacionales profesionales de terapia ocupacional, para buscar contactar a cada uno mediante e-mail, si el mismo fuese brindado o mediante redes sociales en caso de contar solo con el nombre de los profesionales. Se ha recibido respuesta, pero la misma no ha sido satisfactoria ya que se ha recibido información sobre los lugares de residencia de Terapia Ocupacional que existen en CABA.

En tercera instancia, las investigadoras se han contactado con instituciones de salud de renombre de la ciudad, IREP (Instituto de Rehabilitación Física) en donde se han podido contactar TOs que formaron parte de la muestra, FLENI de la cual no se ha obtenido una respuesta desde la institución pero profesionales de la misma han afirmado que no se cuentan con consultorios externos de TO en CABA, AEDIN quien ha brindado varios contactos que han podido formar parte de la muestra; Hospital de Rehabilitación Manuel Rocca de donde se han obtenido contactos de TO que han formado parte de la muestra; CESACs en los que según la página del gobierno de la Ciudad se cuenta con profesionales de TO, de los cuales hemos obtenido una respuesta de una TO que conformo parte de la muestra; ALPI asociación civil de la cual no se ha recibido respuesta; el Hospital Italiano del cual no se recibió respuesta, entre otros.

En cuarto lugar, se intentó establecer contacto con profesionales de terapia ocupacional de renombre de la ciudad mediante e-mail, de los cuales no se brindarán sus nombres para proteger su identidad. De la mayoría no se han obtenido respuestas, de los pocos que sí, se han recabado contactos de TO que formaron parte de la muestra. A su vez se ha buscado contactar con profesores de la Universidad Nacional de San Martín mediante e-mail o personalmente, de este procedimiento se han obtenido varias respuestas, la mayoría adjudicando intervenir con otra población, aunque se ha logrado recolectar algunos pocos contactos para la muestra.

Por otro lado, de manera simultánea a lo anteriormente citado se han buscado en internet consultorios de TO en la zona de CABA. De esta búsqueda han surgido algunos contactos de profesionales que han colaborado y formado parte de la muestra.

Por último, se publicó en redes sociales la búsqueda de terapeutas ocupacionales que se desempeñen en consultorios externos de CABA. Específicamente se ha publicado la búsqueda en Linked-In, en dos oportunidades diferentes, en ninguna se obtuvo respuesta; y en los siguientes grupos de Facebook en tres oportunidades diferentes: TO UNSAM, Terapia Ocupacional UNSAM, Terapia Ocupacional Argentina, Terapia Ocupacional Buenos Aires, Compar-TO biblio y Terapia Ocupacional –UBA. De esta búsqueda han surgido también algunos contactos que conformaron parte de la muestra.

Luego de todos estos procedimientos las investigadoras, para ampliar aún más el número muestral, decidieron contactar a la mayor cantidad de miembros de cada uno de los grupos de Facebook posible, por ser, ante su criterio la manera más rápida y directa de conseguir respuesta. Se enviaron mensajes privados en dos oportunidades diferentes a 900 personas que se especuló que fueran profesionales de Terapia Ocupacional que se desempeñen en CABA con niños. La especulación se generó tras la visualización del perfil de cada profesional y grupos de redes a los que pertenecían.

De este procedimiento se obtuvieron 306 respuestas, 262 de las cuales contestaron no poder formar parte de la investigación debido entre otros motivos a que trabajan con otra población, no se desempeñaban en consultorios externos o bien no poseían ninguno en CABA. De las 44 respuestas restantes, 17 no pudieron concretarse debido a que no se volvió a obtener respuesta tras varios intentos. Los 27 contactos restantes han formado parte de la muestra.

Es importante destacar que otros contactos que han formado parte de la muestra han sido brindados por profesionales contactados que hayan podido participar de la investigación o no, se solidarizaron con la búsqueda.

La muestra de niños de entre 4 y 9 años sin CUD se ha conformado a partir de los datos brindados por los profesionales que conformaron parte de la muestra de terapeutas ocupacionales.

Las muestras han sido del tipo *finalística*, tal como plantea Samaja (1993) fue conveniente tratar de incluir en la muestra toda la variedad de sujetos posibles, independientemente de las proporciones reales en que están presentes en el universo. En el primer caso se optó por encuestar a la mayor cantidad posible de terapeutas ocupacionales que atiendan niños en consultorios externos de CABA, para poder aproximarse a una relación más segura entre las prevalencias. Para la segunda muestra, tampoco se sabía a ciencia cierta sobre cuántas unidades de análisis podrían obtenerse respuestas, por lo cual se ha decidido analizar a todas las que se encontraron. Para la selección de ambas muestras se procedió bajo la técnica definida por Padua (1994) como *Casual*, los investigadores tomaron parte de la encuesta a todos los terapeutas ocupacionales que cumplían los requisitos para formar parte del universo y administraron la encuesta completa a quienes declararon atender a individuos que cumplían los requisitos para formar parte del universo de niños sin CUD. Si bien se estudiaron diferentes variables de cada uno de los niños, como ser su escolaridad o su edad específica, no se conocía a ciencia cierta si estos factores podrían ser considerados como categorías fijas que condicionasen los tipos de motivos de consulta que derivaron en los consultorios externos de Terapia Ocupacional de CABA en el año 2017. Tampoco se conocían ni se estimaban las frecuencias de aparición de cada uno de los valores de estas variables por lo cual, no pudo pretenderse estudiar una cierta cantidad de niños que posean uno u otro valor, es decir que estén ubicados dentro de una determinada *categoría*.

Ante la incapacidad de constituir *categorías* para englobar a cada uno de las unidades de análisis dentro de los criterios de inclusión solo debieron señalarse las siguientes características constitutivas para los individuos que se incluyeron en cada muestra:

**Muestra de terapeutas ocupacionales:**

- Estar registrado en el registro nacional de prestadores

- Desempeñarse en el área pediátrica, específicamente con niños de entre 4 y 9 años en consultorios externos pertenecientes a CABA

**Muestra de niños sin Certificado Único de Discapacidad:**

- los sujetos debían poseer entre 4 y 9 años de edad cumplidos
- los sujetos debían asistir a un consultorio externo de terapia ocupacional en CABA entre los meses de Agosto y Noviembre del año 2017

Por otro lado, como criterio de exclusión para la segunda muestra destinada a la investigación de los motivos de consulta se señalaron:

- la tenencia o haber iniciado el trámite para obtener el certificado único de discapacidad
- presencia de diagnóstico de patología que según Normativa para la certificación de personas con discapacidad con deficiencia física de origen motor o con discapacidad con deficiencia intelectual y mental (Servicio Nacional de Rehabilitación, 2015) podría acreditar una discapacidad.

**Definiciones operacionales**

**Unidad de análisis 1:**

Cada uno de los terapeutas ocupacionales encuestados que atendían en cada uno de los consultorios externos de CABA entre los meses Agosto y Noviembre del año 2017.

Variables

1) Comuna a la que pertenecía el consultorio en el que atendía cada uno de los terapeutas: unidades de gestión política y administrativa descentralizada con competencia territorial, patrimonio y personería jurídica propia. Comprendidas por territorios geográficos descriptos en la Ley Orgánica de Comunas n° 1777 sancionada por La Legislatura de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires en 2005.  
Escala de valores: Comuna 1, Comuna 2, Comuna 3, Comuna 4, Comuna 5, Comuna 6, Comuna 7, Comuna 8, Comuna 9, Comuna 10, Comuna 11, Comuna 12, Comuna 13, Comuna 14 y Comuna 15.

Indicador: Se entregó un Formulario “A” a completar a cada una de las terapeutas ocupacionales que atendían en el consultorio externo en los meses de agosto a noviembre del año 2017. En el primer punto se interrogó el barrio en el que se ubicaba el consultorio. Si el encuestado ha contestado que se ubicaba en el barrio de Retiro, San Nicolás, Puerto Madero, San Telmo, Monserrat o Constitución se asignó el valor “Comuna 1”, si contestaba que se ubicaba en el barrio de Recoleta se asignó el valor “Comuna 2”, para los barrios Balvanera y San Cristóbal: “Comuna 3”, si la respuesta fuese Barracas, Parque Patricio o Nueva Pompeya: “Comuna 4”. A los barrios Almagro y Boedo les correspondió el valor: “Comuna 5”, para Caballito se asignó el valor: “Comuna 6”. Para los barrios Parque Chacabuco o Flores se asignó el valor: “Comuna 7”. El valor “Comuna 8” fue otorgado a las UA que contestaron con los barrios de Villa Soldati, Villa Lugano o Villa Riachuelo. Si la UA contestó con los barrios Parque Avellaneda, Mataderos o Liniers se asignó el valor: “Comuna 9”. “Comuna 10” fue asignado a las UA que afirmasen ubicarse en los barrios de Floresta, Monte Castro, Vélez Sarsfield, Versalles, Villa Luro o Villa Real. El valor “Comuna 11” sería

asignado a quienes hayan contestado ubicarse en los barrios de Villa Gral. Mitre, Villa Santa Rita, Villa del Parque o Villa Devoto. Quienes hayan declarado ubicarse en los barrios de Villa Pueyrredón, Villa Urquiza, Coghlan o Saavedra se les asignó el valor: “Comuna 12” Para quienes contesten ubicarse en los barrios de Colegiales, Belgrano o Nuñez se asignó el valor “Comuna 13”. “Comuna 14” fue asignado a quienes declararon ubicarse en Palermo y por último a quienes hallan contestado estar en los barrios de Agronomía, Chacarita, La Paternal, Parque Chas, Villa Crespo o Villa Ortúzar se les asignó el valor: “Comuna 15”

2) Estratificación social a la que pertenecía la comuna en la cual se ubicaba el consultorio en el que atendía cada uno de los terapeutas según la Dirección General de Informática Clínica, Estadística y Epidemiológica (2015): Se realizó en base al indicador “porcentaje de madres residentes de hijos recién nacidos vivos con máximo nivel de instrucción hasta secundario incompleto en el año 2013” en base a datos de la Dirección General de Estadística y Censo del año 2010.

Escala de valores: Mejor situación social, Situación social media, Situación social mala, Peor situación social, No se identifica situación.

Indicador: Si la UA tomaba en la variable 1 los valores: Comuna 1, Comuna 4, Comuna 8 o Comuna 9 se asignó el valor “Peor situación social”; si en la variable 1 tomó los valores: Comuna 3, Comuna 7, Comuna 10 o Comuna 15 se asignó el valor “Situación social mala”. Si tomaba los valores: Comuna 5, Comuna 11 o Comuna 12 se asignó el valor: Situación social media. Por último si la UA tomaba en la variable 1 los valores: Comuna 2, Comuna 6, Comuna 13 o Comuna 14 se asignó el valor: Mejor situación social.

3) Dependencia del consultorio en el que atendía cada uno de los terapeutas: Encuadre contextual en el cual está inserto el consultorio externo

Escala de valores: Hospital, Clínica, Particular, Otros.

Indicador: Se entregó un formulario “A” a completar a cada uno de los terapeutas ocupacionales que atendían en el consultorio entre los meses de Agosto y Noviembre del año 2017. Esta variable corresponde al formulario A ítem 2

4) Cantidad de usuarios: Número de pacientes de 4 a 9 años que han sido atendidos por cada terapeuta ocupacional.

Escala de valores: 0-100

Indicador: Se entregó un “Formulario A” a completar por cada terapeuta ocupacional que atendía en el consultorio entre los meses de Agosto y Noviembre del año 2017. Esta variable corresponde al formulario A ítem 3.

5) Cantidad de usuarios que no poseían ni cumplían con los requisitos para acreditar un certificado de discapacidad: Número de pacientes de 4 a 9 años que son eran atendidos por cada terapeuta ocupacional entre los meses de Agosto y Noviembre del año 2017 que no poseían ni estaban tramitando, ni tenían un diagnóstico que acredite la obtención de un Certificado Único de Discapacidad.

Escala de valores: 0-100

Indicador: Se entregó un formulario “A” a completar por cada terapeuta ocupacional que atendía en el consultorio. Esta variable corresponde al formulario A ítem 4.

## **Unidad de análisis 2**

Cada uno de los niños de 4 a 9 años de edad sin certificado de discapacidad que asistían a consultorios externos de terapia ocupacional en CABA entre los meses de Agosto a Noviembre del año 2017.

### Variables

1) Edad: Años de vida cumplidos

Escala de valores: 4, 5, 6, 7, 8, 9

Indicador: Se entregó un formulario “B” por cada niño de 4 a 9 años sin certificado de discapacidad que asistía al consultorio externo entre los meses de Agosto a Noviembre del año 2017 a completar por el terapeuta ocupacional que lo atendía, al mismo se la ha indicado al momento de completarlo tenga una copia de la historia clínica y la evaluación / informe inicial del tratamiento del infante. Esta variable corresponde al formulario B ítem 1.

2) Residencia en CABA: El niño o sus familiares han afirmado ante el TO entrevistado vivir en alguno de los 48 barrios de CABA.

Escala de Valores: SI – NO

Indicador: Se entregó un formulario “B” por cada niño de 4 a 9 años sin certificado de discapacidad que asistía al consultorio externo entre los meses de Agosto a Noviembre del año 2017 a completar por el terapeuta ocupacional que lo atendía, al mismo se le ha indicado que al momento de completarlo tenga una copia de la historia clínica y la evaluación / informe inicial del tratamiento del infante. Esta variable corresponde al formulario B ítem 2.

3) Comuna en la cual vivía el niño: unidad de gestión política y administrativa descentralizada con competencia territorial, patrimonio y personería jurídica propia. Comprendida por territorios geográficos descriptos en la Ley Orgánica de Comunas n° 1777 sancionada por La Legislatura de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires en 2005.  
Escala de valores: No corresponde, Comuna 1, Comuna 2, Comuna 3, Comuna 4, Comuna 5, Comuna 6, Comuna 7, Comuna 8, Comuna 9, Comuna 10, Comuna 11, Comuna 12, Comuna 13, Comuna 14 y Comuna 15.

Indicador: Se entregó un formulario “B” por cada niño de 4 a 9 años sin certificado de discapacidad que asistía al consultorio externo entre los meses de Agosto a Noviembre del año 2017 a completar por el terapeuta ocupacional que lo atendía. En el segundo punto se ha interrogado si el niño vivía o no en CABA (variable 2), en caso de contestar “NO” para esta variable se asignó el valor: “No corresponde”. En caso de contestar “SI”, en el tercer punto se interrogó el barrio en el que vive el niño. Si el encuestado contestaba que el niño vivía en el barrio de Retiro, San Nicolás, Puerto Madero, San Telmo, Monserrat o Constitución se asignó el valor “Comuna 1”, si contestaba que el niño vivía en el barrio de Recoleta se asignó el valor “Comuna 2”, para los barrios Balvanera y San Cristóbal: “Comuna 3”, si la respuesta era Barracas, Parque Patricio o Nueva Pompeya: “Comuna 4”. A los barrios Almagro y Boedo les correspondía el valor: “Comuna 5”, para Caballito se asignó el valor: “Comuna 6”. Para los barrios Parque Chacabuco o Flores se asignó el valor: “Comuna 7”. El valor “Comuna 8” sería otorgado a las UA que les correspondieran los barrios de Villa Soldati, Villa Lugano o



Villa Riachuelo. Si a la UA le correspondían los barrios Parque Avellaneda, Mataderos o Liniers se asignó el valor: “Comuna 9”. “Comuna 10” ha sido asignado a las UA que declarasen vivir en los barrios de Floresta, Monte Castro, Vélez Sarsfield, Versalles, Villa Luro o Villa Real. El valor “Comuna 11” ha sido asignado para quienes hayan contestado vivir en los barrios de Villa Gral. Mitre, Villa Santa Rita, Villa del Parque o Villa Devoto. Quienes hayan declarado ubicarse en los barrios de Villa Pueyrredón, Villa Urquiza, Coghlan o Saavedra se les asignó el valor: “Comuna 12” Para los niños que vivían en los barrios de Colegiales, Belgrano o Nuñez se asignó el valor “Comuna 13”. “Comuna 14” fue asignado a quienes declararon ubicarse en Palermo y por último a quienes han contestado vivir en los barrios de Agronomía, Chacarita, La Paternal, Parque Chas, Villa Crespo o Villa Ortúzar se les asignó el valor: “Comuna 15”

4) Estratificación social a la que pertenecía la comuna en la cual vivía el niño según la Dirección General de Informática Clínica, Estadística y Epidemiológica (2015): Se realizó en base al indicador “porcentaje de madres residentes de hijos recién nacidos vivos con máximo nivel de instrucción hasta secundario incompleto en el año 2013” en base a datos de la Dirección General de Estadística y Censo del año 2010. Escala de valores: Mejor situación social, Situación social media, Situación social mala, Peor situación social, No se identifica situación.

Indicador: Si la UA tomó en la variable 2, el valor “NO” y por lo tanto en la variable 3, el valor “No corresponde” para esta variable se asignó el valor “No se identifica situación”. Si la UA tomó en la variable 2, el valor SI y en la variable 3 los valores: Comuna 1, Comuna 4, Comuna 8 o Comuna 9 se asignó el valor “Peor situación social”; si en la variable 2 tomó el valor SI y en la variable 3 los valores: Comuna 3, Comuna 7, Comuna 10 o Comuna 15 se asignó el valor “Situación social mala”. Si la UA tomó en la variable 2 el valor SI y en la variable 3 los valores: Comuna 5, Comuna 11 o Comuna 12 se asignó el valor: Situación social media. Por último si la UA tomó en la variable 2 el valor SI, y en la variable 3 los valores: Comuna 2, Comuna 6, Comuna 13 o Comuna 14 se asignó el valor: Mejor situación social.

5) Escolaridad: Asistencia regular como alumno a escuela de educación formal durante el período lectivo del año 2017, ya sea en nivel inicial o primer ciclo. Escala de valores: SI – NO

Indicador: Se entregó un formulario “B” por cada niño de 4 a 9 años sin certificado de discapacidad que asistía al consultorio externo entre los meses de Agosto a Noviembre del año 2017 a completar por el terapeuta ocupacional que lo atendía, indicándole al mismo que al momento de completarlo tenga una copia de la historia clínica y la evaluación / informe inicial del tratamiento del infante. Esta variable corresponde al formulario B ítem 4.

6) Medio de acceso primario al consultorio: A través de qué medio ha accedido el paciente al consultorio de terapia ocupacional en primera instancia. Se busca saber si accede de manera particular o que profesional lo derivó. Escala de valores: Derivación por Médico Pediatra - Derivación por Médico Neurólogo - Derivación por Médico Fisiatra - Derivación por Médico Psiquiatra - Derivación por Psicólogo - Derivación por Psicopedagogo - Derivación por Fonoaudiólogo – Derivación por Gabinete Escolar - Derivación por otros – Particular.

Indicador: Se entregó un formulario “B” por cada niño de 4 a 9 años sin certificado de discapacidad que asistía al consultorio externo entre los meses de Agosto a Noviembre del año 2017 a completar por el terapeuta ocupacional que lo atendía, indicándole al mismo que al momento de completarlo tenga una copia de la historia clínica y la evaluación / informe inicial del tratamiento del infante. Esta variable corresponde al formulario B ítem 5.

7) Atención del niño por un Psicólogo que estuviese en comunicación con el TO  
Escala de valores: SI – NO

Indicador: Se entregó un formulario “B” por cada niño de 4 a 9 años sin certificado de discapacidad que asistía al consultorio externo entre los meses de Agosto a Noviembre del año 2017 a completar por el terapeuta ocupacional que lo atendía, indicándole al mismo que al momento de completarlo tenga una copia de la historia clínica y la evaluación / informe inicial del tratamiento del infante. Esta variable corresponde al formulario B ítem 6.

8) Atención del niño por un Psicopedagogo que estuviese en comunicación con el TO  
Escala de valores: SI – NO

Indicador: Se entregó un formulario “B” por cada niño de 4 a 9 años sin certificado de discapacidad que asistía al consultorio externo entre los meses de Agosto a Noviembre del año 2017 a completar por el terapeuta ocupacional que lo atendía, indicando al mismo que al momento de completarlo tenga una copia de la historia clínica y la evaluación / informe inicial del tratamiento del infante. Esta variable corresponde al formulario B ítem 6.

9) Atención del niño por un Fonoaudiólogo que estuviese en comunicación con el TO  
Escala de valores: SI – NO

Indicador: Se entregó un formulario “B” por cada niño de 4 a 9 años sin certificado de discapacidad que asistía al consultorio externo entre los meses de Agosto a Noviembre del año 2017 a completar por el terapeuta ocupacional que lo atendía, indicándole al mismo que al momento de completarlo tenga una copia de la historia clínica y la evaluación / informe inicial del tratamiento del infante. Esta variable corresponde al formulario B ítem 6.

10) Atención del niño por un Kinesiólogo que estuviese en comunicación con el TO  
Escala de valores: SI – NO

Indicador: Se entregó un formulario “B” por cada niño de 4 a 9 años sin certificado de discapacidad que asistía al consultorio externo entre los meses de Agosto a Noviembre del año 2017 a completar por el terapeuta ocupacional que lo atendía, indicándole al mismo que al momento de completarlo tenga una copia de la historia clínica y la evaluación / informe inicial del tratamiento del infante. Esta variable corresponde al formulario B ítem 6.

11) Atención del niño por un Médico Psiquiatra que estuviese en comunicación con el TO  
Escala de valores: SI – NO

Indicador: Se entregó un formulario “B” por cada niño de 4 a 9 años sin certificado de discapacidad que asistía al consultorio externo entre los meses de Agosto a Noviembre

del año 2017 a completar por el terapeuta ocupacional que lo atendía, indicándole al mismo que al momento de completarlo tenga una copia de la historia clínica y la evaluación / informe inicial del tratamiento del infante. Esta variable corresponde al formulario B ítem 6.

12) Atención del niño por otro profesional que estuviese en comunicación con el TO  
Escala de valores: SI – NO

Indicador: Se entregó un formulario “B” por cada niño de 4 a 9 años sin certificado de discapacidad que asistía al consultorio externo entre los meses de Agosto a Noviembre del año 2017 a completar por el terapeuta ocupacional que lo atendía, indicándole al mismo que al momento de completarlo tenga una copia de la historia clínica y la evaluación / informe inicial del tratamiento del infante. Esta variable corresponde al formulario B ítem 6.

13) Atención del niño por ningún profesional que estuviese en comunicación con el TO  
Escala de valores: SI – NO

Indicador: Se entregó un formulario “B” por cada niño de 4 a 9 años sin certificado de discapacidad que asistía al consultorio externo entre los meses de Agosto a Noviembre del año 2017 a completar por el terapeuta ocupacional que lo atendía, indicándole al mismo que al momento de completarlo tenga una copia de la historia clínica y la evaluación / informe inicial del tratamiento del infante. Esta variable corresponde al formulario B ítem 6.

14) Motivo de consulta: causa por la cual el niño asistió a terapia ocupacional por primera vez, señalado a partir del relato que hizo el mismo, o sus familiares, en su propio lenguaje.

Escala de valores: Problemas de comportamiento o conducta, alteraciones motoras, desordenes sensoriales, alteraciones de la atención, Problemas de comportamiento o conducta y alteraciones motoras, Problemas de comportamiento o conducta y alteraciones motoras y desordenes sensoriales, Problemas de comportamiento o conducta y alteraciones motoras y alteraciones de la atención, Problemas de comportamiento o conducta y alteraciones motoras y desordenes sensoriales y alteraciones de la atención, Problemas de comportamiento o conducta y desordenes sensoriales, Problemas de comportamiento o conducta y desordenes sensoriales y alteraciones de la atención, Problemas de comportamiento o conducta y alteraciones de la atención, Alteraciones motoras y desordenes sensoriales y alteraciones de la atención, Alteraciones motoras y desordenes sensoriales, Alteraciones motoras y alteraciones de la atención, Desordenes sensoriales y alteraciones de la atención. Otros

Indicador: Se entregó un formulario “B” por cada niño de 4 a 9 años sin certificado de discapacidad que asistía al consultorio externo entre los meses de Agosto a Noviembre del año 2017 a completar por el terapeuta ocupacional que lo atendía, indicándole al mismo que al momento de completarlo tenga una copia de la historia clínica y la evaluación / informe inicial del tratamiento del infante. Esta variable corresponde al formulario B ítem 7.

15) Financiación del tratamiento: organismo o persona que abonaba los honorarios al profesional.

Escala de valores: Particular – Obra Social – Prepaga – Subsidiado por el estado  
Indicador: Se entregó un formulario “B” por cada niño de 4 a 9 años sin certificado de discapacidad que asistía al consultorio externo entre los meses de Agosto a Noviembre del año 2017 a completar por el terapeuta ocupacional que lo atendía, indicándole al mismo que al momento de completarlo tenga una copia de la historia clínica y la evaluación / informe inicial del tratamiento del infante. Esta variable corresponde al formulario B ítem 8, en caso de que se haya trabajado a reintegro con la Obra Social o Prepaga se consideró que la misma lo financiaba.

16) Tipo de cobertura de salud del niño: Posesión de cobertura de salud entendida como acceso a los servicios médicos por poseer una obra social o abonar una prepaga.  
Escala de valores: Obra Social - Prepaga – Nula

Indicador: Se entregó un formulario “B” por cada niño de 4 a 9 años sin certificado de discapacidad que asistía al consultorio externo entre los meses de Agosto a Noviembre del año 2017 a completar por el terapeuta ocupacional que lo atendía, indicándole al mismo que al momento de completarlo tenga una copia de la historia clínica y la evaluación / informe inicial del tratamiento del infante. Esta variable corresponde al formulario B ítem 9, en caso que la respuesta sea “No posee cobertura de salud” se asigna el valor “Nula” de la escala.

17) Presencia de conducta disruptiva observada por el TO, entendida como dificultades en el acatamiento de normas.

Escala de valores: SI – NO.

Indicador: Se entregó un formulario “B” por cada niño de 4 a 9 años sin certificado de discapacidad que asistía al consultorio externo entre los meses de Agosto a Noviembre del año 2017 a completar por el terapeuta ocupacional que lo atendía, indicándole al mismo que al momento de completarlo tenga una copia de la historia clínica y la evaluación / informe inicial del tratamiento del infante. Esta variable corresponde al formulario B ítem 10. En caso de que el profesional haya seleccionado de la lista de manifestaciones, la opción “Presencia de conducta disruptiva, entendida como dificultades en el acatamiento de normas.”, se consideró “SI”, en caso contrario la opción seleccionada ha sido “NO”.

18) Presencia de incapacidad para manejar el estrés observada por el TO, entendido como sobrecarga del niño frente a ciertos estímulos y su correspondiente respuesta agresiva ante esta incomodidad (huir, pelear, enojarse).

Escala de valores: SI – NO.

Indicador: Se entregó un formulario “B” por cada niño de 4 a 9 años sin certificado de discapacidad que asistía al consultorio externo entre los meses de Agosto a Noviembre del año 2017 a completar por el terapeuta ocupacional que lo atendía, indicándole al mismo que al momento de completarlo tenga una copia de la historia clínica y la evaluación / informe inicial del tratamiento del infante. Esta variable corresponde al formulario B ítem 10. En caso de que el profesional haya seleccionado de la lista de manifestaciones, la opción “Incapacidad para manejar el estrés. Entendido como sobrecarga del niño frente a ciertos estímulos y su correspondiente respuesta agresiva ante esta incomodidad (huir, pelear, enojarse).”, se consideró “SI”, en caso contrario la opción seleccionada fue “NO”.

19) Presencia de escritura defectuosa observada por el TO, entendiéndose a ésta como el resultado de escritos de niños que escriben despacio y de forma ilegible.

Escala de valores: SI – NO.

Indicador: Se entregó un formulario “B” por cada niño de 4 a 9 años sin certificado de discapacidad que asistía al consultorio externo entre los meses de Agosto a Noviembre del año 2017 a completar por el terapeuta ocupacional que lo atendía, indicándole al mismo que al momento de completarlo tenga una copia de la historia clínica y la evaluación / informe inicial del tratamiento del infante. Esta variable corresponde al formulario B ítem 10. En caso de que el profesional haya seleccionado de la lista de manifestaciones, la opción “Escritura defectuosa. Entendiéndose a esta como el resultado de escritos de niños que escriben despacio y de forma ilegible”, se consideró “SI”, en caso contrario la opción seleccionada fue “NO”.

20) Presencia de desorganización motora fina observada por el TO: entendido como falta de coordinación de movimientos finos y desarrollo espacial insuficiente.

Escala de valores: SI – NO.

Indicador: Se entregó un formulario “B” por cada niño de 4 a 9 años sin certificado de discapacidad que asistía al consultorio externo entre los meses de Agosto a Noviembre del año 2017 a completar por el terapeuta ocupacional que lo atendía, indicándole al mismo que al momento de completarlo tenga una copia de la historia clínica y la evaluación / informe inicial del tratamiento del infante. Esta variable corresponde al formulario B ítem 10. En caso de que el profesional haya seleccionado de la lista de manifestaciones, la opción “Desorganización motora fina. Entendida como falta de coordinación de movimientos finos y desarrollo espacial insuficiente.”, se consideró “SI”, en caso contrario la opción seleccionada fue “NO”.

21) Presencia de dispraxia observada por el TO: Planeación y coordinación motora insuficiente.

Escala de valores: SI – NO.

Indicador: Se entregó un formulario “B” por cada niño de 4 a 9 años sin certificado de discapacidad que asistía al consultorio externo entre los meses de Agosto a Noviembre del año 2017 a completar por el terapeuta ocupacional que lo atendía, indicándole al mismo que al momento de completarlo tenga una copia de la historia clínica y la evaluación / informe inicial del tratamiento del infante. Esta variable corresponde al formulario B ítem 10. En caso de que el profesional haya seleccionado de la lista de manifestaciones, la opción “Dispraxia. Entendida como la planeación y coordinación motora insuficiente.”, se consideró “SI”, en caso contrario la opción seleccionada fue “NO”.

22) Presencia de torpeza motora observada por el TO: entendida como la imperfección habitual y continua de los movimientos de la vida cotidiana.

Escala de valores: SI – NO.

Indicador: Se entregó un formulario “B” por cada niño de 4 a 9 años sin certificado de discapacidad que asistía al consultorio externo entre los meses de Agosto a Noviembre del año 2017 a completar por el terapeuta ocupacional que lo atendía, indicándole al mismo que al momento de completarlo tenga una copia de la historia clínica y la

evaluación / informe inicial del tratamiento del infante. Esta variable corresponde al formulario B ítem 10. En caso de que el profesional haya seleccionado de la lista de manifestaciones, la opción “Torpeza motora. Entendida como la imperfección habitual y continua de los movimientos de la vida cotidiana.”, se consideró “SI”, en caso contrario la opción seleccionada fue “NO”.

23) Presencia de abundantes movimientos inútiles, asociados a otros movimientos, observados por el TO.

Escala de valores: SI – NO.

Indicador: Se entregó un formulario “B” por cada niño de 4 a 9 años sin certificado de discapacidad que asistía al consultorio externo entre los meses de Agosto a Noviembre del año 2017 a completar por el terapeuta ocupacional que lo atendía, indicándole al mismo que al momento de completarlo tenga una copia de la historia clínica y la evaluación / informe inicial del tratamiento del infante. Esta variable corresponde al formulario B ítem 10. En caso de que el profesional haya seleccionado de la lista de manifestaciones, la opción “Abundantes movimientos inútiles, asociados a otros movimientos”, se considerará “SI”, en caso contrario la opción seleccionada fue “NO”.

24) Presencia de aumento de la tensión muscular durante la acción observada por el TO.

Escala de valores: SI – NO.

Indicador: Se entregó un formulario “B” por cada niño de 4 a 9 años sin certificado de discapacidad que asistía al consultorio externo entre los meses de Agosto a Noviembre del año 2017 a completar por el terapeuta ocupacional que lo atendía, indicándole al mismo que al momento de completarlo tenga una copia de la historia clínica y la evaluación / informe inicial del tratamiento del infante. Esta variable corresponde al formulario B ítem 10. En caso de que el profesional haya seleccionado de la lista de manifestaciones, la opción “Aumento de la tensión muscular durante la acción”, se consideró “SI”, en caso contrario la opción seleccionada fue “NO”.

25) Presencia de fallas en la resolución de coordinaciones generales observadas por el TO.

Escala de valores: SI – NO.

Indicador: Se entregó un formulario “B” por cada niño de 4 a 9 años sin certificado de discapacidad que asistía al consultorio externo entre los meses de Agosto a Noviembre del año 2017 a completar por el terapeuta ocupacional que lo atendía, indicándole al mismo que al momento de completarlo tenga una copia de la historia clínica y la evaluación / informe inicial del tratamiento del infante. Esta variable corresponde al formulario B ítem 10. En caso de que el profesional haya seleccionado de la lista de manifestaciones, la opción “Fallas en la resolución de coordinaciones generales.”, se consideró “SI”, en caso contrario la opción seleccionada fue “NO”.

26) Presencia de fallas en la regulación del equilibrio observada por el TO.

Escala de valores: SI – NO.

Indicador: Se entregó un formulario “B” por cada niño de 4 a 9 años sin certificado de discapacidad que asistía al consultorio externo entre los meses de Agosto a Noviembre del año 2017 a completar por el terapeuta ocupacional que lo atendía, indicándole al mismo que al momento de completarlo tenga una copia de la historia clínica y la

evaluación / informe inicial del tratamiento del infante. Esta variable corresponde al formulario B ítem 10. En caso de que el profesional haya seleccionado de la lista de manifestaciones, la opción “Fallas en la regulación del equilibrio.”, se considerará “SI”, en caso contrario la opción seleccionada será “NO”.

27) Presencia de movimientos exagerados y mal graduados observados por el TO.  
Escala de valores: SI – NO.

Indicador: Se entregó un formulario “B” por cada niño de 4 a 9 años sin certificado de discapacidad que asistía al consultorio externo entre los meses de Agosto a Noviembre del año 2017 a completar por el terapeuta ocupacional que lo atendía, indicándole al mismo que al momento de completarlo tenga una copia de la historia clínica y la evaluación / informe inicial del tratamiento del infante. Esta variable corresponde al formulario B ítem 10. En caso de que el profesional haya seleccionado de la lista de manifestaciones, la opción “Movimientos exagerados y mal graduados”, se consideró “SI”, en caso contrario la opción seleccionada fue “NO”.

28) Presencia de inatención observada por el TO, niños que se distraen fácilmente, son lentos e inexactos, no terminan las tareas y son descuidados en las actividades, tienen dificultades para organizarse y parece que no escuchasen.  
Escala de valores: SI – NO.

Indicador: Se entregó un formulario “B” por cada niño de 4 a 9 años sin certificado de discapacidad que asistía al consultorio externo entre los meses de Agosto a Noviembre del año 2017 a completar por el terapeuta ocupacional que lo atendía, indicándole al mismo que al momento de completarlo tenga una copia de la historia clínica y la evaluación / informe inicial del tratamiento del infante. Esta variable corresponde al formulario B ítem 10. En caso de que el profesional haya seleccionado de la lista de manifestaciones, la opción “Inatención. Entendido como niños que se distraen fácilmente, son lentos e inexactos, no terminan las tareas y son descuidados en las actividades, tienen dificultades para organizarse y parece que no escuchasen”, se consideró “SI”, en caso contrario la opción seleccionada fue “NO”.

29) Presencia de hiperactividad observada por el TO: niños que realizan movimientos constantes y no logran realizar actividades tranquilas.  
Escala de valores: SI – NO.

Indicador: Se entregó un formulario “B” por cada niño de 4 a 9 años sin certificado de discapacidad que asistía al consultorio externo entre los meses de Agosto a Noviembre del año 2017 a completar por el terapeuta ocupacional que lo atendía, indicándole al mismo que al momento de completarlo tenga una copia de la historia clínica y la evaluación / informe inicial del tratamiento del infante. Esta variable corresponde al formulario B ítem 10. En caso de que el profesional haya seleccionado de la lista de manifestaciones, la opción “Hiperactividad: Niños que realizan movimientos constantes y no logran realizar actividades tranquilas.”, se consideró “SI”, en caso contrario la opción seleccionada fue “NO”.

30) Presencia de impulsividad observada por el TO: niños rápidos e inexactos, que se apuran por contestar, tienen dificultades para guardar turnos y suele interrumpir y molestar a otros.

Escala de valores: SI – NO.

Indicador: Se entregó un formulario “B” por cada niño de 4 a 9 años sin certificado de discapacidad que asistía al consultorio externo entre los meses de Agosto a Noviembre del año 2017 a completar por el terapeuta ocupacional que lo atendía, indicándole al mismo que al momento de completarlo tenga una copia de la historia clínica y la evaluación / informe inicial del tratamiento del infante. Esta variable corresponde al formulario B ítem 10. En caso de que el profesional haya seleccionado de la lista de manifestaciones, la opción “Impulsividad: Niños rápidos e inexactos, que se apuran por contestar, tienen dificultades para guardar turnos y suele interrumpir y molestar a otros.”, se consideró “SI”, en caso contrario la opción seleccionada fue “NO”.

31) Presencia de conductas agresivas observadas por el TO: niños que empujan, golpean, insultan y discuten enfadados, Se muestran desafiantes, destruyen cosas, se niegan a trabajar y a compartir.

Escala de valores: SI – NO.

Indicador: Se entregó un formulario “B” por cada niño de 4 a 9 años sin certificado de discapacidad que asistía al consultorio externo entre los meses de Agosto a Noviembre del año 2017 a completar por el terapeuta ocupacional que lo atendía, indicándole al mismo que al momento de completarlo tenga una copia de la historia clínica y la evaluación / informe inicial del tratamiento del infante. Esta variable corresponde al formulario B ítem 10. En caso de que el profesional haya seleccionado de la lista de manifestaciones, la opción “Conductas agresivas: Niños que empujan, pegan, insultan y discuten enfadados. Se muestran desafiantes, destruyen cosas, se niegan a trabajar y a compartir.”, se consideró “SI”, en caso contrario la opción seleccionada fue “NO”.

32) Presencia de dificultad para procesar varios estímulos simultáneamente observada por el TO.

Escala de valores: SI – NO.

Indicador: Se entregó un formulario “B” por cada niño de 4 a 9 años sin certificado de discapacidad que asistía al consultorio externo entre los meses de Agosto a Noviembre del año 2017 a completar por el terapeuta ocupacional que lo atendía, indicándole al mismo que al momento de completarlo tenga una copia de la historia clínica y la evaluación / informe inicial del tratamiento del infante. Esta variable corresponde al formulario B ítem 10. En caso de que el profesional haya seleccionado de la lista de manifestaciones, la opción “Dificultad para procesar varios estímulos simultáneamente.”, se consideró “SI”, en caso contrario la opción seleccionada fue “NO”.

33) Presencia de dificultad para distinguir los estímulos relevantes de los irrelevantes observada por el TO.

Escala de valores: SI – NO.

Indicador: Se entregó un formulario “B” por cada niño de 4 a 9 años sin certificado de discapacidad que asistía al consultorio externo entre los meses de Agosto a Noviembre del año 2017 a completar por el terapeuta ocupacional que lo atendía, indicándole al mismo que al momento de completarlo tenga una copia de la historia clínica y la evaluación / informe inicial del tratamiento del infante. Esta variable corresponde al formulario B ítem 10. En caso de que el profesional haya seleccionado de la lista de



manifestaciones, la opción “Dificultad para distinguir los estímulos relevantes de los irrelevantes.”, se consideró “SI”, en caso contrario la opción seleccionada fue “NO”.

34) Presencia de dificultad mantener la atención de forma continuada observada por el TO.

Escala de valores: SI – NO.

Indicador: Se entregó un formulario “B” por cada niño de 4 a 9 años sin certificado de discapacidad que asistía al consultorio externo entre los meses de Agosto a Noviembre del año 2017 a completar por el terapeuta ocupacional que lo atendía, indicándole al mismo que al momento de completarlo tenga una copia de la historia clínica y la evaluación / informe inicial del tratamiento del infante. Esta variable corresponde al formulario B ítem 10. En caso de que el profesional haya seleccionado de la lista de manifestaciones, la opción “Dificultad mantener la atención de forma continuada.”, se consideró “SI”, en caso contrario la opción seleccionada fue “NO”.

35) Presencia de dificultad en aprender y recordar lo aprendido, es decir, dificultades en el aprendizaje. Observada por el TO.

Escala de valores: SI – NO.

Indicador: Se entregó un formulario “B” por cada niño de 4 a 9 años sin certificado de discapacidad que asistía al consultorio externo entre los meses de Agosto a Noviembre del año 2017 a completar por el terapeuta ocupacional que lo atendía, indicándole al mismo que al momento de completarlo tenga una copia de la historia clínica y la evaluación / informe inicial del tratamiento del infante. Esta variable corresponde al formulario B ítem 10. En caso de que el profesional haya seleccionado de la lista de manifestaciones, la opción “Dificultad en aprender y recordar lo aprendido, es decir dificultades en el aprendizaje”, se consideró “SI”, en caso contrario la opción seleccionada fue “NO”.

36) Presencia de estilo de procesamiento cognitivo impulsivo, rápido, e inexacto, predominio de actitudes poco analíticas, estrategias de ensayo y error poco elaboradas y rigidez cognitiva. Observada por el TO.

Escala de valores: SI – NO.

Indicador: Se entregó un formulario “B” por cada niño de 4 a 9 años sin certificado de discapacidad que asistía al consultorio externo entre los meses de Agosto a Noviembre del año 2017 a completar por el terapeuta ocupacional que lo atendía, indicándole al mismo que al momento de completarlo tenga una copia de la historia clínica y la evaluación / informe inicial del tratamiento del infante. Esta variable corresponde al formulario B ítem 10. En caso de que el profesional haya seleccionado de la lista de manifestaciones, la opción “Estilo de procesamiento cognitivo impulsivo, rápido, e inexacto, predominio de actitudes poco analíticas, estrategias de ensayo y error poco elaboradas y rigidez cognitiva”, se consideró “SI”, en caso contrario la opción seleccionada fue “NO”.

37) Presencia de dificultades en la comprensión lectora, cálculo, resolución de problemas matemáticos, escritura y nociones perceptivo-espaciales observadas por el TO.

Escala de valores: SI – NO.

Indicador: Se entregó un formulario “B” por cada niño de 4 a 9 años sin certificado de discapacidad que asistía al consultorio externo entre los meses de Agosto a Noviembre del año 2017 a completar por el terapeuta ocupacional que lo atendía, indicándole al mismo que al momento de completarlo tenga una copia de la historia clínica y la evaluación / informe inicial del tratamiento del infante. Esta variable corresponde al formulario B ítem 10. En caso de que el profesional haya seleccionado de la lista de manifestaciones, la opción “Dificultad en la comprensión lectora, cálculo, resolución de problemas matemáticos, escritura y nociones perceptivo-espaciales”, se consideró “SI”, en caso contrario la opción seleccionada fue “NO”.

38) Presencia de dificultad para seguir instrucciones y mantener la motivación observada por el TO.

Escala de valores: SI – NO.

Indicador: Se entregó un formulario “B” por cada niño de 4 a 9 años sin certificado de discapacidad que asistía al consultorio externo entre los meses de Agosto a Noviembre del año 2017 a completar por el terapeuta ocupacional que lo atendía, indicándole al mismo que al momento de completarlo tenga una copia de la historia clínica y la evaluación / informe inicial del tratamiento del infante. Esta variable corresponde al formulario B ítem 10. En caso de que el profesional haya seleccionado de la lista de manifestaciones, la opción “Dificultad para seguir instrucciones y mantener la motivación.”, se consideró “SI”, en caso contrario la opción seleccionada fue “NO”.

39) Presencia de baja tolerancia a la frustración observada por el TO.

Escala de valores: SI – NO.

Indicador: Se entregó un formulario “B” por cada niño de 4 a 9 años sin certificado de discapacidad que asistía al consultorio externo entre los meses de Agosto a Noviembre del año 2017 a completar por el terapeuta ocupacional que lo atendía, indicándole al mismo que al momento de completarlo tenga una copia de la historia clínica y la evaluación / informe inicial del tratamiento del infante. Esta variable corresponde al formulario B ítem 10. En caso de que el profesional seleccione de la lista de manifestaciones, la opción “Baja tolerancia a la frustración.”, se consideró “SI”, en caso contrario la opción seleccionada fue “NO”.

40) Presencia de baja autoestima por las escasas experiencias de éxito y aparición de sentimientos depresivos observada por el TO.

Escala de valores: SI – NO.

Indicador: Se entregó un formulario “B” por cada niño de 4 a 9 años sin certificado de discapacidad que asistía al consultorio externo entre los meses de Agosto a Noviembre del año 2017 a completar por el terapeuta ocupacional que lo atendía, indicándole al mismo que al momento de completarlo tenga una copia de la historia clínica y la evaluación / informe inicial del tratamiento del infante. Esta variable corresponde al formulario B ítem 10. En caso de que el profesional haya seleccione de la lista de manifestaciones, la opción “Baja autoestima por las escasas experiencias de éxito y aparición de sentimientos depresivos”, se consideró “SI”, en caso contrario la opción seleccionada fue “NO”.

41) Presencia de desfase entre capacidad intelectual y emocional, inmadurez, comportamiento infantil e inestable, cambios bruscos de humor; observada por el TO.  
Escala de valores: SI – NO.

Indicador: Se entrega un formulario “B” por cada niño de 4 a 9 años sin certificado de discapacidad que asista al consultorio externo entre los meses de Agosto a Noviembre del año 2017 a completar por el terapeuta ocupacional que lo atiende, indicando al mismo que al momento de completarlo tenga una copia de la historia clínica y la evaluación / informe inicial del tratamiento del infante. Esta variable corresponde al formulario B ítem 10. En caso de que el profesional seleccione de la lista de manifestaciones, la opción “Desfase entre capacidad intelectual y emocional, inmadurez, comportamiento infantil e inestable, cambios bruscos de humor.”, se considerará “SI”, en caso contrario la opción seleccionada será “NO”.

42) Presencia de necesidad de llamar la atención observada por el TO, comportamiento desobediente, dependencia de la aprobación de los adultos.  
Escala de valores: SI – NO.

Indicador: Se entregó un formulario “B” por cada niño de 4 a 9 años sin certificado de discapacidad que asistía al consultorio externo entre los meses de Agosto a Noviembre del año 2017 a completar por el terapeuta ocupacional que lo atendía, indicándole al mismo que al momento de completarlo tenga una copia de la historia clínica y la evaluación / informe inicial del tratamiento del infante. Esta variable corresponde al formulario B ítem 10. En caso de que el profesional haya seleccionado de la lista de manifestaciones, la opción “Necesidad de llamar la atención, comportamiento desobediente, dependencia de la aprobación de los adultos.”, se consideró “SI”, en caso contrario la opción seleccionada fue “NO”.

43) Presencia de dificultades en las relaciones sociales observadas por el TO, tendencia a culpar a los demás de sus errores y dificultad de empatía.  
Escala de valores: SI – NO.

Indicador: Se entregó un formulario “B” por cada niño de 4 a 9 años sin certificado de discapacidad que asistía al consultorio externo entre los meses de Agosto a Noviembre del año 2017 a completar por el terapeuta ocupacional que lo atendía, indicándole al mismo que al momento de completarlo tenga una copia de la historia clínica y la evaluación / informe inicial del tratamiento del infante. Esta variable corresponde al formulario B ítem 10. En caso de que el profesional haya seleccionado de la lista de manifestaciones, la opción “Dificultades en las relaciones sociales, tendencia a culpar a los demás de sus errores y dificultad de empatía.”, se consideró “SI”, en caso contrario la opción seleccionada fue “NO”.

44) Presencia de reacciones desadaptativas frente a estímulos visuales observadas por el TO: procesamiento y organización insuficiente de la entrada sensorial proveniente de los ojos.

Escala de valores: SI – NO.

Indicador: Se entregó un formulario “B” por cada niño de 4 a 9 años sin certificado de discapacidad que asistía al consultorio externo entre los meses de Agosto a Noviembre del año 2017 a completar por el terapeuta ocupacional que lo atendía, indicándole al

mismo que al momento de completarlo tenga una copia de la historia clínica y la evaluación / informe inicial del tratamiento del infante. Esta variable corresponde al formulario B ítem 10. En caso de que el profesional seleccione de la lista de manifestaciones, la opción “Reacciones desadaptativas frente a estímulos visuales. Entendida como el procesamiento y organización insuficiente de la entrada sensorial proveniente de los ojos.”, se asignará “SI”, en caso contrario la opción seleccionada fue “NO”.

45) Presencia de reacciones desadaptativas frente a estímulos táctiles observadas por el TO: procesamiento y organización insuficiente de los estímulos provenientes de la piel y el contacto físico, pueden observarse conductas defensivas o evitativas ante el estímulo táctil generado por ejemplo por la utilización de texturas que no le agradan o por el contacto corporal.

Escala de valores: SI – NO.

Indicador: Se entregó un formulario “B” por cada niño de 4 a 9 años sin certificado de discapacidad que asistía al consultorio externo entre los meses de Agosto a Noviembre del año 2017 a completar por el terapeuta ocupacional que lo atendía, indicándole al mismo que al momento de completarlo tenga una copia de la historia clínica y la evaluación / informe inicial del tratamiento del infante. Esta variable corresponde al formulario B ítem 10. En caso de que el profesional haya seleccionado de la lista de manifestaciones, la opción “Reacciones desadaptativas frente a estímulos táctiles. Entendida como el procesamiento y organización insuficiente de los estímulos provenientes de la piel y el contacto físico, pueden observarse conductas defensivas o evitativas ante el estímulo táctil generado por ejemplo por la utilización de texturas que no le agradan o por el contacto corporal.”, se consideró “SI”, en caso contrario la opción seleccionada fue “NO”.

46) Presencia de reacciones desadaptativas frente a estímulos olfativos observadas por el TO: procesamiento y organización insuficiente de los estímulos provenientes de la nariz, por ejemplo exposición a olores que lo desorganizan.

Escala de valores: SI – NO.

Indicador: Se entregó un formulario “B” por cada niño de 4 a 9 años sin certificado de discapacidad que asistía al consultorio externo entre los meses de Agosto a Noviembre del año 2017 a completar por el terapeuta ocupacional que lo atendía, indicándole al mismo que al momento de completarlo tenga una copia de la historia clínica y la evaluación / informe inicial del tratamiento del infante. Esta variable corresponde al formulario B ítem 10. En caso de que el profesional haya seleccionado de la lista de manifestaciones, la opción “Reacciones desadaptativas frente a estímulos olfativos. Entendida como el procesamiento y organización insuficiente de los estímulos provenientes de la nariz, por ejemplo exposición a olores que lo desorganizan”, se consideró “SI”, en caso contrario la opción seleccionada fue “NO”.

47) Presencia de reacciones desadaptativas frente a estímulos auditivos observadas por el TO: procesamiento y organización insuficiente de los estímulos provenientes de los oídos, pueden observarse conductas defensivas o evitativas ante la exposición a ruidos, aunque para el resto de las personas algunos ruidos pueden no considerarse como

molestos, estos niños no pueden manejar el estrés que les genera.  
Escala de valores: SI – NO.

Indicador: Se entregó un formulario “B” por cada niño de 4 a 9 años sin certificado de discapacidad que asistía al consultorio externo entre los meses de Agosto a Noviembre del año 2017 a completar por el terapeuta ocupacional que lo atendía, indicándole al mismo que al momento de completarlo tenga una copia de la historia clínica y la evaluación / informe inicial del tratamiento del infante. Esta variable corresponde al formulario B ítem 10. En caso de que el profesional haya seleccionado de la lista de manifestaciones, la opción “Reacciones desadaptativas frente a estímulos auditivos. Entendida como el procesamiento y organización insuficiente de los estímulos provenientes de los oídos, pueden observarse conductas defensivas o evitativas ante la exposición a ruidos, aunque para el resto de las personas algunos ruidos pueden no considerarse como molestos, estos niños no pueden manejar el estrés que les genera.”, se consideró “SI”, en caso contrario la opción seleccionada fue “NO”.

48) Presencia de reacciones desadaptativas observadas por el TO frente a estímulos gustativos: procesamiento y organización insuficiente de la entrada sensorial proveniente de la boca, niños que no comen alimentos variados porque no les agrada la textura en su boca.

Escala de valores: SI – NO.

Indicador: Se entregó un formulario “B” por cada niño de 4 a 9 años sin certificado de discapacidad que asistía al consultorio externo entre los meses de Agosto a Noviembre del año 2017 a completar por el terapeuta ocupacional que lo atendía, indicándole al mismo que al momento de completarlo tenga una copia de la historia clínica y la evaluación / informe inicial del tratamiento del infante. Esta variable corresponde al formulario B ítem 10. En caso de que el profesional haya seleccionado de la lista de manifestaciones, la opción “Reacciones desadaptativas frente a estímulos gustativos. Entendida como el procesamiento y organización insuficiente de la entrada sensorial proveniente de la boca, niños que no comen alimentos variados porque no les agrada la textura en su boca.”, se consideró “SI”, en caso contrario la opción seleccionada fue “NO”.

49) Presencia de reacciones desadaptativas frente a estímulos propioceptivos y vestibulares observado por el TO: procesamiento y organización insuficiente de los estímulos provenientes del cuerpo, las articulaciones y el movimiento en relación al espacio y la gravedad, niños que no disfrutaban de las actividades corporales, en diferentes planos y alturas o que por el contrario tienen una alta necesidad de estas ya que no puede modular estas sensaciones.

Escala de valores: SI – NO.

Indicador: Se entregó un formulario “B” por cada niño de 4 a 9 años sin certificado de discapacidad que asistía al consultorio externo entre los meses de Agosto a Noviembre del año 2017 a completar por el terapeuta ocupacional que lo atendía, indicándole al mismo que al momento de completarlo tenga una copia de la historia clínica y la evaluación / informe inicial del tratamiento del infante. Esta variable corresponde al formulario B ítem 10. En caso de que el profesional haya seleccionado de la lista de

manifestaciones, la opción “Reacciones desadaptativas frente a estímulos propioceptivos y vestibulares. Entendida como el procesamiento y organización insuficiente de los estímulos provenientes del cuerpo, las articulaciones y el movimiento en relación al espacio y la gravedad, niños que no disfrutaban de las actividades corporales, en diferentes planos y alturas o que por el contrario tienen una alta necesidad de estas ya que no puede modular estas sensaciones.”, se consideró “SI”, en caso contrario la opción seleccionada fue “NO”.

### **Fuentes de datos**

Tomando lo dicho por Sabino (1992), en función de los tipos de datos extraídos y considerando que esta investigación alude a un diseño de campo, se dirá que la fuente varió a lo largo de la investigación, siendo primaria para ciertas preguntas y secundaria para otras. Por un lado, los datos recogidos sobre la unidad de análisis “Cada uno de los terapeutas ocupacionales encuestados que atienden en cada uno de los consultorios externos de CABA entre los meses Agosto y Noviembre del año 2017” fueron brindados de primera mano por los T.O. de los consultorios externos y en función de la investigación en curso, por lo que se consideró que en dicho momento la fuente ha sido primaria. Por otro lado, los mismos T.O. contestaron preguntas sobre los niños (segunda unidad de análisis) a partir de su conocimiento sobre estos y de las palabras de sus padres en la primera entrevista con el mismo, en esta instancia los T.O. han sido una fuente secundaria al contestar información dada por otras personas. Además, estos datos han sido recolectados con anterioridad por los terapeutas con el fin de obtener un perfil del niño y completar su historia clínica, de esta manera los profesionales utilizaron como apoyo al contestar las preguntas, una fuente secundaria directa, descrita por Samaja (1993) como registro de datos en bruto generados por sistema de registros ordinarios de instituciones, en este caso historias clínicas. Esta fuente fue elegida por cumplir con las tres condiciones expuestas por Samaja (1993): se consideró factible porque los recursos para llevar a cabo los objetivos mencionados estuvieron disponibles y facilitaron la acción. Si bien se tuvo en cuenta que hubiera sido mejor recoger algunos datos, como el motivo de consulta que llevó al niño a asistir al consultorio, directamente de los padres, esto no era factible en la mayoría de los casos, era poco práctico y podría haber enlentecido el proceso de recolección, por lo que se decidió aceptar esta limitación en pos de invertir los esfuerzos de investigación en obtener un número muestral mayor. Con respecto a la viabilidad se consideró que el uso de esta fuente era coherente con los objetivos generales de la investigación, ya que la información brindada por los terapeutas ocupacionales sirvió para caracterizar la demanda de Terapia Ocupacional de niños de 4 a 9 años sin certificado de discapacidad en consultorios externos de CABA en 2017 en lo referido a su prevalencia y motivos de consulta, por ser ellos quienes conocían a toda la población que han atendido, pudiendo responder a las dos unidades de análisis que guiaron la investigación. Por último se consideró que la fuente era accesible por un lado por ser colegas, tener información sobre el proceso del trabajo final y poder valorar la relevancia teórica de la investigación, por otro lado la cercanía de los consultorios externos del lugar de residencia de las investigadoras (CABA), hizo a la fuente

accesible en términos económicos, temporales y prácticos. En relación a los criterios para seleccionar como fuente a los terapeutas ocupacionales que han atendido en consultorios externos de CABA en 2017, se tuvieron en cuenta los mencionados por Samaja (1993): la calidad, cantidad y riqueza de los datos, la oportunidad de obtención de los mismos y la economía. Se concluyó que el único criterio no cumplido era la calidad de los datos en preguntas que se referían a lo dicho por los padres, ya que como mencionamos, los datos hubiesen reflejado mayor fiabilidad si habrían sido brindados por ellos mismos. Por el contrario la fuente pudo responder a todas las demás preguntas, cumpliendo con los criterios por: haber brindado fielmente la información sobre el objeto de estudio, informado sobre todos los aspectos a preguntar y sobre gran parte de los individuos que conformaron la muestra, haber dispuesto de los datos y podido responder las preguntas velozmente y por haberse mostrado accesibles en términos económicos ya que colaboraron de manera gratuita. Por último debe mencionarse que para llegar hasta aquí fue indispensable como sostiene Samaja (1993) “una definida combinación entre componentes teóricos y componentes empíricos”. De esta manera si bien la fuente fue primaria, en el apartado metodológico, se han utilizado fuentes secundarias al comienzo de la investigación para realizar el informe del estado del arte y fundamentar el marco teórico, es decir bibliografía elaborada por otros autores, que resultaron de utilidad para el planteamiento del problema, la comprensión sobre el objeto de estudio y la definición de la relevancia; como por ejemplo: revistas, artículos científicos, publicaciones, etc.

### **Instrumento**

Para llevar a cabo la investigación se desarrolló una *encuesta*, entendida por García (1994) como una investigación realizada sobre una muestra de sujetos representativa de un colectivo más amplio, que se lleva a cabo en el contexto de la vida cotidiana, utilizando procedimientos estandarizados de interrogación, con el fin de obtener mediciones cuantitativas de una gran variedad de características objetivas y subjetivas de la población. Se intentó que la modalidad de la misma fuera personal, en forma de entrevista mediante un encuentro cara a cara con cada terapeuta ocupacional, ya que según Rubio y Varas (1999) de esta manera se consigue el mayor porcentaje de respuestas, al permitir el control directo de la información por parte del entrevistador. Sin embargo, esto no fue posible en la mayoría de los casos, ya que muchos TO optaron por la modalidad de encuesta telefónica y unos pocos, por internet, adjudicando no contar con el tiempo suficiente para concretar el encuentro. De esta manera fue necesario realizar las encuestas por teléfono, salvando así las dos grandes limitaciones (o inconvenientes) mencionadas por Rubio y Varas (1999) de la encuesta personal: acceder a personas que viven a mayores distancias sin el gasto económico que significaría asistir personalmente y entrar en contacto con personas de difícil acceso por su tiempo limitado. Por último, para los profesionales que no prefirieron optar por ninguna de estas dos modalidades mencionadas, se envió un e-mail con la encuesta, la carta informativa, el consentimiento informado y una explicación del procedimiento a seguir para completar la encuesta de forma correcta. Previendo esta situación se había diseñado una encuesta sencilla y clara, cuidando especialmente la formulación de

preguntas e ítems (Rubio y Varas, 1999) Los mismos autores dirán que como ventaja de esta última modalidad de encuesta se resalta su rapidez, y la posibilidad de aplicar la estrategia de muestreo denominada bola de nieve, indicando a cada usuario que envíe un email con el cuestionario a colegas que sean pertinentes para el desarrollo de la investigación, gracias a esto se consiguió contactar algunos profesionales que no habían sido encontrados por otros medios.

De todas formas, ya sea que la encuesta haya sido realizada de forma presencial o por otras vías, se consideró de acuerdo con Sabino (1992) que la misma era un método de trabajo económico y rápido que ha permitido indagar a una gran cantidad de terapeutas ocupacionales y obtener una gran cantidad de datos en poco tiempo.

El instrumento consto de dos formularios. Ambos estaban constituidos en su totalidad por *preguntas cerradas*, ya que las respuestas estaban establecidas de ante-mano. Esta modalidad permitió evitar la subjetividad del terapeuta ocupacional lo que según Sabino (1992) brindaría confiabilidad en los datos obtenidos evaluando de esta manera todas las variables investigadas con mayor precisión. El primero, nominado “Formulario A” consto de cuatro *preguntas cerradas* de tipo *listado de respuestas de elección única*, ya que presentó más de dos opciones de respuesta y los T.O. solo debían optar por una (Rubio y Varas, 1999). Las cuatro preguntas eran *univariantes*, ya que su contenido refería únicamente a una variable (Rubio y Varas, 1999) La cuarta y última pregunta era según su función una *pregunta de filtro*, ya que estaba destinada a seleccionar una segunda muestra de la población a la que interesaba realizar una batería de preguntas. El segundo formulario fue nominado “B”, debiendo completarse uno por cada sujeto identificado a partir de la cuarta pregunta del formulario anterior. Consto de 9 *preguntas cerradas*, tres *dicotómicas* y siete con un *listado de respuestas, cinco de elección única* y dos de *elección múltiple*. Por otro lado, cinco preguntas se clasificaron como *univariantes*, mientras que dos fueron de tipo *multivariable*. Se clasificó a la novena y última pregunta por su función, como *pregunta de control* (Rubio y Varas, 1999) ya que buscaba comprobar la veracidad de la información obtenida. Indagando las manifestaciones que fueron observadas por el terapeuta en el niño para luego ponerlo en contraste con el motivo de consulta señalado en la pregunta cinco.

Se consideró que por su función, el resto de las preguntas eran *sobre hechos* (Rubio y Varas, 1999) ya que estaban destinadas a registrar acciones u objetos tangibles de la realidad y por su modo de redacción no medió ninguna interpretación subjetiva o valoración de la persona que respondía. Las preguntas 1, 2, 3, 4 y 9 estaban contempladas dentro de lo que Rubio y Varas (1999) consideran como *datos de clasificación*, ya que recaban información básica acerca de la persona entrevistada, como las variables socio-demográficas que interesaban en relación a los objetivos de la investigación. La pregunta 2 fue considerada también como *pregunta de filtro*, ya que dependiendo su respuesta debía contestarse o no la pregunta 3.

Debido a que el instrumento ha sido creado por las investigadoras, tal como proponen Rubio y Varas (1999) se realizó una *prueba piloto* que permitió verificar que la encuesta



diseñada se ajustaba al nivel de comprensión de los posibles encuestados y recogía el tipo de información que las investigadoras se habían propuesto. Así, antes de proceder a su lanzamiento definitivo, la encuesta fue administrada a cuatro terapeutas ocupacionales que atendían, entre otros, a niños de entre 4 a 9 años en consultorios externos ubicados en la Provincia de Buenos Aires.

Durante la prueba piloto solo se detectó un error en las variables referidas a profesionales que atienden al niño y están en comunicación con el TO, ya que si bien se mencionaban distintas profesiones no existía la opción “ninguno”. Esta opción fue agregada a la encuesta y considerada como variable suficiente para la caracterización de la muestra de niños. Una vez corregida esta aclaración la encuesta se administró a todos los terapeutas ocupacionales posibles que atendían niños de 4 a 9 años en consultorios externos en CABA en los meses de Agosto a Noviembre del año 2017.

### **Aspectos éticos**

Esta investigación estuvo guiada por los principios éticos anunciados por el Ministerio de Salud de la Nación (2011), en su guía para Investigaciones en Salud Humana. La misma persiguió el objetivo de proporcionar conocimientos nuevos y válidos a partir de la participación de los Terapeutas Ocupacionales que trabajaban en consultorios externos de CABA 2017.

Este trabajo final se sustentó en conocimientos científicos vigentes y se fundamentó mediante el marco teórico, gracias a la revisión de la literatura sobre el tema para llevar a cabo un trabajo serio y consecuente con los parámetros de la ciencia. Las investigadoras tenían formación académica en terapia ocupacional y se encontraban cursando la cátedra de Metodología de la Investigación y Diseño de Trabajo Final en el Instituto de Ciencias de la Rehabilitación y el Movimiento, parte de la Universidad Nacional de San Martín.

Se les entregó a los terapeutas ocupacionales a encuestar una hoja de información acerca de la investigación que se llevaba a cabo y un consentimiento informado que cada uno debió firmar si deseaba y aceptaba participar. Esta hoja de información contemplaba los tres principios éticos básicos: respeto por las personas, beneficencia y justicia (Ministerio de Salud, 2011). Para cumplir con el primer principio, se explicitó que los participantes aceptasen mediante su capacidad de autodeterminación, participar voluntariamente de este proyecto. En cuanto al segundo criterio, se expuso a los T.O. que participasen que ni ellos, ni los pacientes de los que brindasen información estarían expuestos a ningún riesgo, garantizando su bienestar en el transcurso de la participación. Por último se contempló el principio de justicia ya que se trató a todos los participantes de manera equitativa, nadie recibió ningún beneficio, ni compensación por participar.

Además se explicitó que las encuestas eran anónimas y que a partir de sus contestaciones se podría refutar las hipótesis que guían el trabajo investigativo. Se informó también sobre los alcances de la investigación, los lugares donde posiblemente se expongan los resultados y la formación de las investigadoras.

Finalmente se brindó a los terapeutas ocupacionales encuestados los números telefónicos de las investigadoras con el fin de contemplar cualquier duda relevante y estar en comunicación de ser necesario.

### **Análisis de los datos**

#### **Procesamiento**

Una vez efectuadas todas las encuestas, cada dato obtenido a través de la implementación de los “Formularios A y B”, completados por cada uno de los terapeutas ocupacionales encuestados, fue plasmado en una planilla de Excel titulada “Análisis de Datos”. La misma consta de dos hojas correspondientes a cada una de las matrices de datos:

Hoja 1 – “Planilla TO”

Hoja 2 – “Planilla niños sin CUD”

En cada planilla los datos fueron cargados en función a un libro de códigos, en donde a cada variable le correspondía un código que lo identificaba. Con esto, se pretendió agilizar la carga de información y permitir una mejor visualización de los datos. Las tablas de codificación utilizadas pueden visualizarse en el anexo. En cada una de las planillas, se introdujeron los datos de cada unidad de análisis asignándole un número en referencia al orden en que han sido encuestados. Es importante aclarar que, si bien cada terapeuta que atiende en cada consultorio ha sido contabilizado como una unidad de análisis (UA) distinta, hubo terapeutas que declararon atender en más de un consultorio. Los mismos han sido contabilizados como UA diferentes debido a que se consideró que, aunque se trate de la misma persona, brindaría información diferente por pertenecer a consultorios externos de distintas dependencias y zonas de CABA.

Además, para poder establecer una relación entre las dos matrices, en la hoja 2 se agregó una columna que refería al TO (nombrándolo de la misma manera que se lo ha numerado en la Hoja 1) que atendía a cada niño. Con esto se pretendió facilitar la integración de los datos para su posterior análisis.

#### **Sistematización**

La organización y el volcado de información obtenida se realizó en una base de datos de manera informática, utilizando un programa inespecífico: Excel. Se utilizó una base de datos, que consta de dos hojas en donde se volcaron los datos correspondientes a las unidades de análisis.

En dichas hojas, las columnas contenían la información de las variables, incluyéndose tanto las necesarias como las suficientes. Cada fila correspondía a una unidad de análisis, en las celdas de intersección entre columnas y filas se volcaron los valores obtenidos que le correspondía a cada unidad de análisis en relación a la variable. En la Hoja 2, para las variables referidas a manifestaciones se utilizaron colores que diferenciaban a las mismas según se correspondiesen, en el marco teórico, con cada motivo de consulta.

Variables referidas a Problemas de comportamiento o conducta: Color amarillo

Variables referidas a Alteraciones de la atención: Color Naranja

Variables referidas a Alteraciones motoras: Color Verde

Variables referidas a Desordenes sensoriales: Color Rojo

Se tomó esta decisión para simplificar la caracterización de cada motivo de consulta según las manifestaciones observadas por los TO.

### Análisis y presentación

Para este trabajo, se realizó un análisis cuantitativo, ya que el problema de estudio se ha delimitado desde un primer momento al igual que la pregunta de investigación y su respectiva hipótesis (Sampieri, Collado y Lucio, 2006). Durante la encuesta realizada en dicha investigación, los datos obtenidos pretendían reflejar la realidad de manera objetiva, ya que se buscó la objetividad como un ideal (Botinelli, 2007). Las preguntas del instrumento fueron específicas y respondieron a la fragmentación de datos conformado en las variables y a la forma de medirlas (Sampieri, Collado y Lucio, 2006). Con los datos obtenidos se realizaron cuantificaciones y análisis estadísticos.

Se trabajó con dos matrices de datos:

- A) Cada uno de los terapeutas ocupacionales encuestados que atendían en cada uno de los consultorios externos de CABA entre los meses de Agosto y Noviembre del año 2017.
- B) Cada uno de los niños de 4 a 9 años de edad sin certificado de discapacidad que fueron atendidos por los terapeutas ocupacionales encuestados en CABA entre los meses de Agosto y Noviembre del año 2017.

El análisis de los datos estuvo centrado en las variables, la tarea consistió en caracterizar las distribuciones de frecuencia aplicando las medidas descriptivas posibles y ejecutando gráficos para interpretar las tendencias que se observaban (Samaja, 1993).

Todas las tablas que se confeccionaron para el análisis de los datos obtenidos, se colocaron en el anexo. Tablas y gráficos se encuentran enumerados respondiendo primero al objetivo específico para el cual fueron creados y luego respondiendo al orden de aparición. Tablas y gráficos que han servido para la caracterización de las muestras se enumeraron con 01 y 02 respectivamente, seguidos por número de orden de aparición.

Se clasificó a las variables como *cuantitativas* cuando estas posibilitaron la adjudicación de cantidades definidas al atributo de las mismas, se afirmó a su vez que eran *discretas* si requerían contar por elementos básicos y no admitían fraccionamiento; en cambio si en su definición requerían que se efectúe alguna medición se dijo que eran *continuas*. (Raimondo, 2006) Si las variables eran entendidas como una característica o cualidad que posee un hecho o fenómeno, es decir que no podían ser representadas por números se las clasificó como *cualitativas*, si la escala de valores poseía dos categorías mutuamente excluyentes se dijo que estas eran *dicotómicas* si por otro lado hubo más de

dos categorías se las llamó *politómicas* (Raimondo 2006). Para clasificar las escalas de valores se tomó a Raimondo 2006, quien afirma que una escala es *nominal* si está clasificando un objeto, sus categorías tienen un atributo en común, son autoexcluyentes y carecen de unidad de medición. El mismo autor afirma que una escala es *ordinal* cuando se carece un orden de medición, pero se la puede numerar respetando un orden jerárquico. Por último, se utilizaron *escalas de cocientes*, entendidas por Raimondo 2006, como las de más alto nivel de medición siendo escalas de intervalos iguales con un cero verdadero e independiente de la unidad de medición.

La matriz destinada a los terapeutas ocupacionales contó con cuatro variables necesarias y una variable suficiente que, si bien no respondía a ningún objetivo específico de la investigación, sirvió para caracterizar la muestra, brindando datos sobre el contexto en el que se atendía cada uno de los niños que asistían a TO. A continuación se describen las variables:

- Comuna: Necesaria. Cualitativa. Politómica. Escala de valores (R): Nominal
- Situación social: Necesaria. Simple. Cualitativa. Politómica. Escala de valores (R): Ordinal
- Dependencia: Suficiente. Cualitativa. Politómica. Escala de valores (R): Nominal
- Cant. de usuarios: Necesaria. Simple. Cuantitativa. Discreta. Escala de valores (R): de Cociente
- Cant. de usuarios sin CUD: Necesaria. Cuantitativa. Discreta. Escala de valores (R): de Cociente.

La matriz destinada a volcar los datos de los niños contó con 49 variables. De las cuales, 11 eran suficientes:

- Edad. Cuantitativa. Continua. Escala de valores (R): de Cociente
- Escolaridad. Cualitativa. Dicotómica. Escala de valores (R): Nominal
- Medio de acceso primario al consultorio. Cualitativa. Politómica. Escala de valores (R): Nominal
- Atención del niño por un Psicólogo que esté en comunicación con el TO. Cualitativa. Dicotómica. Escala de valores (R): Nominal
- Atención del niño por un Psicopedagogo que esté en comunicación con el TO. Cualitativa. Dicotómica. Escala de valores (R): Nominal
- Atención del niño por Fonoaudiólogo que esté en comunicación con el TO. Cualitativa. Dicotómica. Escala de valores (R): Nominal
- Atención del niño por un Kinesiólogo que esté en comunicación con el TO. Cualitativa. Dicotómica. Escala de valores (R): Nominal
- Atención del niño por un Médico Psiquiatra que esté en comunicación con el TO. Cualitativa. Dicotómica. Escala de valores (R): Nominal
- Atención del niño por otro profesional que esté en comunicación con el TO. Cualitativa. Dicotómica. Escala de valores (R): Nominal
- Atención del niño por ningún profesional que esté en comunicación con el TO. Cualitativa. Dicotómica. Escala de valores (R): Nominal

- Tipo de cobertura de salud del niño. Cualitativa. Politómica. Escala de valores (R): Nominal

Las 38 variables restantes se consideraron necesarias por responder a objetivos específicos de la investigación:

- Residencia en CABA. Cualitativa. Dicotómica. Escala de valores (R): Nominal
- Comuna en la cual vive el niño. Cualitativa. Politómica. Escala de valores (R): Nominal
- Estratificación social a la que pertenece la comuna en la cual vive el niño según la Dirección General de Informática Clínica, Estadística y Epidemiológica (2015). Cualitativa. Politómica. Escala de valores (R): Ordinal.
- Motivo de consulta. Cualitativa. Politómica. Escala de valores (R): Nominal
- Presencia de conducta disruptiva observada por el TO. Cualitativa. Dicotómica. Escala de valores (R): Nominal
- Presencia de incapacidad para manejar el estrés observada por el TO. Cualitativa. Dicotómica. Escala de valores (R): Nominal
- Presencia de escritura defectuosa observada por el TO. Cualitativa. Dicotómica. Escala de valores (R): Nominal
- Presencia de desorganización motora fina observada por el TO. Cualitativa. Dicotómica. Escala de valores (R): Nominal
- Presencia de dispraxia observada por el TO. Cualitativa. Dicotómica. Escala de valores (R): Nominal
- Presencia de torpeza motora observada por el TO. Cualitativa. Dicotómica. Escala de valores (R): Nominal
- Presencia de abundantes movimientos inútiles, asociados a otros movimientos, observados por el TO. Cualitativa. Dicotómica. Escala de valores (R): Nominal
- Presencia de aumento de la tensión muscular durante la acción observada por el TO. Cualitativa. Dicotómica. Escala de valores (R): Nominal
- Presencia de fallas en la resolución de coordinaciones generales observadas por el TO. Cualitativa. Dicotómica. Escala de valores (R): Nominal
- Presencia de fallas en la regulación del equilibrio observada por el TO. Cualitativa. Dicotómica. Escala de valores (R): Nominal
- Presencia de movimientos exagerados y mal graduados observados por el TO. Cualitativa. Dicotómica. Escala de valores (R): Nominal
- Presencia de inatención observada por el TO. Cualitativa. Dicotómica. Escala de valores (R): Nominal
- Presencia de hiperactividad observada por el TO. Cualitativa. Dicotómica. Escala de valores (R): Nominal
- Presencia de impulsividad observada por el TO. Cualitativa. Dicotómica. Escala de valores (R): Nominal
- Presencia de dificultad para procesar varios estímulos simultáneamente observada por el TO. Cualitativa. Dicotómica. Escala de valores (R): Nominal

- Presencia de dificultad para distinguir los estímulos relevantes de los irrelevantes observada por el TO. Cualitativa. Dicotómica. Escala de valores (R): Nominal
- Presencia de dificultad para mantener la atención de forma continuada observada por el TO. Cualitativa. Dicotómica. Escala de valores (R): Nominal
- Presencia de dificultad en aprender y recordar lo aprendido, es decir, dificultades en el aprendizaje. Observada por el TO. Cualitativa. Dicotómica. Escala de valores (R): Nominal
- Presencia de estilo de procesamiento cognitivo impulsivo, rápido, e inexacto, predominio de actitudes poco analíticas, estrategias de ensayo y error poco elaboradas y rigidez cognitiva. Observada por el TO. Cualitativa. Dicotómica. Escala de valores (R): Nominal
- Presencia de dificultades en la comprensión lectora, cálculo, resolución de problemas matemáticos, escritura y nociones perceptivo-espaciales observadas por el TO. Cualitativa. Dicotómica. Escala de valores (R): Nominal
- Presencia de dificultad para seguir instrucciones y mantener la motivación observada por el TO. Cualitativa. Dicotómica. Escala de valores (R): Nominal.
- Presencia de baja tolerancia a la frustración observada por el TO. Cualitativa. Dicotómica. Escala de valores (R): Nominal.
- Presencia de baja autoestima por las escasas experiencias de éxito y aparición de sentimientos depresivos observada por el TO. Cualitativa. Dicotómica. Escala de valores (R): Nominal.
- Presencia de desfase entre capacidad intelectual y emocional, inmadurez, comportamiento infantil e inestable, cambios bruscos de humor; observada por el TO. Cualitativa. Dicotómica. Escala de valores (R): Nominal.
- Presencia de necesidad de llamar la atención observada por el TO, comportamiento desobediente, dependencia de la aprobación de los adultos. Cualitativa. Dicotómica. Escala de valores (R): Nominal.
- Presencia de dificultades en las relaciones sociales observadas por el TO, tendencia a culpar a los demás de sus errores y dificultad de empatía. Cualitativa. Dicotómica. Escala de valores (R): Nominal.
- Presencia de reacciones desadaptativas frente a estímulos visuales observadas por el TO. Cualitativa. Dicotómica. Escala de valores (R): Nominal.
- Presencia de reacciones desadaptativas frente a estímulos táctiles observadas por el TO. Cualitativa. Dicotómica. Escala de valores (R): Nominal.
- Presencia de reacciones desadaptativas frente a estímulos olfativos observadas por el TO. Cualitativa. Dicotómica. Escala de valores (R): Nominal.
- Presencia de reacciones desadaptativas frente a estímulos auditivos observadas por el TO. Cualitativa. Dicotómica. Escala de valores (R): Nominal.
- Presencia de reacciones desadaptativas observadas por el TO frente a estímulos gustativos. Cualitativa. Dicotómica. Escala de valores (R): Nominal.
- Presencia de reacciones desadaptativas frente a estímulos propioceptivos y vestibulares observadas por el TO. Cualitativa. Dicotómica. Escala de valores (R): Nominal.

Financiación del tratamiento. Cualitativa. Politómica. Escala de valores (R):  
Nominal

**Para la caracterización de la muestra de los terapeutas ocupacionales**, se mencionó en primera instancia la cantidad de profesionales encuestados. Como se anticipó, una parte de los mismos trabajaban en más de un consultorio, lo cual también ha sido aclarado y debidamente explicado para poder hablar de un total de UA determinado.

Luego se estimó que porcentaje de consultorios en el que habría declarado atender cada TO dependía de cada efector, para lo que se aplicó un filtro en la columna *dependencia* y se cuantificó cuantos TO atendían en un consultorio que dependía de Hospital, Clínica, Particular u otros. Se confeccionó una tabla de distribución de frecuencia donde se calculó la frecuencia absoluta, porcentual y relativa para cada valor. Los resultados fueron expresados en forma de porcentual, textual y gráfica. Continuando con la descripción, se realizó una tabla de frecuencia para conocer cuántos terapeutas atendían niños sin CUD y cuantos no. Estos valores fueron expresados en forma textual.

El tratamiento de las variables comuna y situación social también fue utilizado para la caracterización de la muestra, expresando sus valores porcentuales (obtenidos a través de una tabla de frecuencias) de forma textual y en el caso de la estratificación, de forma gráfica. Sin embargo esta información se retomó más adelante en el objetivo n°3.

**Para el objetivo de Comparar la prevalencia de niños de 4 a 9 años con y sin certificado de discapacidad que asistieron a consultorios externos de Terapia Ocupacional en CABA en 2017**, se cumplió con los objetivos específicos *IA* y *IB* los cuales se basaban en identificar la cantidad de niños con y sin certificado único de discapacidad que asistían a consultorios externos de TO. Para esto, se recurrió a la Hoja 1 – Planilla TO, de la base de datos “Análisis de datos”. En la misma se cuantificaron la totalidad de niños que eran atendidos por los profesionales encuestados y cuántos de estos niños no poseían CUD. Por la forma en la que se realizaron las preguntas, solo fue posible conocer cuántos niños tenían CUD realizando una sustracción entre la cantidad total de niños atendidos por los terapeutas y la cantidad de niños sin CUD. Se aplicó luego una suma a las columnas referidas a niños con y sin CUD, obteniendo así dos valores. Se realizó una tabla comparativa con dichos valores para observar su distribución de una forma clara y concisa. A partir de esta tabla se calculó el valor porcentual de dichas categorías para saber finalmente que porcentaje del total de niños no poseían CUD. Estos valores fueron presentados en forma textual e ilustrativa utilizando un gráfico de tortas para, como plantea Macchi (2001), intentar facilitar la interpretación.

Por otro lado, se estimó una Media, mediana y moda de ambas categorías, teniendo en cuenta para los valores de los niños sin CUD, solo los consultorios donde estos eran atendidos. Se obtuvieron así las medidas de tendencia central (MTC) de ambas muestras. Una vez realizado este cálculo para cada categoría se calculó la desviación estándar para conocer la variabilidad de estos valores respecto a la media. Cabe aclarar aquí, que al observar que un profesional había declarado atender 72 niños con CUD y

que este valor, afectaría demasiado estas medidas (sobre todo la desviación estándar), se decidió conservar el mismo para realizar la mayor parte de las cuantificaciones de la investigación, pero para las MTC se realizaron dos cálculos diferentes consignando las medidas que daría con y sin ese valor incluido. El cálculo se realizó además para los niños sin CUD, ya que el mismo profesional también atendía esta población, pero al observar que en esta muestra los valores casi no cambiaban solo se describieron textualmente los resultados de las dos MTC de los niños con CUD y los valores originales de las MTC de los niños sin CUD. Como se dijo anteriormente, la muestra sin este valor, solo se utilizó para dichos cálculos.

Para avanzar en el análisis se estableció una relación entre las frecuencias de los datos de cada categoría (con CUD y sin CUD), es decir se dividió la cantidad de datos presentes en la categoría sin CUD por la cantidad de datos en la categoría con CUD, lo que dio la razón entre ambas categorías. El valor resultante se multiplicó por 100, para sacar una tasa y esto nos permitió decir cuántos niños sin CUD son atendidos por cada 100 niños con CUD dentro de nuestra muestra. Estos resultados fueron presentados de forma textual y gráfica.

Para concluir con este objetivo se realizó un análisis inferencial, estimando los parámetros de la población con el 95% de probabilidad, a partir de las medidas de tendencia central de las muestras, realizando los cálculos de los intervalos de confianza. Nuevamente aquí se realizaron las cuantificaciones teniendo en cuenta que los valores cambiarían a partir del profesional que declaró atender 72 niños, por lo cual se llevaron a cabo las operaciones matemáticas considerando y sin considerar esta UA.

Para los niños sin CUD fue necesario en este punto tomar las medidas de tendencia central considerando las 70 UA y no solamente los 31 consultorios donde se atendían estos niños. De esta manera los parámetros estimados se aproximarían más a la realidad. Estos resultados fueron presentados de forma textual.

**Para la caracterización de la muestra de niños**, fueron utilizadas las variables suficientes edad y escolaridad. Para ambas se confeccionó una tabla de distribución de frecuencia, en donde se calculó la frecuencia absoluta, relativa y porcentual, recurriendo a la Hoja n° 2 – Planilla niños sin CUD y filtrando la columna correspondiente a cada variable, cuantificando así cuantas veces aparecía cada valor. Para la distribución de frecuencias de la variable edad se confeccionaron dos intervalos de clases, dividiendo a los niños según el ciclo lectivo que correspondía a su edad, en concordancia con el marco teórico:

- Nivel inicial (4 a 5 años)
- Primer ciclo (6 a 9 años)

Para la variable suficiente de medio de acceso primario al consultorio, se aplicó un filtro en la columna correspondiente a la misma para poder visualizar cuántos niños fueron derivados por cada uno de los profesionales. Se confeccionó una tabla de distribución de frecuencia para cada una de estas variables en donde se calculó la frecuencia absoluta, relativa y porcentual. Esta información fue descripta textualmente mencionando las principales derivaciones y mediante un gráfico se mostraron el resto de ellas.



Un análisis similar se realizó con las variables suficientes relacionadas con la atención del niño por parte de profesionales que estaban en comunicación con el TO, con la diferencia que estos valores solo fueron presentados de forma textual.

Los resultados de ambos análisis formaron parte de la caracterización de la muestra y podrían servir para posibles futuras investigaciones que pretendan explorar relaciones entre estas variables y el tipo de motivo de consulta consignado por los padres de cada niño.

Continuando con la descripción de la muestra, se analizó la variable suficiente de tipo de cobertura de salud, aplicando un filtro a la columna respectiva para poder visualizar los distintos valores que tomaba la variable. Se confeccionó una tabla de distribución de frecuencia en donde se calculó la frecuencia absoluta, relativa y porcentual de la misma. Los resultados se expusieron en forma porcentual de manera textual. Los mismos también podrían servir para posibles futuras investigaciones que pretendan explorar relaciones entre esta variable y otras como por ejemplo la financiación del tratamiento.

Por último se realizó una tabla de frecuencias para la variable “financiación del tratamiento” y se describieron sus resultados de manera textual sin ahondar demasiado en los mismos ya que dicha variable se utilizó luego en la presentación del objetivo específico 3.

**Para el objetivo de caracterizar los motivos de consulta por los cuales asistían niños de 4 a 9 años sin certificado de discapacidad a consultorios externos de Terapia Ocupacional en CABA en 2017 en base a las manifestaciones observadas por el TO**, se recurrió a la Hoja 2 – Planilla de niños sin CUD, de la base de datos “Análisis de datos”. Se identificaron los motivos de consulta utilizando un filtrado en dicha variable, según la codificación asignada a la misma. Se confeccionaron dos tablas de frecuencia con las frecuencias absolutas, relativas y porcentuales. La primera contenía la cantidad de veces que se mencionó, por lo menos una vez cada uno de los cuatro motivos señalados en la bibliografía (problemas de comportamiento o conducta, alteraciones motoras, alteraciones de la atención y desordenes sensoriales) y “otros”, para la cual se usó como N el número de niños, obteniendo valores porcentuales que superan el 100% pero que muestran efectivamente el porcentaje de veces que dichas manifestaciones fueron seleccionadas. La segunda tabla contenía a todas las combinaciones posibles de motivos mencionada, tal como fueron mencionados en la escala de valores. Como pudo anticiparse, en esta tabla los valores si alcanzan el 100%. Los resultados de ambas tablas se presentaron en forma porcentual de manera textual ordenados según su prevalencia y en dos gráficos de cintas.

Considerando cada vez que se mencionó por lo menos una vez cada uno de los cuatro motivos de consulta, se obtuvieron cuatro submuestras diferentes. Con cada una de las mismas se realizó en cuatro hojas de cálculo distintas los análisis necesarios para los objetivos específicos 2A, 2B, 2C y 2D que se describen a continuación:

**Para el objetivo específico 2A:** “Identificar y caracterizar los problemas de comportamiento o conducta como motivo de consulta por el cual asisten niños de 4 a 9 años sin certificado de discapacidad a consultorios externos de Terapia Ocupacional en CABA en 2017 en base a las manifestaciones observadas por el TO”, se recurrió a la

Hoja 2 – Planilla de niños sin CUD, de la base de datos “Análisis de datos”. Se aplicó un filtro en la columna de motivos de consulta, para poder visualizar todas las unidades de análisis que han indicado a “los problemas de comportamiento o conducta” entre sus motivos de consulta. Posteriormente se realizó un filtrado por cada manifestación correspondiente, según la teoría, con dicho motivo, (las cuales estaban en la matriz coloreadas en amarillo) se cuantificaron y armaron tablas de frecuencia para conocer cuántas veces se seleccionaron cada una de las mismas:

- Presencia de conducta disruptiva observada por el TO.
- Presencia de incapacidad para manejar el estrés observada por el TO

De esta manera, se discriminó en porcentaje cuantas UA han señalado la presencia de cada manifestación o no y se confeccionó un gráfico de cintas para facilitar la interpretación.

Por último se realizó una tercer tabla de frecuencia para conocer en cuántos casos se habían seleccionado ambas manifestaciones, en cuantos ninguna y en cuantos al menos una. Para esto se ha observado celda por celda la presencia de “SI” en ambas o de “NO” en ambas.

**Para el objetivo específico 2B:** “Identificar y caracterizar alteraciones motoras como motivo de consulta por el cual asisten niños de 4 a 9 años sin certificado de discapacidad a consultorios externos de Terapia Ocupacional en CABA en 2017 en base a las manifestaciones observadas por el TO”, se recurrió a la Hoja 2 – Planilla de niños sin CUD, de la base de datos “Análisis de datos”. Se aplicó un filtro en la columna de motivos de consulta, para poder visualizar todas las unidades de análisis que han indicado a “alteraciones motoras” entre sus motivos de consulta. Posteriormente se realizó un filtrado por cada manifestación correspondiente, según la teoría, con dicho motivo, (las cuales estaban en la matriz coloreadas en verde) se cuantificaron y armaron tablas de frecuencia para conocer cuántas veces se seleccionaron cada una de las mismas:

- Presencia de escritura defectuosa observada por el TO.
- Presencia de desorganización motora fina observada por el TO.
- Presencia de dispraxia observada por el TO.
- Presencia de torpeza motora observada por el TO.
- Presencia de abundantes movimientos inútiles, asociados a otros movimientos, observados por el TO.
- Presencia de aumento de la tensión muscular durante la acción observada por el TO.
- Presencia de fallas en la resolución de coordinaciones generales observadas por el TO.
- Presencia de fallas en la regulación del equilibrio observada por el TO.
- Presencia de movimientos exagerados y mal graduados observados por el TO.

De esta manera, se discriminó en porcentaje cuantos han señalado la presencia de cada manifestación o no y se confeccionó un gráfico de cintas para facilitar la interpretación. Por último se realizó una tabla de frecuencia para conocer en cuántos casos se han seleccionado todas las manifestaciones, en cuantos ninguna y en cuantos al menos una. Para esto se ha observado celda por celda la presencia de “SI” en todas o de “NO” en todas.

**Para el objetivo específico 2C:** “Identificar y caracterizar los problemas atencionales como motivo de consulta por el cual asistían niños de 4 a 9 años sin certificado de discapacidad a consultorios externos de Terapia Ocupacional en CABA en 2017 en base a las manifestaciones observadas por el TO”, se recurrió a la Hoja 2 – Planilla de niños sin CUD, de la base de datos “Análisis de datos”. Se aplicó un filtro en la columna de motivos de consulta, para poder visualizar todas las unidades de análisis que han indicado a “alteraciones en la atención” entre sus motivos de consulta. Posteriormente se realizó un filtrado por cada manifestación correspondiente, según la teoría, con dicho motivo, (las cuales estaban en la matriz coloreadas en naranja) se cuantificaron y armaron tablas de frecuencia para conocer cuántas veces se seleccionaron cada una de las mismas:

- Presencia de inatención observada por el TO.
- Presencia de hiperactividad observada por el TO.
- Presencia de impulsividad observada por el TO.
- Presencia de dificultad para procesar varios estímulos simultáneamente observada por el TO.
- Presencia de dificultad para distinguir los estímulos relevantes de los irrelevantes observada por el TO.
- Presencia de dificultad para mantener la atención de forma continuada observada por el TO.
- Presencia de dificultad en aprender y recordar lo aprendido, es decir, dificultades en el aprendizaje. Observada por el TO.
- Presencia de estilo de procesamiento cognitivo impulsivo, rápido, e inexacto, predominio de actitudes poco analíticas, estrategias de ensayo y error poco elaboradas y rigidez cognitiva. Observada por el TO.
- Presencia de dificultades en la comprensión lectora, cálculo, resolución de problemas matemáticos, escritura y nociones perceptivo-espaciales observadas por el TO.
- Presencia de dificultad para seguir instrucciones y mantener la motivación observada por el TO.
- Presencia de baja tolerancia a la frustración observada por el TO.
- Presencia de baja autoestima por las escasas experiencias de éxito y aparición de sentimientos depresivos observada por el TO.
- Presencia de desfase entre capacidad intelectual y emocional, inmadurez, comportamiento infantil e inestable, cambios bruscos de humor; observada por el TO.
- Presencia de necesidad de llamar la atención observada por el TO, comportamiento desobediente, dependencia de la aprobación de los adultos.
- Presencia de dificultades en las relaciones sociales observadas por el TO tendencia a culpar a los demás de sus errores y dificultad de empatía.

De esta manera, se discriminó en porcentaje cuantos han señalado la presencia de cada manifestación o no y se confeccionó un gráfico de cintas para facilitar la interpretación. Por último se realizó una tabla de frecuencia para conocer en cuántos casos se han seleccionado todas las manifestaciones, en cuántos ninguna y en cuántos al menos una. Para esto se ha observado celda por celda la presencia de “SI” en todas o de “NO” en todas.

**Para el objetivo específico 2D:** “Identificar y caracterizar los desórdenes sensoriales como motivo de consulta por el cual asistían niños de 4 a 9 años sin certificado de discapacidad a consultorios externos de Terapia Ocupacional en CABA en 2017 en base a las manifestaciones observadas por el TO”, se recurrió a la Hoja 2 – Planilla de niños sin CUD, de la base de datos “Análisis de datos”. Se aplicó un filtro en la columna de motivos de consulta, para poder visualizar todas las unidades de análisis que han indicado a “desórdenes sensoriales” entre sus motivos de consulta. Posteriormente se realizó un filtrado por cada manifestación correspondiente, según la teoría, con dicho motivo, (las cuales estaban en la matriz coloreadas en rojo) se cuantificaron y armaron tablas de frecuencia para conocer cuántas veces se seleccionaron cada una de las mismas:

- Presencia de reacciones desadaptativas frente a estímulos visuales observadas por el TO.
- Presencia de reacciones desadaptativas frente a estímulos táctiles observadas por el TO.
- Presencia de reacciones desadaptativas frente a estímulos olfativos observadas por el TO.
- Presencia de reacciones desadaptativas frente a estímulos auditivos observadas por el TO.
- Presencia de reacciones desadaptativas observadas por el TO frente a estímulos gustativos.
- Presencia de reacciones desadaptativas frente a estímulos propioceptivos y vestibulares observados por el TO.

De esta manera, se discriminó en porcentaje cuantos han señalado la presencia de cada manifestación o no y se confeccionó un gráfico de cintas para facilitar la interpretación. Por último se realizó una tabla de frecuencia para conocer en cuántos casos se han seleccionado todas las manifestaciones, en cuántos ninguna y en cuántos al menos una. Para esto se ha observado celda por celda la presencia de “SI” en todas o de “NO” en todas.

Como parte de este objetivo se decidió realizar una tabla que comparara el número de veces que fueron seleccionadas al menos una de las manifestaciones constitutivas de cada motivo de consulta y las que no, para lo cual se consideró como N la suma de las frecuencias absolutas de dichas manifestaciones en cada motivo. Así fue posible deducir el porcentaje total de casos en los cuales las manifestaciones observadas se correspondían con los motivos de consulta seleccionados.

Además, se decidió analizar los motivos de consulta seleccionados según las edades de los niños respondiendo a la instancia educativa, para conocer los motivos mayormente señalados según el nivel escolar en el que se encontraban los usuarios. Para esto se realizaron dos filtrados según las edades de 4 y 5 años que se corresponden con el nivel inicial y las de 6, 7, 8 y 9 años que se corresponden con el primer ciclo. Para cada una de las mismas se llevaron a cabo distintos filtros según los 4 motivos señalados y “otros” y se consignaron las frecuencias absolutas, relativas y porcentuales en dos tablas de frecuencia según dichos niveles escolares. Para las frecuencias relativas se utilizó

como N, el número total de niños, por lo que los totales dieron números inferiores al 100%. Se presentaron los resultados porcentuales de manera textual y gráfica.

Por último, se consideró relevante mencionar para la totalidad de la muestra, cuáles fueron las manifestaciones mayormente seleccionadas por los terapeutas, sin tener en cuenta los motivos de consulta. Para esto se obtuvieron las frecuencias absolutas de las veces que las variables tomaron el valor de “SI” y se calcularon las frecuencias porcentuales tomando como N la cantidad niños sin CUD para saber efectivamente que porcentaje de veces fueron seleccionadas cada manifestación. Los resultados fueron presentados de manera textual.

**Para el objetivo de Analizar la prevalencia de niños de entre 4 y 9 años sin CUD que asisten a consultorios externos de TO en CABA según la estratificación social de las zonas en donde se ubiquen los mismos y en función de la situación social de los niños y su modo de financiar el tratamiento,** se recurrió a la Hoja 1 – Planilla de TO, de la base de datos “Análisis de datos”. Se aplicó un filtro en la columna correspondiente a niños sin CUD, para obtener solamente los consultorios donde los TO atendían dicha población y luego uno para la variable Situación social, para visualizar por cada una de las cuatro situaciones sociales nombradas en el marco teórico (peor, mala, media y mejor situación social) cuantos terapeutas estaban atendiendo en dichas regiones, cuantos niños se atienden por zona y el promedio de los mismos por consultorio. Se realizó una tabla de frecuencia, en donde se calculó la frecuencia absoluta, relativa y porcentual de los niños atendidos en cada una de las zonas. Los datos fueron presentados porcentualmente de forma textual y mediante un gráfico de barras para facilitar su interpretación. Cada barra ha sido coloreada según la situación social que representa, siendo:

Verde: Mejor situación social

Amarillo: Situación social media

Naranja: Situación social mala

Rojo: Peor situación social

Se analizó también según las zonas donde se encontraban los consultorios, la cantidad de niños con CUD por cada región y las medias de niños atendidos según dichas zonas. De esta manera pudieron compararse todas estas sub muestras tomando un valor democrático como lo es, la media.

Luego se recurrió a la Hoja 2 – Planilla de Niños y se observó de cuántos de ellos se conocía su zona de residencia realizando un filtrado en la columna “Situación Social”. Se tomó este valor como numero muestral, descartando de este análisis a los niños que no vivían en CABA o de los cuales se desconocía su domicilio. Se realizó una tabla de frecuencia, en donde se calculó la frecuencia absoluta, relativa y porcentual de la cantidad de niños según las situaciones sociales de las zonas donde estos vivían. Los valores porcentuales se presentaron de manera textual y gráfica, siguiendo la codificación de colores anteriormente mencionada.

Con la información obtenida de la Hoja 1, sobre los TO que atienden niños sin CUD, se realizó un cuadro aparte para identificar los N° T (referencia de los T.O) y saber cuáles eran los profesionales que atendían en cada una de las zonas. Con estos datos se recurrió

a la Hoja 2 y se filtró en la columna de TO por cada grupo seleccionado, tomando a los mismos como 4 submuestras. Para cada una de estas submuestras se realizó una tabla para visualizar por cada zona de consultorio, la situación social de los niños y su modo de financiar el tratamiento. Como se mencionó, se descartaron para estos cruces de variables a los niños de los cuales se desconocía su zona de residencia. Por falta de recursos y por contar con un bajo N muestral en cada uno de las submuestras, no se han podido establecer relaciones estadísticas entre las variables, pero si se han observado y analizado. De esta manera se describió para cada zona de consultorios, como se distribuían las zonas de residencia de los niños y los diferentes financiamientos del tratamiento. Para esto se desglosó la información y se utilizaron distintos gráficos que presentaran los datos de forma más accesible.

Se analizó también la financiación del tratamiento para la muestra total de niños, realizando una tabla de frecuencia con los valores de dicha variables y su respectivo gráfico.

**Para el Objetivo General de Caracterizar la demanda de Terapia Ocupacional de niños de 4 a 9 años sin certificado de discapacidad en consultorios externos de CABA en 2017 en lo referido a su prevalencia y motivos de consulta,** se llevaron a cabo todos los objetivos específicos y se analizaron sus resultados.

Se utilizaron principalmente los gráficos presentados en el objetivo 1, para describir la prevalencia de niños sin CUD.

En cuanto a los motivos de consulta se analizó y describió que porcentaje de efectividad se había tenido en la selección por parte de los terapeutas de los motivos propuestos por las investigadoras, utilizando para esto los gráficos presentados en el objetivo 2. Se comentó el orden de prevalencia de los mismos y como estos se relacionaron con las manifestaciones observadas por los TO.

Habiendo analizado los resultados obtenidos, se pudo responder la pregunta de investigación.

### **Resultados de la Hipótesis**

Se pudo afirmar o negar la hipótesis considerando ciertos valores arbitrarios que las investigadoras habían considerado desde un principio por no poder encontrar información exacta sobre la prevalencia entre niños con y sin CUD que se adecuara a la investigación. De esta manera se había considerado que, si la prevalencia de niños sin CUD era inferior a un tercio de la muestra, entonces se aceptaría la hipótesis de que la prevalencia era significativamente menor. Si en cambio los valores fueran similares o superiores entonces la hipótesis se refutaría.

Por otro lado, en referencia a los motivos de consulta, arbitrariamente se consignó que si más del 85% de los encuestados lograba definir los motivos de consulta entre los cuatro señalados o sus combinaciones se aceptaría la hipótesis, de haber diferencias entre las prevalencias de cada motivo o sus combinaciones se aclararía según la jerarquía; en cambio sí otros motivos de consulta no explicitados en la matriz superaban el 15% de prevalencia en las respuestas, se refutaría la hipótesis y se mencionarían los mismos.

A continuación pueden vislumbrarse los resultados distribuidos en diferentes apartados para cada uno de los objetivos específicos y posteriormente las conclusiones.

## Resultados

### **Características de la muestra de terapeutas ocupacionales**

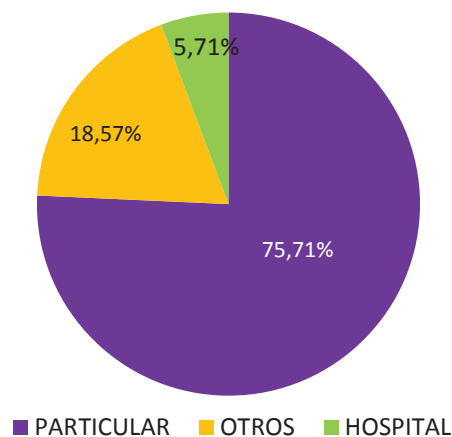
Para la confección de la primera muestra, se han encuestado 59 profesionales de TO, 8 de los mismos han declarado atender en dos consultorios de CABA, 2 en tres consultorios externos de CABA y 1 en cuatro consultorios de CABA. A pesar de estas aclaraciones técnicas, se dirá que la muestra estuvo conformada por 70 UA, ya que a pesar de que algunas unidades de análisis están conformadas por el mismo terapeuta se considera que la información brindada ha sido diferente ya que responde sobre distintos consultorios con diferentes dependencias, ubicados en distintas zonas y a los que asistían niños con características también diferentes.

Los consultorios en los que se desempeña cada profesional son en su mayoría particulares (75,71%), un 18,57% dependen de otros organismos, como centros educativos terapéuticos y centros de rehabilitación; y por último un 5,71% depende de hospitales. Ninguno de los consultorios sobre los que se han efectuado encuestas dependía de clínicas. Lamentablemente no se ha podido contactar con todos los TO que atienden en los diferentes hospitales de la ciudad de Buenos Aires. Sin embargo, si se hubiese podido contactar con todos estos profesionales, la proporción de dependencia aún sería menor ya que, por experiencia, se presume que el número de efectores privados y de seguridad social que cuentan con servicios de TO es mayor al de los públicos. (Gráfico 01.01).

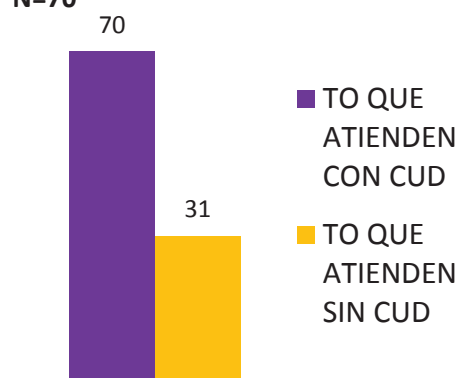
Los profesionales encuestados han sido en su totalidad mujeres. Si bien el sexo no fue una variable a considerar y no se indujo en ningún momento la muestra para que estuviese conformada de esta forma, se considera importante mencionar que no se ha podido contactar con ningún TO hombre que trabajará en CABA con niños de entre 4 y 9 años.

Por otro lado, puede señalarse que del total de la muestra solo 31 UA afirmaron estar atendiendo niños de entre 4 y 9 años sin certificado único de discapacidad, mientras el

**Gráfico 01.01 Representación porcentual de la dependencia del efector al que pertenecía cada consultorio externo donde atendían los UA encuestados. CABA - Agosto a Noviembre, 2017. N=70**

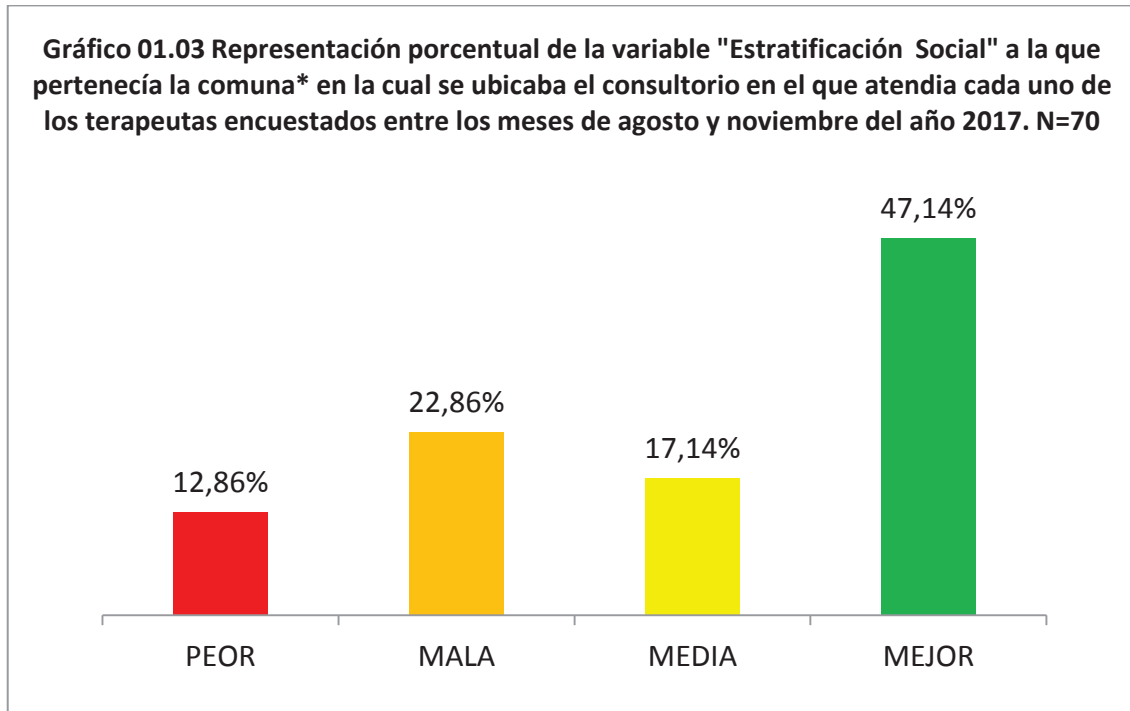


**Gráfico 01.02 Comparación entre la cantidad de UA encuestadas que atienden a niños sin CUD y las que atienden a niños con CUD. CABA. Agosto a noviembre del año 2017. N=70**



total atendía a por lo menos un niño con CUD. Grafico 01.02

Por último, en relación a la caracterización de la muestra se dirá que según la comuna en que se ubica cada uno de los consultorios se establece que un 47,14% se encontraron en una zona de mejor situación social, el 17,14% en una de situación social media, el 22,86% en un área de situación social mala y un 12,86% en un área de peor situación social. Grafico 01.03



\* Según la Dirección General de Informática Clínica, Estadística y Epidemiológica (2015).

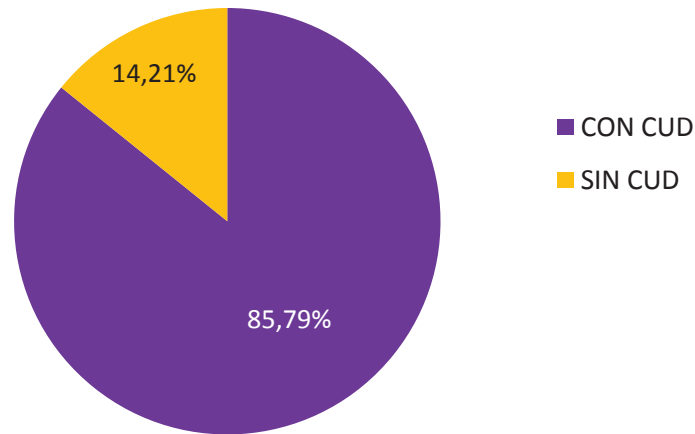
**Objetivo específico N°1: Comparar la prevalencia de niños de 4 a 9 años con y sin certificado de discapacidad que asisten a consultorios externos de terapia ocupacional en CABA en 2017**

Para lograr el primer objetivo específico se cumplió con los objetivos específicos 1A y 1B los cuales se basaban en identificar la cantidad de niños con y sin certificado único de discapacidad que asistían a consultorios externos de TO. Se realizó una tabla de frecuencias (ver anexo) y su correspondiente gráfico, comparando estas dos categorías (Ilustración 1.1).

De los 725 niños atendidos por las 70 UA que conformaron la muestra solo el 14,21% (103 niños) no tenía, ni estaba tramitando ni cumplía con las condiciones para la obtención de un CUD mientras que el 85,79% (622 niños) si contaban con dicho certificado.



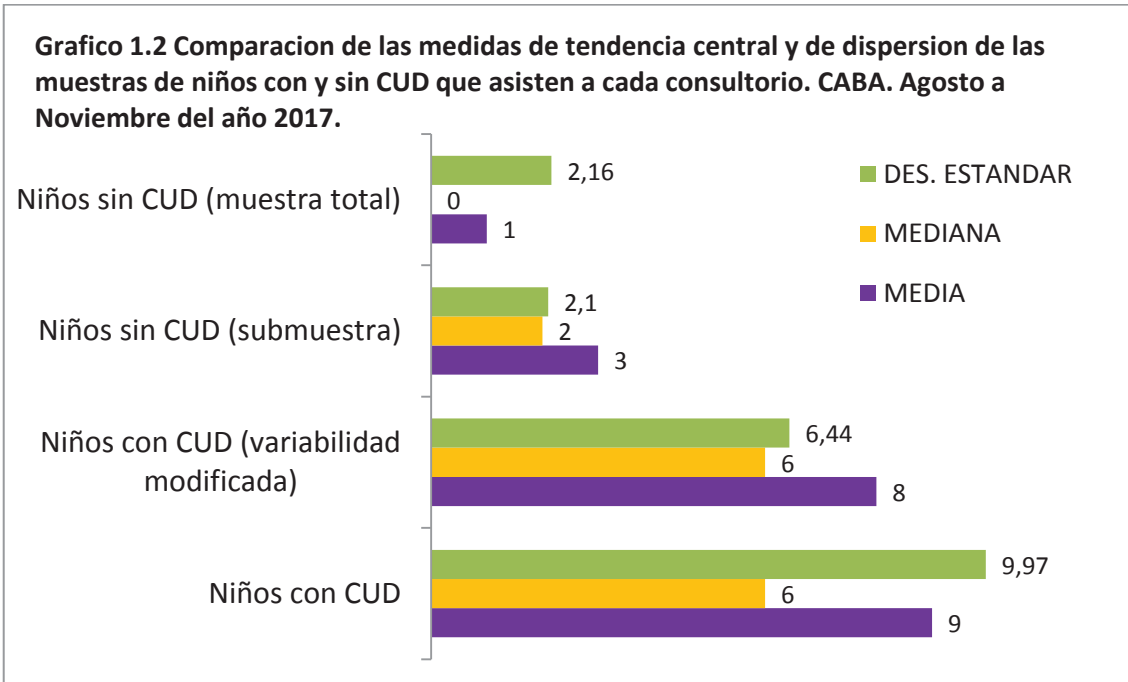
**Gráfico 1.1 Representación porcentual de la comparación entre la cantidad de niños con y sin CUD que han sido atendidos en cada consultorio externo ubicado en CABA al que pertenecía cada TO encuestado, entre los meses de agosto y noviembre del año 2017. N=725**



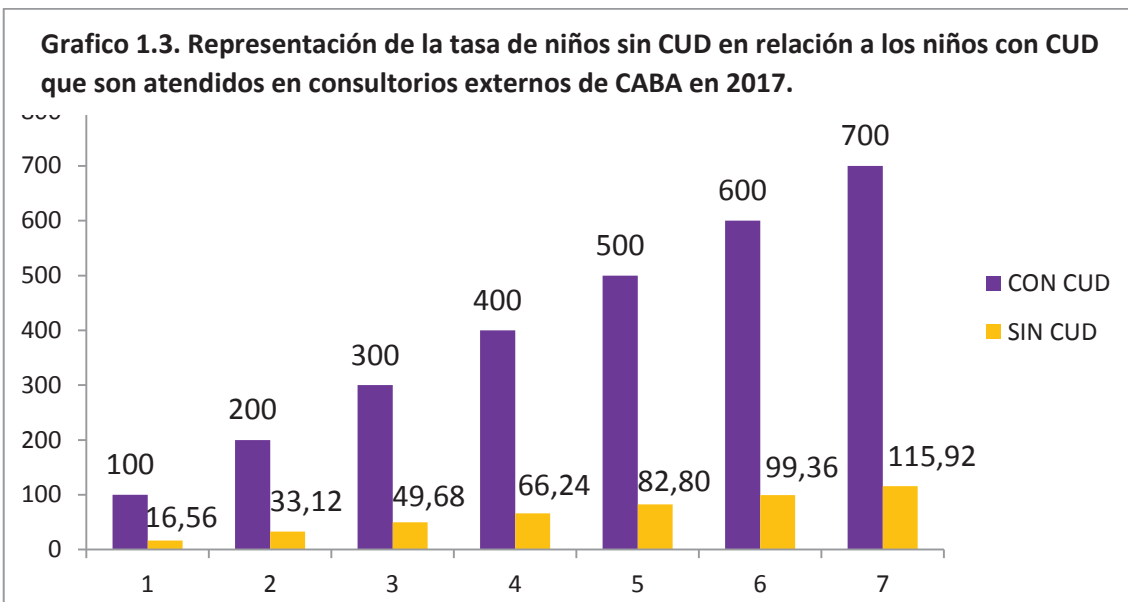
De las 31 UA mencionadas en la caracterización de la muestra como las únicas que atendieron niños sin CUD, se estimó que, por consultorio, se atendieron en promedio aproximadamente 3 niños sin CUD, con una desviación estándar de 2,10. Sin embargo, la cantidad de niños sin CUD que mayormente se repitió por consultorio fue de 2 usuarios, siendo a la vez este valor, coincidente con la mediana de la muestra. Si en cambio considerásemos el total de las UA encuestadas, la media sería de aproximadamente 1 niño por consultorio. Gráfico 1.2

Por su parte, de los 622 niños con CUD mencionados por los TO, se atendieron en promedio aproximadamente 9 niños por consultorio, con una desviación estándar de 9,97. Ubicándose la mediana en un valor de 6. Vale aclarar, que uno de los profesionales declaró atender en su consultorio 72 niños con CUD, por lo cual la media y la desviación estándar, se vieron afectadas por este valor. Si bien se decidió conservar el mismo para realizar la mayor parte de las medidas, se cree necesario aclarar que quitando ese valor la media de la población variaría de 9 a 8 niños y la desviación estándar pasaría a ser de 6,44. Aun así, la mediana quedaría en 6. Si bien al quitar esta UA también cambiarían los valores de los niños sin CUD, las medidas de tendencia central no se vieron casi afectadas, por lo que no se considera importante mencionar dichos valores. Gráfico 1.2

Por último, esta muestra se consideró plurimodal ya que presentó varias cantidades de niños que se repiten, estas fueron 1, 3, 5 y 6 niños por consultorio.



Además, se dirá que por cada 100 niños con CUD que se atendieron en consultorios externos de CABA en 2017, hubo aproximadamente 16 niños (exactamente 16,56) sin CUD que fueron atendidos en los mismos. Esta tendencia (o tasa) se observa a continuación en el grafico 1.3.



Por último, para concluir con este objetivo, se ha realizado un análisis inferencial a partir de las medias y la desviación estándar de ambas muestras. Se ha obtenido, con un 95% de probabilidad, que si se trasladan estos valores a la población, se esperaría que el parámetro de la media de población de niños de entre 4 y 9 años con CUD que se atendieron en consultorios externos de TO en CABA, se encontrase entre 8,23 y 9,54. Nuevamente aquí por ser medidas que requieren de la desviación estándar para su

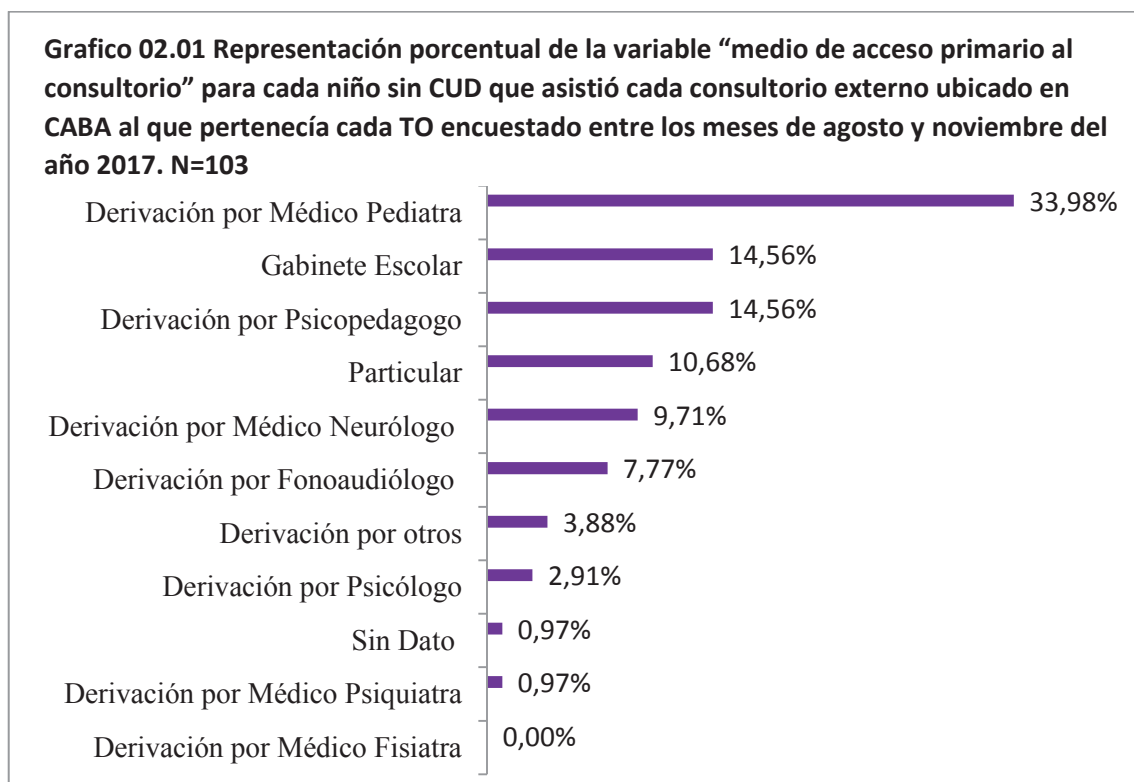
cálculo, se dirá que si se considera el número muestral sin los 72 niños mencionados por un profesional, la media de la población quedaría comprendida entre 7, 51 y 8,42.

Con la misma probabilidad, estimando el parámetro para la población de niños de entre 4 y 9 sin CUD y tomando en cuenta la totalidad de la muestra, ósea las MTC de los niños sin CUD sobre los 70 consultorios, se dirá que la media se encontraría entre 1,12 y 1,82, lo cual al igual que en las medidas de tendencia central de la muestra casi no se modifica al descontar de la misma al TO mencionado.

### Caracterización de la muestra de niños

La segunda muestra estuvo conformada por 103 niños sin CUD que concurrían a consultorios externos de TO. En el momento en que se tomó la muestra, el 43,69% de estos niños tenían entre 4 y 5 años de edad y por tanto según lo descrito en la Ley de educación nacional 26.206 deberían encontrarse cursando el nivel inicial, por su parte el 56,31% tenían entre 6 y 9 años y deberían encontrarse cursando el primer ciclo. En positiva consecuencia puede afirmarse que la totalidad de los niños (100%) que conformaron la muestra estaban escolarizados.

En lo que refiere al medio de acceso primario al consultorio puede decirse que las mayores derivaciones provienen de médicos pediatras (33,98%), seguido por los derivados por el gabinete escolar y por parte del psicopedagogo, quienes comparten valores (14,56%). De esta última categoría se desconoce si parte de los mismos pertenecen a psicopedagogos del ámbito escolar o los mismos son profesionales que atendieron en algún momento a los niños y los derivaron a T.O. Los porcentajes de las demás derivaciones pueden observarse en el gráfico 02.01.



A su vez, puede decirse que los terapeutas se encontraban en comunicación con distintos profesionales de la salud que atendían a los niños. De estos, se destacan los fonoaudiólogos por atender a un 32,04% de la muestra, los psicopedagogos que atendían a un 30,10% y por último un 24,27% de los niños se encontraban en tratamiento con un psicólogo. Por debajo de estos valores se encontraban otros profesionales con índices de atención inferiores a 10%, el 2,91% con un kinesiólogo, el 1,94% con un psiquiatra, el 6,80% con otros profesionales. Cabe destacar que el 30,10% de la muestra no se atendían con ningún profesional en comunicación con los TO encuestados.

Continuando con la caracterización de la muestra, los TO encuestados afirman que un 54,37% de los niños en tratamiento poseían una prepaga, un 42,72% de los niños poseían una Obra Social, el 1,94% restante no poseía cobertura de salud. Cabe destacar que de uno de los niños de la muestra no se pudo obtener el dato de su cobertura de salud.

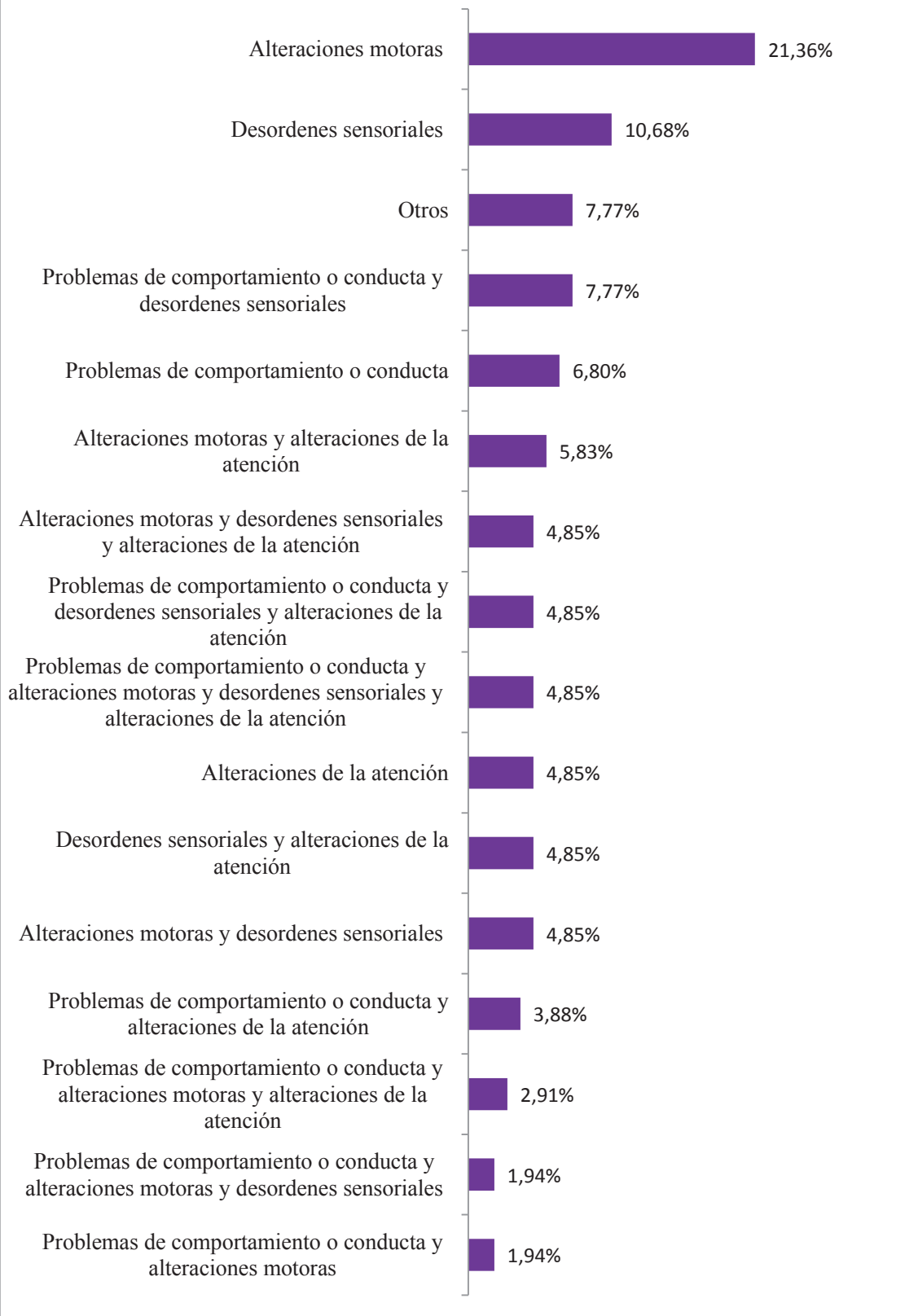
A sí mismo, sobre el 36,89% se afirma que el tratamiento fue financiado por su prepaga, el 32,04% se financió de manera particular, 29,13% por una obra social y el 1,94% restante fue subsidiado por el estado. Estos datos se retomarán en la presentación de los resultados del objetivo específico 3.

**Objetivo específico N°2: *Caracterizar los motivos de consulta por los cuales asisten niños de 4 a 9 años sin certificado de discapacidad a consultorios externos de Terapia Ocupacional en CABA en 2017 en base a las manifestaciones observadas por el T.O.***

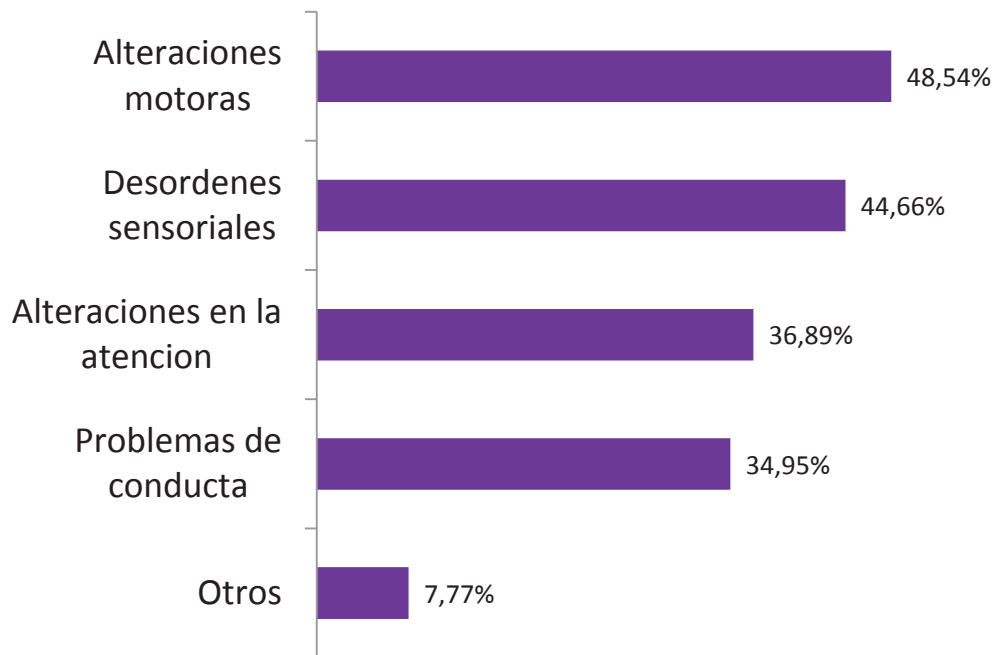
En primera instancia diremos que, del total de la muestra, la mayoría ha señalado al menos uno de los motivos de consulta descriptos en el marco teórico, siendo únicamente el 7,77% el que no ha seleccionado ningún motivo de los expuestos. La mayoría de la muestra ha seleccionado únicamente a las alteraciones motoras como motivo de consulta (21,36%) en segundo lugar los desórdenes sensoriales han sido seleccionados como único motivo de consulta para el 10,68% de la muestra. La combinación más prevalente ha sido la de problemas de comportamiento o conducta y desórdenes sensoriales, seleccionada para el 7,77% de la muestra. En el gráfico 2.1 pueden observarse también el resto de las manifestaciones y combinaciones posibles.

También se considera importante destacar que las alteraciones motoras no solo han sido seleccionadas mayoritariamente como único motivo de consulta; sino que también fue el motivo más prevalente en todas sus combinaciones, siendo nombrado por el 48,54% de la muestra. Por su parte los desórdenes sensoriales han sido mencionados por el 44,66% de la muestra. En el 36,89% se ha hecho mención de las alteraciones de la atención y en el 34,95% de los problemas de comportamiento. Grafico 2.2.

**Gráfico 2.1 Representación porcentual de las combinaciones posibles de los motivos de consulta de cada niño sin CUD que asiste al consultorio externo de TO ubicado en CABA entre los meses de agosto y noviembre del año 2017. N=103**



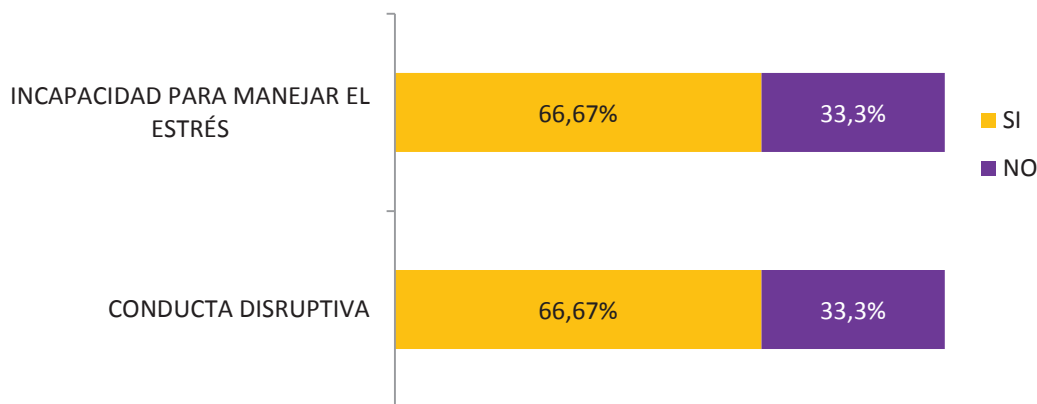
**Gráfico 2.2 Representación porcentual de los motivos de consulta de cada niño sin CUD que asistió a cada consultorio externo ubicado en CABA al que pertenecía cada TO encuestado entre los meses de agosto y noviembre del año 2017. N=103**



Para lograr la caracterización de cada uno de los motivos se cumplió con los objetivos específicos 2A, 2B, 2C y 2D. A continuación, se detallan los resultados de cada uno de los mismos

**Objetivo específico 2A: Identificar y caracterizar los problemas de comportamiento o conducta como motivo de consulta por el cual asisten niños de 4 a 9 años sin certificado de discapacidad a consultorios externos de Terapia Ocupacional en CABA en 2017 en base a las manifestaciones observadas por el TO.** Sobre el motivo de consulta “problemas de comportamiento o conducta” se identificó que del total de niños sobre el que se compone la muestra, para 36 sus padres habrían señalado este motivo entre los de consulta. Para analizar los resultados de los mismos se tomó a estos 36 niños de la muestra como el 100%. En base a esto, puede decirse que en el 50% de estos casos los terapeutas ocupacionales señalan la totalidad de las manifestaciones que la teoría engloba en ese motivo. Mientras que para el 33,33% de los niños se afirma observar al menos una de las manifestaciones, para el 16,67% restante se declara no observar ninguna de las manifestaciones dictadas en el marco teórico. En el 66,67% de los casos los profesionales afirman observar la presencia de conducta disruptiva, la presencia de incapacidad para manejar el estrés también fue observada por los TO en el 66,67% de los niños. (Gráfico 2.3.)

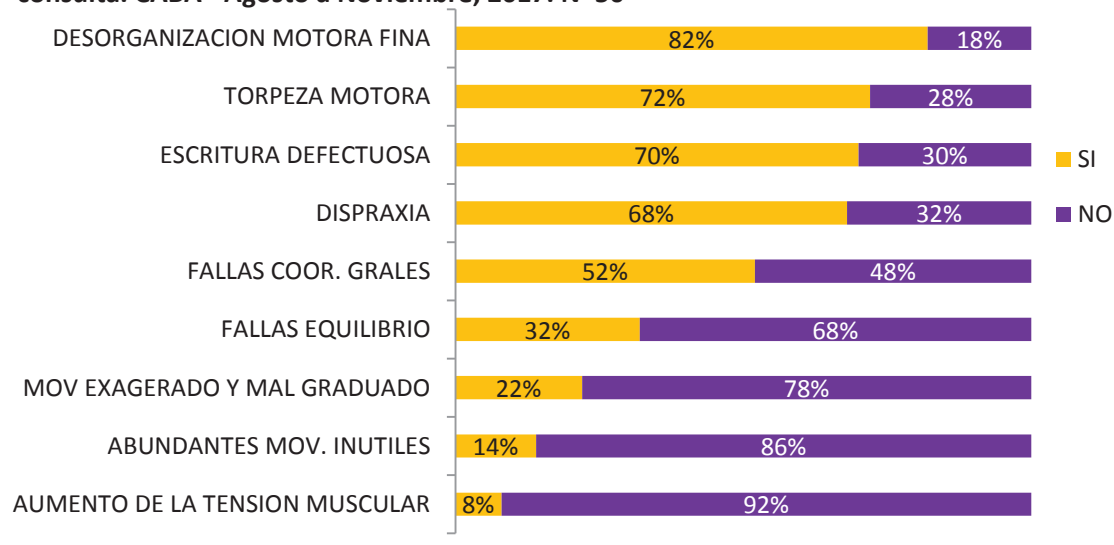
**Gráfico 2.3. Representación porcentual de la observación por parte de los terapeutas, de la presencia de las manifestaciones descritas por el marco teórico para los problemas de comportamiento en cada niño que ha seleccionado a los mismos dentro de sus motivos de consulta. CABA - Agosto a Noviembre, 2017. N=36**



**Objetivo específico 2B: Identificar y caracterizar las alteraciones motoras como motivo de consulta por el cual asisten niños de 4 a 9 años sin certificado de discapacidad a consultorios externos de Terapia Ocupacional en CABA en 2017 en base a las manifestaciones observadas por el TO.** Para lograr caracterizar las “alteraciones motoras” como motivo de consulta, se identificó que del total de niños sobre el que se compone la muestra, para 50 sus padres habrían señalado este motivo entre los de consulta. Para analizar los resultados de los mismos se tomó a estos 50 niños de la muestra como el 100%. De esta manera, del total de los niños cuyos padres han señalado a las alteraciones motoras como motivo de consulta, los terapeutas ocupacionales señalan al menos una de las manifestaciones señaladas para este motivo en el marco teórico. Mientras que el 2% ha seleccionado todas las manifestaciones.

De las 9 manifestaciones citadas por la bibliografía como posibles de ser observadas en niños que presentan alteraciones motoras, los profesionales declararon observar en más de la mitad de los mismos la presencia de desorganización motora fina (82%), torpeza motora (72%), escritura defectuosa (70%), dispraxia (68%) y fallas en la resolución de coordinaciones generales (52%). Por su parte la presencia de movimiento exagerado y mal graduado; las fallas en la regulación del equilibrio; el aumento de la tensión muscular durante la acción y la presencia de abundantes movimientos inútiles fueron las manifestaciones menos señaladas. A continuación, se observa cada manifestación y su correspondiente porcentaje de aparición. (Gráfico 2.4)

**Gráfico 2.4 Representación porcentual de la observación por parte de los terapeutas, de la presencia de las manifestaciones descritas por el marco teórico para las alteraciones motoras en cada niño que ha seleccionado a las mismas dentro de sus motivos de consulta. CABA - Agosto a Noviembre, 2017. N=50**



Para ningún caso no se seleccionó ninguna de las manifestaciones constitutivas de la teoría para los niños de la muestra cuyos padres hayan señalado a las alteraciones motoras como motivo de consulta.

**Objetivo específico 2C: Identificar y caracterizar a los problemas atencionales como motivo de consulta por el cual asisten niños de 4 a 9 años sin certificado de discapacidad a consultorios externos de Terapia Ocupacional en CABA en 2017 en base a las manifestaciones observadas por el TO.**

Para lograr caracterizar a “los problemas atencionales”, se identificó que del total de niños sobre el que se compone la muestra, para 38 sus padres habrían señalado este motivo entre los de consulta. Para analizar los resultados de los mismos se tomó a estos 38 niños de la muestra como el 100%.

Se contempló que en ninguno de los niños cuyos padres han señalado a los problemas atencionales como motivo de consulta los terapeutas ocupacionales señalan la totalidad de las manifestaciones dictadas por el marco teórico.

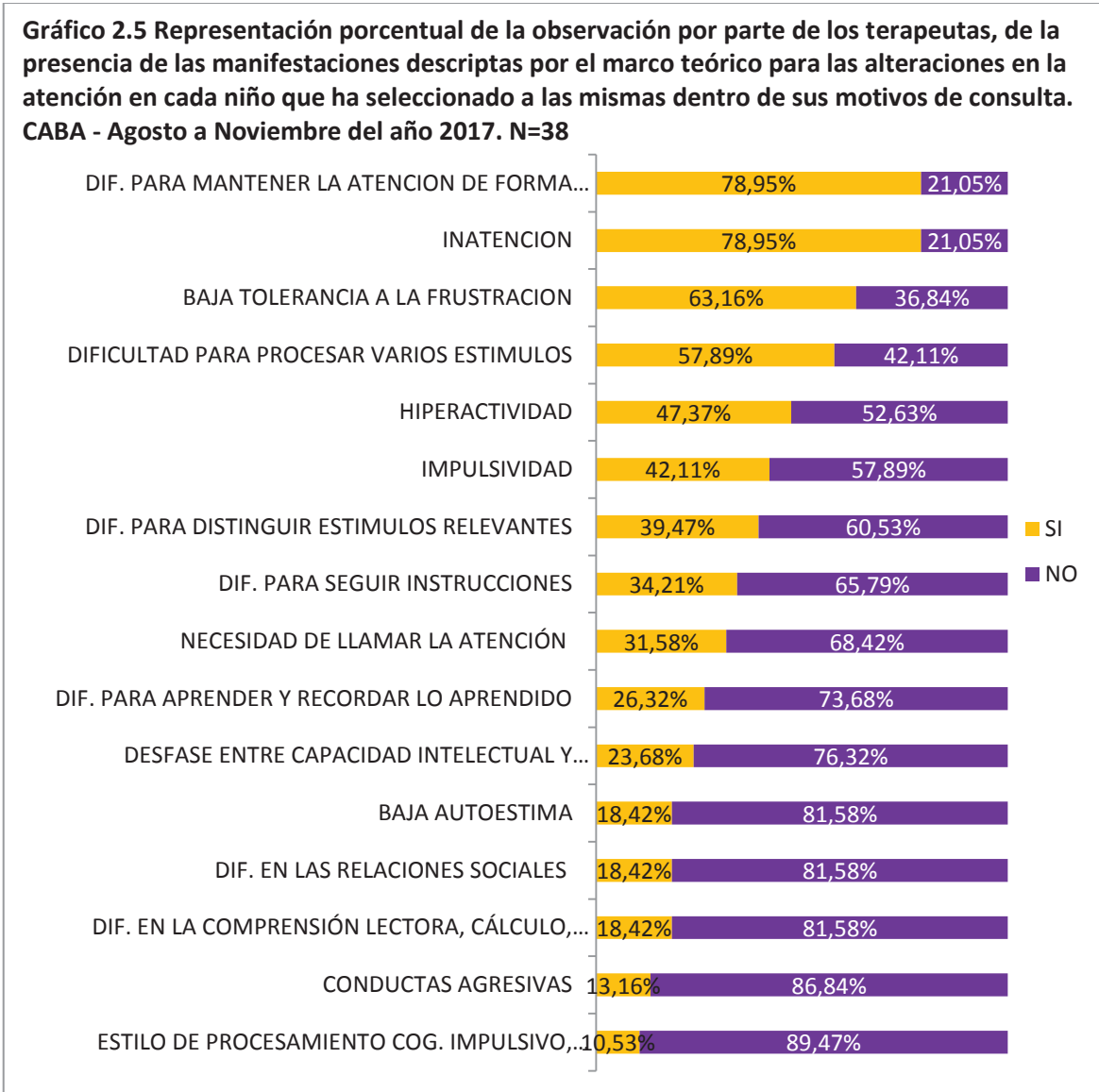
De las 16 manifestaciones, las de mayor prevalencia han sido inatención y dificultad para mantener la atención de forma continuada, señalada en ambos casos para el 78,95% de la muestra, seguidas de la baja tolerancia a la frustración señalada para el 63,16% y de las dificultades en procesar varios estímulos al mismo tiempo, señalada para el 57,89% de los niños.

Por otro lado, las menos señaladas han sido la presencia de conductas agresivas marcada para el 13,16% de la muestra y la presencia de un estilo de procesamiento cognitivo impulsivo, rápido e inexacto solo en el 10,53% de los niños.

El resto de las manifestaciones se ha observado entre el 19 y el 47% de los casos. En el gráfico 2.5 puede apreciarse la presencia o no de la totalidad de las manifestaciones. Ningún TO encuestado no ha observado ninguna de estas manifestaciones constitutivas de la teoría para los niños de la muestra cuyos padres hayan señalado a los problemas



atencionales entre sus motivos de consulta.

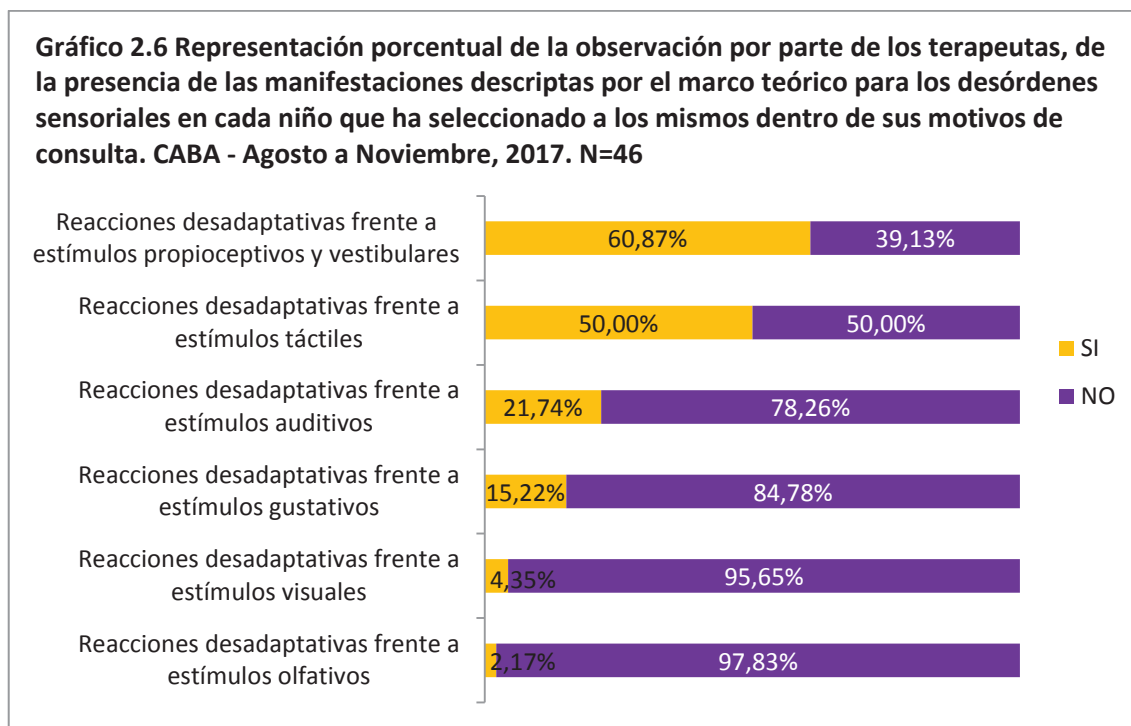


**Objetivo específico 2D: Identificar y caracterizar a los desórdenes sensoriales como motivo de consulta por el cual asisten niños de 4 a 9 años sin certificado de discapacidad a consultorios externos de Terapia Ocupacional en CABA en 2017 en base a las manifestaciones observadas por el T.O.**

Para lograr caracterizar a “los desórdenes sensoriales”, se identificó que del total de niños sobre el que se compone la muestra, para 46 sus padres habrían señalado este motivo entre los de consulta. Para analizar los resultados de los mismos se tomó a estos 46 niños de la muestra como el 100%.

Las manifestaciones para este motivo de consulta estaban descritas en el marco teórico como reacciones desadaptativas frente a distintos estímulos. Las reacciones desadaptativas menos observadas han sido frente a estímulos olfativos (2,17%) y visuales (4,35%). Mientras que las reacciones desadaptativas frente a estímulos

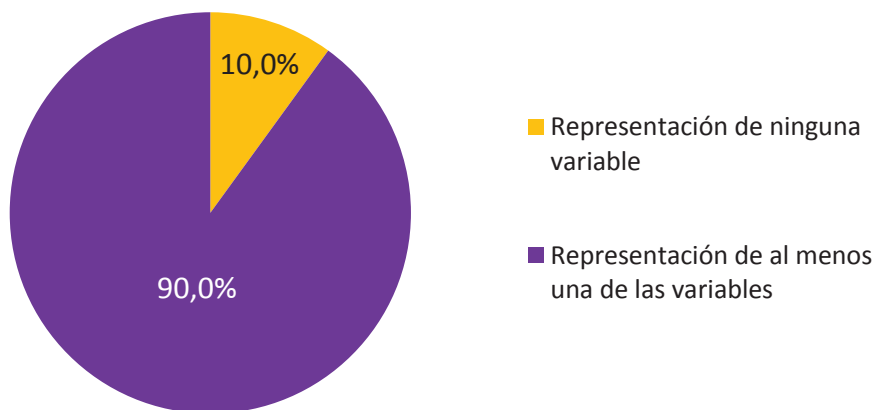
propioceptivos y vestibulares ha sido señalada para el 60,87% de la muestra y las reacciones desadaptativas frente a estímulos táctiles ha sido observada en el 50% de los casos. Por fuera de los extremos, en el 21,74% de los casos se ha destacado la presencia de reacciones desadaptativas frente a estímulos auditivos y en el 15,22% frente a estímulos gustativos. (Gráfico 2.6)



Se contempló que en ningún caso los niños cuyos padres han señalado a los desórdenes sensoriales como motivo de consulta los terapeutas ocupacionales señalan la totalidad de las manifestaciones dictadas por el marco teórico. Para 76,09% se señala al menos una de estas, mientras que en el 23,91% de los niños se declara no observar ninguna de las manifestaciones constitutivas para la teoría.

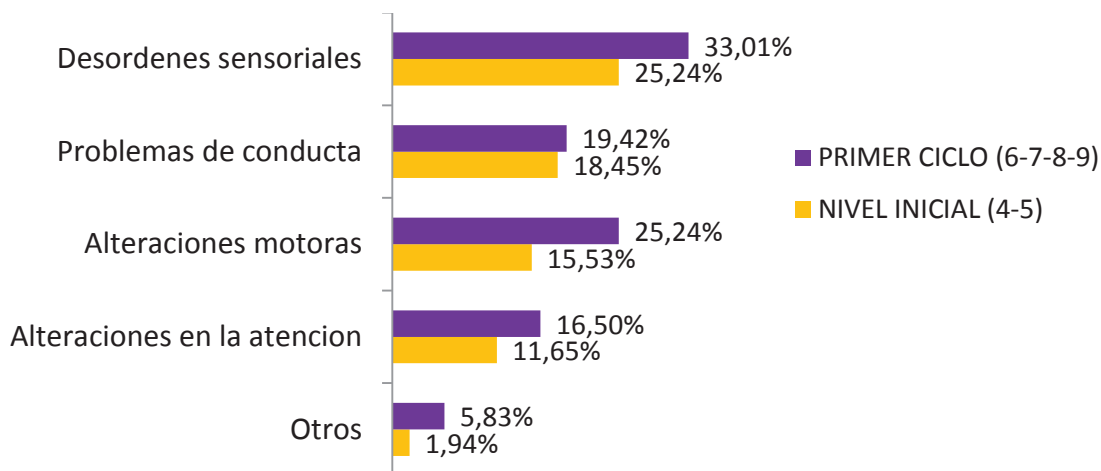
En conclusión, para la caracterización de cada uno de los motivos puede afirmarse que en la mayoría de los casos (90%) las manifestaciones observadas se corresponden con las de la teoría; encontrándose una discrepancia con la misma solo para el 10% de la muestra (Gráfico 2.7). Es importante destacar que esta diferencia ha sido observada en la caracterización de los desórdenes sensoriales y de alteraciones de la atención, en ambas con valores bajos de discrepancia. Lamentablemente, no se ha podido analizar aisladamente los casos en los que no se señala ninguna de las manifestaciones constitutivas para estos motivos; ya que en estos casos los mismos no habían sido el único señalado. Por lo cual, la observación de otras manifestaciones podría corresponderse, o no, con el resto de los motivos de consulta elegidos para cada uno de los casos.

**Grafico 2.7. Comparación entre el número de veces que fueron seleccionadas al menos una de las manifestaciones constitutivas de cada motivo de consulta y las que no. Observadas por cada TO, en los niños sin CUD que asistieron a sus consultorios entre los meses de Agosto y Noviembre del 2017 en CABA. N=170**



Además, como parte de este análisis, se han comparado los diferentes motivos de consulta con las edades de los niños y su correspondiente instancia educativa. Se ha observado así que mientras para los niños que se encuentran cursando el nivel inicial los motivos mayormente señalados por sus padres han sido los desórdenes sensoriales (25,24%), para los que se encuentran cursando el primer ciclo, han sido las alteraciones motoras (33,01%). Por su parte los motivos menos señalados para ambas muestras han sido “otros”, sin embargo dentro de los motivos identificables, los menos señalados han sido para los niños entre 4 y 5 años las alteraciones en la atención (11,65%), mientras para los niños entre 6 y 9 años han sido los problemas de comportamiento o conducta (16,50%). A continuación se observa en el Grafico 2.8 las distribuciones por edad y motivo de consulta señalado.

**Grafico 2.8. Representación porcentual de los motivos de consulta señalados por los padres, según las diferentes edades e instancias educativas de los niños. CABA, Agosto a Noviembre, 2017. N=103**

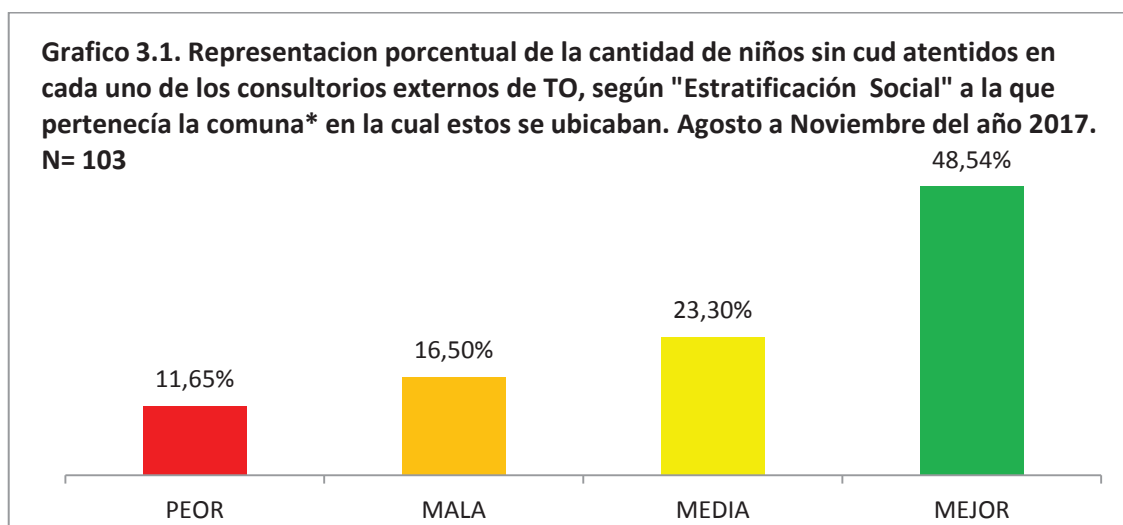


Por último, se considera relevante mencionar las manifestaciones más observadas por los TO independientemente de los motivos de consulta seleccionados. Las mismas fueron: desorganización motora fina (61,17%), reacciones desadaptativas frente a estímulos propioceptivos y vestibulares (57,28%), baja tolerancia a la frustración (56,31%), dificultad para mantener la atención de forma continuada (53,40%), torpeza motora (51,46%) y escritura defectuosa (50,49%). Por otra parte, los menos observados, no superando el 15% han sido dificultad en aprender y recordar lo aprendido (14,56%), abundantes movimientos inútiles (13,59%), conductas agresivas (10,68%), aumento de la tensión muscular durante la acción (9,71%), estilo de procesamiento cognitivo impulsivo, rápido e inexacto (7,77%); y reacciones desadaptativas frente a estímulos gustativos (9,71%), visuales (1,94%) y olfativos (1,94%).

**Objetivo específico N° 3: Analizar la prevalencia de niños de entre 4 y 9 años sin CUD que asisten a consultorios externos de TO en CABA según la estratificación social de las zonas en donde se ubiquen los mismos y en función de la situación social de los niños y su modo de financiar el tratamiento.**

Para lograr el objetivo específico n° 3, primero se dirá que de los 70 UA encuestados, solo 31 atendían niños sin CUD en sus consultorios. De estos establecimientos, 14 se situaban en zonas de mejor situación social (45,16%), 7 consultorios se situaban en zonas de mala situación social (22,58%) y por último los consultorios que se ubicaban en zonas de media y peor situación social que compartieron valores (16,13%); lo que representó a 5 consultorios en cada una de estas áreas. De esta manera, puede pensarse que habría más consultorios externos de TO ubicados en zona de mejor situación social. Se podría presumir este hecho ya que la selección de la muestra no fue intencional.

Así mismo, la cantidad de niños sin CUD atendidos en las diferentes zonas varió sustancialmente. Mientras que en la zona de peor situación social se atendieron 12 niños (11,65% de la muestra), en las zonas de mejor situación social se atendieron 50, lo que en porcentaje representa al 48,54% de los mismos. Grafico 3.1.



\* Según la Dirección General de Informática Clínica, Estadística y Epidemiológica (2015).

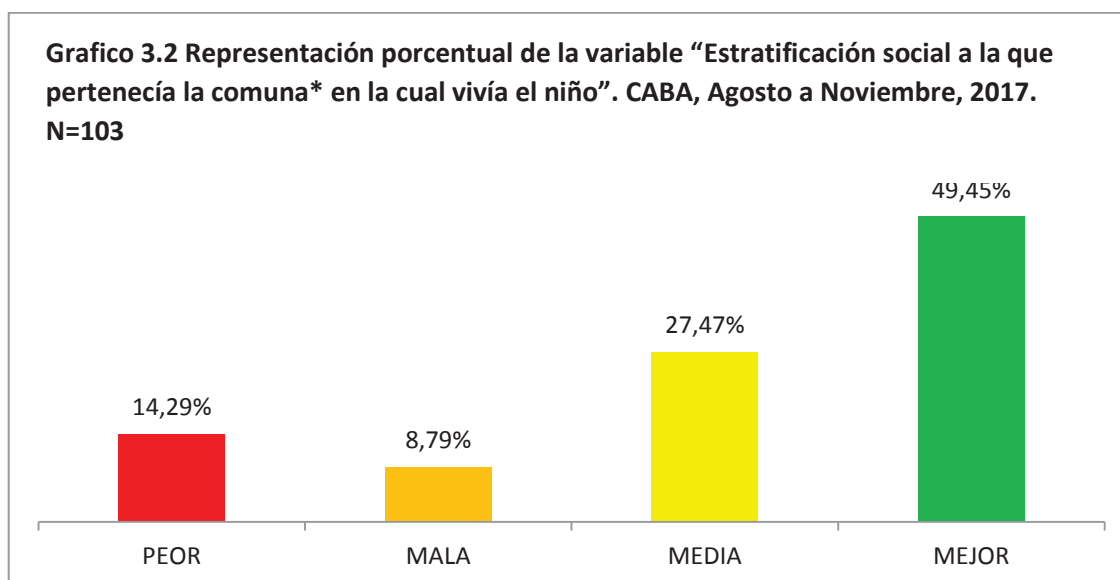
Esta misma situación se observó en la cantidad de niños con CUD atendidos en cada zona, ya que en las zonas de mejor situación social hubo un flujo de 320 pacientes, seguido por las zonas de mala y peor situación social, donde se atendieron 102 niños en cada área y por último los consultorios ubicados en zonas de situación social media, que solo contaban con 98 pacientes con CUD.

Sin embargo, al contabilizar estas frecuencias no se tuvo en cuenta que la cantidad de consultorios no fue la misma según la zona. Si se producen cuatro muestras a partir de cada una de las zonas en donde se ubican los consultorios, puede afirmarse que en las zonas de peor situación social hubo una mayor cantidad de niños con CUD por consultorio, 11; mientras que en consultorios de mejor situación social la media fue registrada en 10, en zonas de situación social media 8 y por último en consultorios ubicados en barrios de mala situación social se registraron 6 niños con CUD por consultorio.

Por otro lado, el mayor flujo de niños sin CUD ha sido atendido en las zonas de media y mejor situación social, donde se registró una media de 2 niños por consultorio; por el contrario en las zonas de mala y peor situación social se ha atendido 1 niño sin CUD en promedio en cada consultorio.

En cuanto a los niños sin CUD que asistieron a estos consultorios, primero se dirá que de los 103 niños que conformaron la muestra, 93 tenían domicilio en capital pero para dos de los mismos no se ha podido identificar el barrio de residencia. Por lo que solo para 91 niños de la muestra se han podido obtener datos sobre la situación social de la zona donde residen. Se tomó a este último número muestral como el 100% para los análisis que seguirán a continuación.

Puede afirmarse así que el 49,45% de los niños sin CUD vivían en una zona de mejor situación social, el 27,47% en una de situación social media; el 8,79% vivía en zonas de una situación social mala y el 14,29% en comunas de peor situación social. Gráfico 3.2

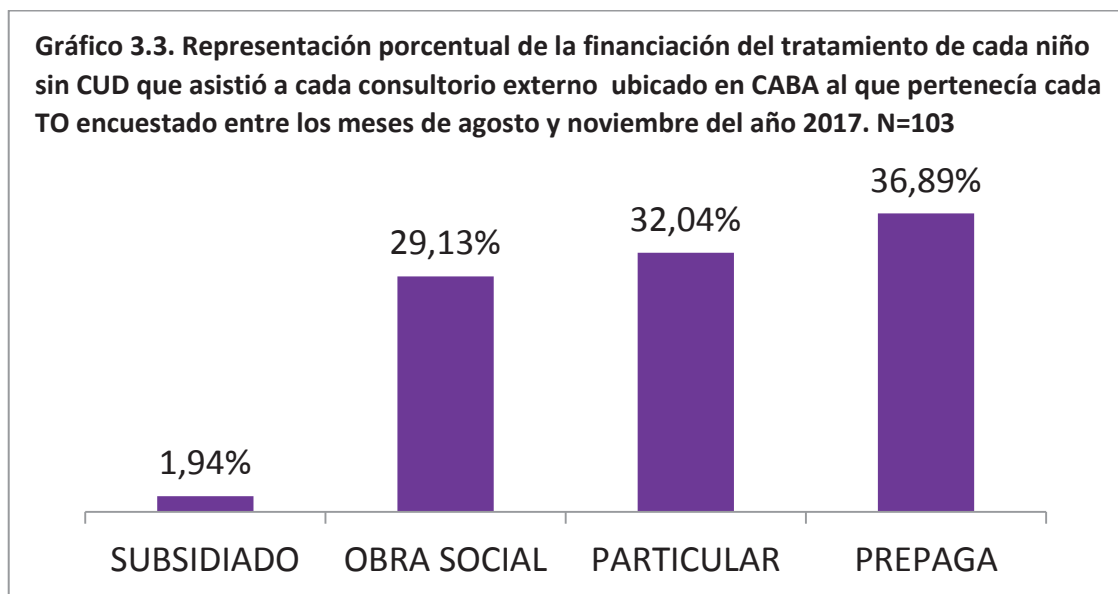


\* Según la Dirección General de Informática Clínica, Estadística y Epidemiológica (2015).

En su mayoría, los niños que asistían a consultorios ubicados en una determinada zona, vivían en la cercanía, perteneciendo a barrios con la misma situación social del consultorio. Esto fue así en el 100% de los casos de niños que vivían en zonas de peor situación social, en el 94,44% de los niños que residían y asistían a consultorios en zonas de situación social media y en el 86,67% de los niños que vivían en zonas de mejor situación. Sin embargo, en los consultorios ubicados en zonas de mala situación social, se encontraron variaciones ya que los pacientes que asistían a los mismos se distribuyeron en zonas de situación social media (35,29%), mala y mejor (29,41% en cada una), un solo niño (5,88%) asistía a dichos consultorios y vivía en una zona de peor situación social.

Si se revisa la financiación del tratamiento de la muestra total de 103 niños, fue en consultorios ubicados en una zona de peor situación social el único lugar donde se ha registrado que niños sin CUD accedieron al tratamiento por subvención estatal. Dichos niños presentaron el 1,94% de la muestra.

Por su parte, las obras sociales financiaron los tratamientos del 29,13% de los niños de la muestra, mientras que el 32,04% lo financió de modo particular y al 36,89% restante se lo cubrió su prepaga. Gráfico 3.3.

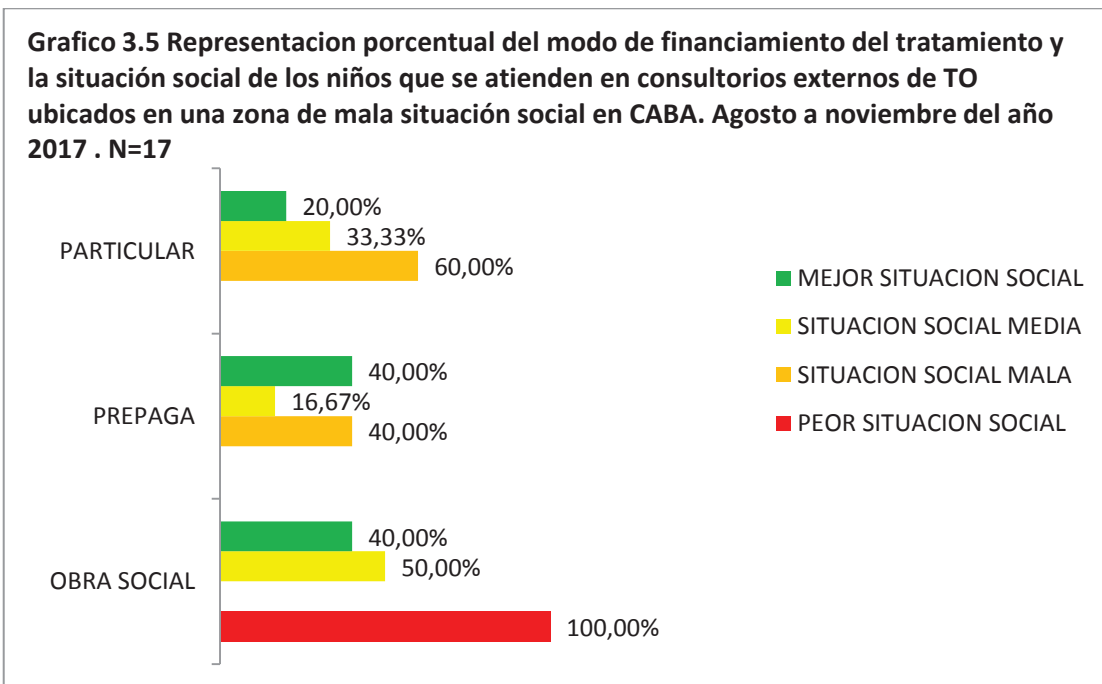
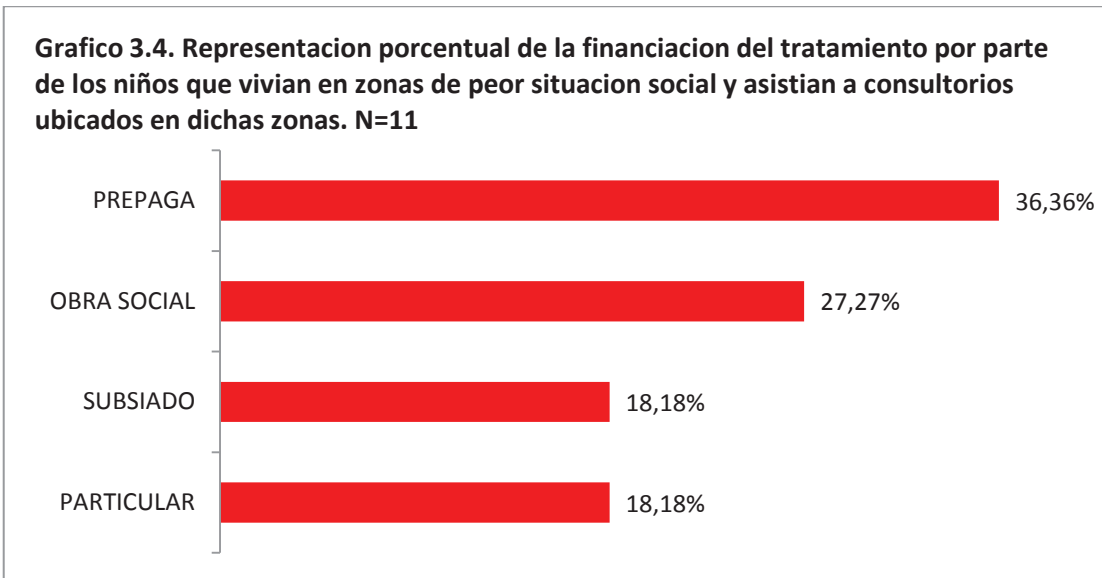


Una vez más, estos valores cambian si se tiene en cuenta la situación social de los consultorios y de los niños que a estos asistieron. A continuación, se detallan los diferentes financiamientos según estas dos circunstancias. De esta manera se retomará el recorte de la muestra de niños de los que se pudo identificar situación social (91) y la misma se dividirá en cuatro grupos según a la estratificación social a la que pertenecía la zona donde se ubicaba el consultorio al que asistían.

Así, para los niños que asistieron a consultorios ubicados en zonas de peor situación social y que vivían en las mismas, el tratamiento fue financiado en un 36,36% de los casos por su prepaga, en un 27,27% por su obra social y el resto de modo particular y

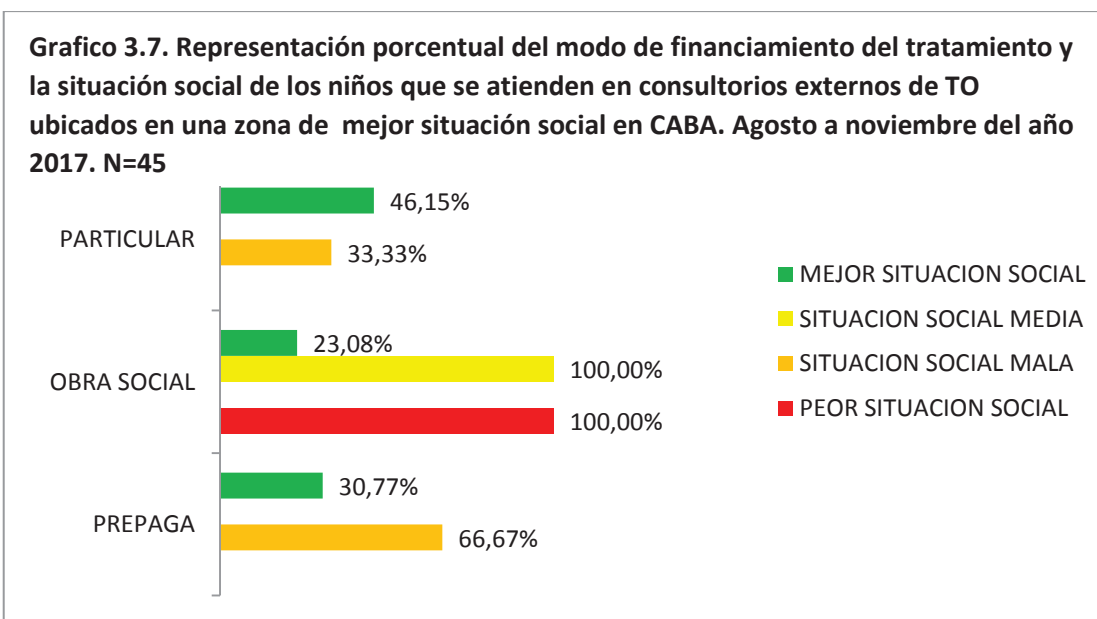
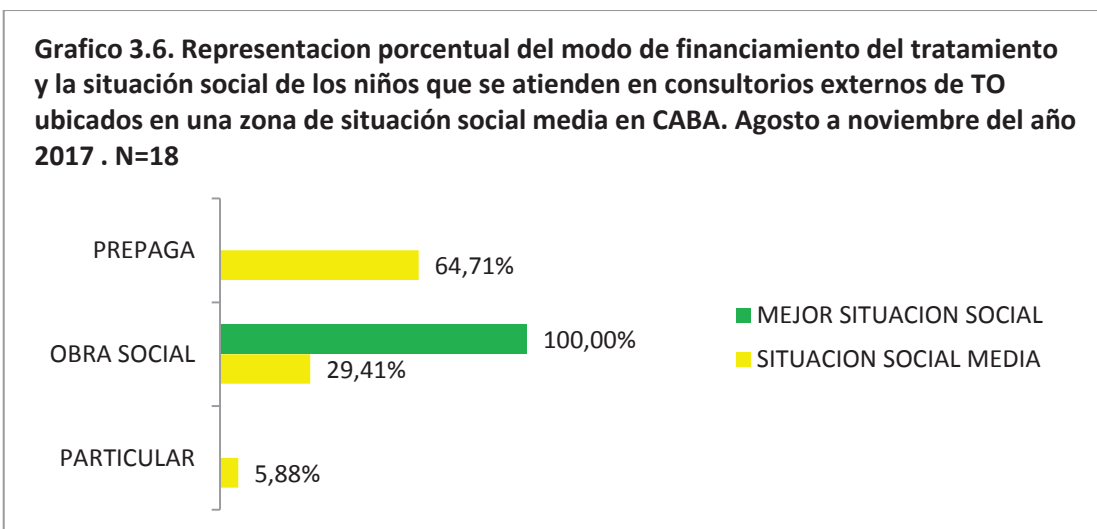
subsidiado por el estado 18,18% por cada uno. Grafico 3.4.

Los 17 niños que asistieron a consultorios en zonas de mala situación social, residían distribuidos en las cuatro diferentes zonas de estratificación. El 5,88% residía en zona de peor situación social y abonó el tratamiento mediante su obra social. El 24,91% (5 niños) vivían en zonas de mala situación social, de los mismos el 40% financió el tratamiento mediante su prepaga y el 60% de forma particular. Esta disparidad se observó también en los que vivían en zonas de media (35,29%) y mejor situación social (29,41%), quienes financiaron por medio de su obra social en el 50% y 40% de los casos respectivamente, por su prepaga en el 16,67% y 40%, y de forma particular en el 33,33% y 20%. Grafico 3.5.



A los consultorios que se ubicaban en zonas de situación social media, mayoritariamente asistían niños que residían en la misma zona y los mismos financiaban el tratamiento en su mayoría mediante prepaga (64,71%), seguido por los que lo hacían mediante su obra social (29,41%) y un solo niño que abonaba de forma particular (5,88%). El único niño que asistía a estos consultorios y residía en una zona de mejor situación social financiaba su tratamiento mediante su obra social. Grafico 3.6.

Por ultimo en los consultorios que se ubicaban en zonas de mejor situación social, de los cuales ya se ha mencionado que tienen en su mayoría pacientes de la misma zona (86,67%), los financiamientos se distribuían en un 46,15% de forma particular, un 30,77% con prepaga y un 23,08% por obra social. Los 6 niños restantes vivían uno en una zona de peor situación social y financiaba su tratamiento por obra social, 3 vivían en una zona de situación social mala de los cuales 2 financiaban con prepaga (66,67%) y uno de modo particular (33,33%) y por ultimo 2 niños que vivían en una zona de situación social media y accedían a través de su obra social. Grafico 3.7.





Para resumir el modo de financiación, ya sin contar la situación social del consultorio, se dirá que de los 91 niños que componen esta submuestra el 30,77% (28 niños) financiaron el tratamiento de forma particular destacándose una mayoría de niños que vivían en zonas de mejor situación social (19 niños). Los restantes que compartieron de esta forma de financiamiento se distribuyeron casi equitativamente entre las zonas de mala (4 niños), media (3 niños) y peor (2 niños) situación social.

Por otro lado, se dirá que el 37,36% (34 niños) de esta misma muestra financia su tratamiento con una prepaga, observándose también en esta variable que se destacan los niños que viven en zonas de mejor situación social (14 niños), seguidos por 12 niños que residen en zonas de situación social media y los 8 restantes que se dividen equitativamente entre las zonas de mala y peor situación social.

Con respecto a los tratamientos que se financian mediante obra social, los mismos constituyen el 29,67% de la muestra (27 niños), la mayor parte reside en zonas de mejor situación social (12) y situación social media (10), por otro lado 5 niños viven en zonas de peor situación social.

Por ultimo como se ha mencionado, solo se observan casos en donde se atiendan niños sin CUD y el estado subsidie su tratamiento en zonas de peor situación social, conociéndose solo 2 niños que presentan dicha condición.

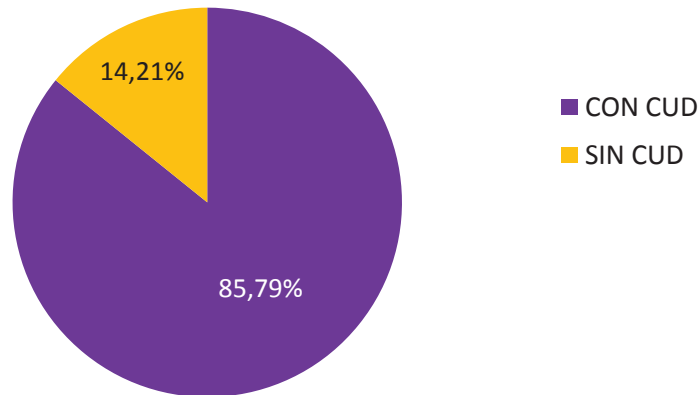
Por falta de recursos y por contar con un bajo N muestral en cada uno de los subgrupos armados no se han podido establecer relaciones estadísticas entre las variables, pero si se han observado y analizado.

Tras el análisis puede concluirse que para cada consultorio ubicado en cada zona el mayor porcentaje de niños sin CUD que asiste se correspondería con la situación social del barrio en el que está ubicado el mismo. A su vez, puede decirse que la mayoría de estos niños posee una mejor situación social o en su defecto una estratificación media, lo que podría facilitarles el acceso al tratamiento. Esto último podría verse reflejado en los modos de financiar el tratamiento de cada niño según su situación. De los que residen en zonas de mejor situación social, la mayoría accede de forma particular y en segundo lugar mediante su prepaga. Mientras que de los niños que vivían en zonas de peor situación social fue la minoría la que accedió al mismo de modo particular, necesitando en su mayoría una prepaga u obra social que les cubra el tratamiento. Siguiendo esta línea de pensamiento no se cree casual que los únicos niños en los que se registró que el estado subsidiaba el tratamiento residan en barrios de peor situación social.

### **Resultados del objetivo específico general y la pregunta de investigación**

Para alcanzar el objetivo general, *Caracterizar la demanda de Terapia Ocupacional de niños de 4 a 9 años sin certificado de discapacidad en consultorios externos de CABA en 2017 en lo referido a su prevalencia y motivos de consulta* y responder la pregunta de investigación: *¿Cuáles son las características de la demanda de Terapia Ocupacional de niños de 4 a 9 años sin certificado de discapacidad en consultorios externos de CABA en 2017 en lo referido a su prevalencia y motivos de consulta?* se analizaron principalmente los gráficos 1.1. Grafico 2.1. y Grafico 2.6.

**Gráfico 1.1 Representación porcentual de la comparación entre la cantidad de niños con y sin CUD que han sido atendidos en cada consultorio externo ubicado en CABA al que pertenecía cada TO encuestado, entre los meses de agosto y noviembre del año 2017. N=725**



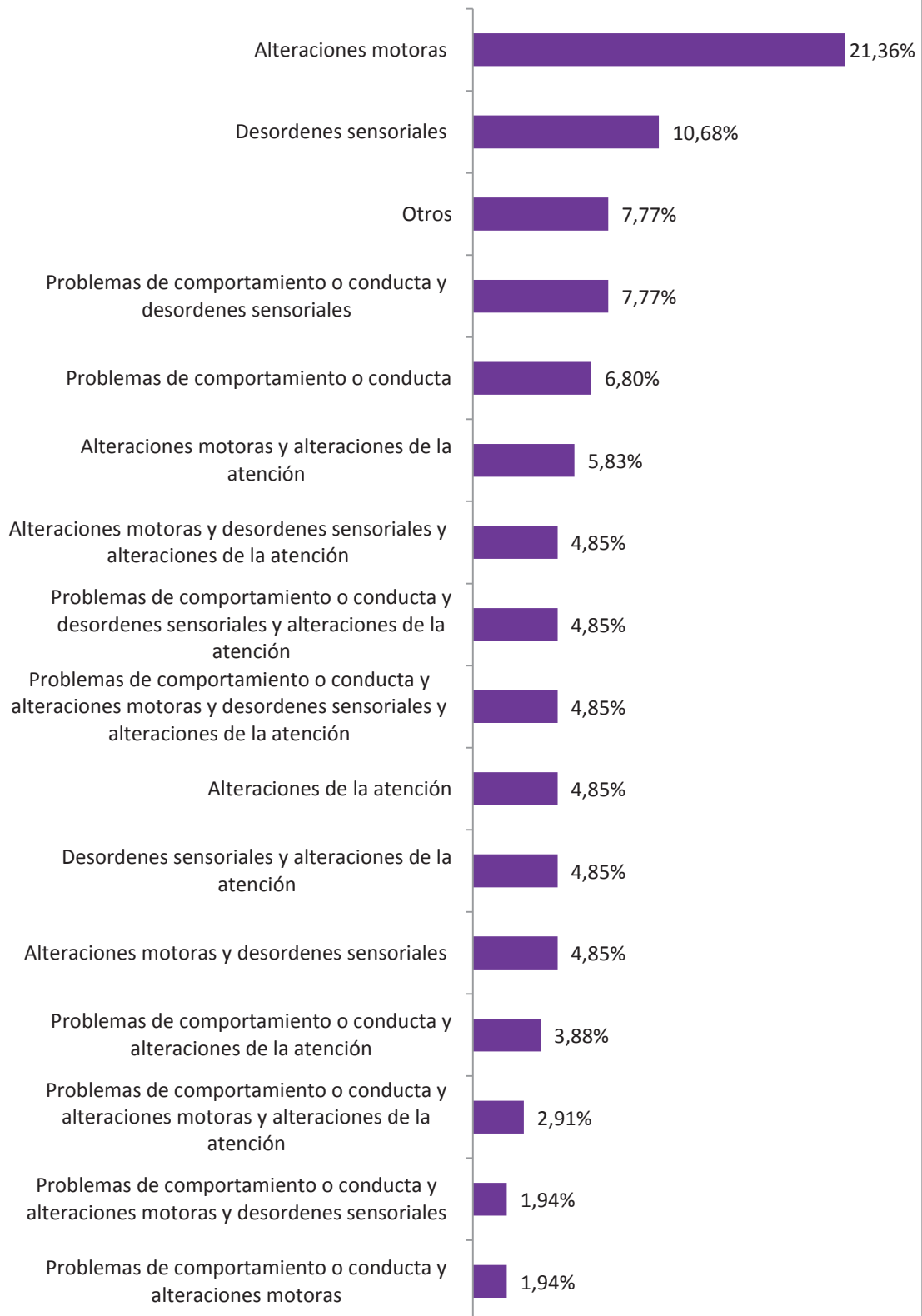
Como puede observarse en el gráfico 1.1, la prevalencia de niños sin CUD que asistieron a consultorios externos de TO de CABA entre Agosto y Noviembre del año 2017 ha sido significativamente menor (14,21%) relacionada con los niños de la misma edad que asistieron y poseían un CUD (85,79%).

En lo relativo a los motivos de consulta, como puede apreciarse en el gráfico 2.1 solo hubo un 7,7% de la muestra que no había seleccionado ninguno de los motivos propuestos por las investigadoras, si bien este valor ocupa el tercer lugar en orden de prevalencia no representa un número importante de la muestra ya que se considera que el 92,3% de la misma ha seleccionado al menos uno de los motivos propuestos por la investigación.

Todos los motivos han sido seleccionados por lo menos por un 30% de la muestra. Se registran a las alteraciones motoras como el motivo más señalado por la totalidad de la muestra, 48,54% lo seleccionó solo o combinado con otros y específicamente para el 21,36% ha sido el único motivo señalado. Como se ve en el gráfico en cuestión, este motivo ha sido el de mayor selección entre todas las combinaciones. Siguiendo el orden de prevalencia, los desórdenes sensoriales han sido el segundo motivo más seleccionado solo o en sus combinaciones (44,66%). En segundo lugar de combinaciones de motivos de mayor selección es también para este motivo autónomo (10,68%). En tercer lugar, se registran a las alteraciones de la atención seleccionadas como único motivo o en sus combinaciones (36,89%) Sin embargo, las mismas no han sido las terceras en el orden de prevalencia de forma autónoma. Se registran mayormente combinadas con alteraciones motoras (5,83%). Siendo seleccionadas solamente como único motivo para el 4,85% de la muestra.

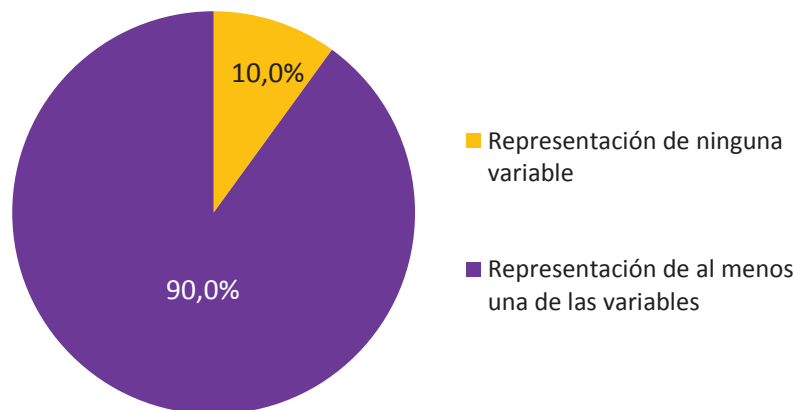
Por último, los problemas de comportamiento o conducta han sido seleccionados como único motivo o en sus combinaciones por el 34,95% de la muestra. Resulta curioso que, si bien registran menor prevalencia que las alteraciones de la atención, los mismos han sido seleccionados como único motivo para el 6,80% de la muestra, es decir superando a las mismas por dos puntos; si se analizan de forma autónoma.

**Gráfico 2.1 Representación porcentual de las combinaciones posibles de los motivos de consulta de cada niño sin CUD que asiste al consultorio externo de TO ubicado en CABA entre los meses de agosto y noviembre del año 2017. N=103**



Además, podría afirmarse que los motivos se presentan con las mismas manifestaciones que dicta el marco teórico. Como se observa en el gráfico 2.6. solo en un 10% de los casos los terapeutas han declarado no observar ninguna de las manifestaciones señaladas en el marco teórico en los niños para los que se han indicado cada uno de los motivos de consulta. Es importante destacar que esta discrepancia solo se ha registrado en algunos de los niños para los que se han seleccionado a los desórdenes sensoriales entre sus motivos de consulta (6,47%); y en algunos casos en los que se han señalado a los problemas de comportamiento o conducta entre los motivos (3,53%).

**Grafico 2.6. Comparación entre el número de veces que fueron seleccionadas al menos una de las manifestaciones constitutivas de cada motivo de consulta y las que no. Observadas por cada TO, en los niños sin CUD que asistieron a sus consultorios entre los meses de Agosto y Noviembre del 2017 en CABA. N=170**



Habiendo analizado los resultados obtenidos en el objetivo general se podrá responder a la pregunta de investigación: La demanda de terapia ocupacional de niños de entre 4 y 9 años sin CUD que asistieron a consultorios externos de TO en CABA entre los meses de Agosto y Noviembre del año 2017, ha sido, en cuanto prevalencia significativamente menor (14,21%) a la de niños del mismo rango etario que asistieron y poseían CUD (85,79%). Los principales motivos de consulta que han llevado a las familias de estos niños a un tratamiento de TO han sido las alteraciones motoras, los desórdenes sensoriales, las alteraciones de la atención y los problemas de comportamiento o conducta. Los mismos se han sido indicados solos o combinados para el 92,3% de la muestra.

### **Resultados de la Hipótesis**

*La demanda de Terapia Ocupacional de niños de 4 a 9 años sin certificado de discapacidad en consultorios externos de CABA en 2017 es en lo referido a su prevalencia, significativamente menor en relación a los niños de la misma edad que poseen un CUD y asisten a los mismos, siendo los motivos de consulta, problemas de comportamiento o conducta, alteraciones motoras, problemas atencionales y desórdenes sensoriales.*

Luego de haber analizado los resultados obtenidos, a través de un estudio minucioso de cada objetivo específico y de haber alcanzado el objetivo general se comparó lo expresado en la hipótesis con lo hallado en la investigación. Como se mencionó en el apartado de análisis de los datos, se esperaba que el porcentaje de niños sin CUD de entre 4 y 9 años que habían asistido a consultorios externos de TO en CABA entre los meses de Agosto y Noviembre del año 2017 no superara la tercera parte del total de niños del mismo rango etario que asistieron. Dado que el total de niños registrados fue de 725 (100%) la tercera parte, que debiera estar conformada por niños sin CUD para refutar la hipótesis, debería representar el 33,33% de la muestra (241,66 niños sin CUD) Lejos de esto, la prevalencia de niños sin CUD ha sido del 14,21% (103 niños), por lo que puede validarse este primer segmento de la hipótesis. Por su parte, para los motivos de consulta, se había estipulado que, si el 85% de la muestra lograba definir a los mismos entre los cuatro consignados en la hipótesis, la misma se daría por válida. Dado que el 92,3% ha logrado definir los motivos de consulta entre las alteraciones motoras, los desórdenes sensoriales, las alteraciones de la atención y los problemas de comportamiento o conducta y sus respectivas combinaciones; este segundo segmento de la hipótesis también puede darse por válido. Concluyendo, puede afirmarse que: La demanda de Terapia Ocupacional de niños de 4 a 9 años sin certificado de discapacidad en consultorios externos de CABA entre los meses de Agosto y Noviembre del 2017 ha sido en lo referido a su prevalencia, significativamente menor en relación a los niños de la misma edad que poseían un CUD y asistían a los mismos. Siendo los motivos de consulta señalados en orden de prevalencia: las alteraciones motoras, los desórdenes sensoriales, los problemas atencionales y los problemas de comportamiento o conducta.

### **Conclusiones**

El presente trabajo de investigación tuvo como objetivo general caracterizar la demanda de Terapia Ocupacional de niños de 4 a 9 años sin certificado de discapacidad en consultorios externos de CABA en 2017 en lo referido a su prevalencia y motivos de consulta.

Para alcanzar el mismo, se plantearon dos objetivos específicos que permitieron ahondar en el tema, y a partir de los cuales surgieron los resultados. El tercer objetivo específico fue complementario de la investigación y permitió incursionar un poco más, comparando la situación social de los niños sin certificado que accedían al tratamiento de TO con el modo de financiar el mismo.

A continuación, pueden leerse las conclusiones de la investigación.

La prevalencia de niños de 4 a 9 años sin certificado de discapacidad que asistieron a consultorios externos de TO en CABA fue significativamente menor a la de los niños de la misma edad que poseían certificado. Refiriéndose a la muestra de la investigación, puede afirmarse que por cada 100 niños que asistieron a TO solo 17 no tenían certificado de discapacidad.

Si se establecen parámetros estadísticos, tomando como N total a los 725 chicos que

asistieron a los consultorios, puede decirse con un 95% de probabilidad que en promedio asistieron entre 1,12 y 1,82 niños sin CUD a cada uno de los consultorios externos encuestado, mientras que la media de los niños del mismo rango etario con CUD osciló entre 7,51 y 8,42.

Si se revisa el marco teórico pueden analizarse diversos motivos por los cuales esta prevalencia podría ser significativamente menor. Se destaca el hecho de que en Argentina, la posesión del certificado único de discapacidad (CUD) es uno de los requisitos para incrementar el número de sesiones de terapia ocupacional que los servicios de salud, independientemente de su carácter público o privado, deben prestar a sus beneficiarios según el Plan Médico Obligatorio (2002). Esta condición ha sido señalada por varios de los profesionales entrevistados, quienes afirman que muchos de sus pacientes de ese rango etario obtienen un certificado principalmente para poder cubrir las prestaciones que se les niegan, entre ellas terapia ocupacional. De este modo, los profesionales afirman que se encuentran muchos casos de niños que poseen un CUD pero que, a su criterio, no merecen realmente su obtención. Ya que, no presentan una alteración funcional física, mental o sensorial que devenga de una discapacidad, como se describe en los requisitos del CUD. Los mismos solo presentarían algunas alteraciones o desfasajes en la adquisición de habilidades para su adecuada integración, que devienen de dificultades en algún área y que podrían ser solventadas a partir del tratamiento de las mismas.

Establecida la situación de no poder acceder sin un CUD al tratamiento de forma prolongada, algunos terapeutas, se aceptan cómplices de esta circunstancia declarando redactar informes en los que exageran las dificultades de sus pacientes para ayudarlos a obtener un certificado. Así mismo, en uno de los casos, una terapeuta afirmó trabajar con un niño que no poseía CUD y para el cual su obra social no le financiaba las sesiones, por lo que en beneficio del paciente y dada su necesidad, el tratamiento era facturado por una psicóloga.

Puede pensarse que lo engorroso de esta situación no solo afecta el trabajo de los terapeutas, sino que perjudica a los niños que podrían verse beneficiados del tratamiento y a sus familias.

Se alienta a investigar a colegas que se desempeñen en el ámbito de la salud sobre estas irregularidades para en un futuro lograr la modificación de las leyes y el plan médico obligatorio. Esto no solo sería beneficioso para los niños sin discapacidad que necesiten tratamiento. Al cuantificarse el gasto público que implica el sobreuso de los certificados, tras algunas modificaciones en las leyes, quizá podría reducirse el mismo.

Siguiendo esta línea de análisis no se cree casualidad que la mayor cantidad de consultorios externos de TO (47,14%) a los que asistían niños sin CUD se ubicasen en zonas de mejor situación social. Lo mismo ocurre con la situación social de los niños que concurren, ya que para la mayoría de los mismos esta varía entre mejor (49,45%) y media (27,47%). Se ha observado que la mayoría de los niños de mejor situación financian el tratamiento de forma particular o mediante una prepaga; por su parte los

niños de situación social media lo hacen en su mayoría mediante su prepaga u obra social. Por otro lado, en los niños que vivían en zonas de mala situación social no se destacó un grupo mayoritario que financiara el tratamiento de un modo determinado. De los niños que residían en zonas de peor situación social, para la mayoría de los casos la prepaga u obra social cubrió su tratamiento, encontrándose tan solo un niño que abonaba el mismo de forma particular y dos a los que el estado se los subvencionaba. Es importante destacar que solo se observó la subvención del estado en estos dos casos. A raíz de estos resultados podría pensarse que niños sin CUD de mejor situación social asistieron más a tratamientos de TO dado que contaban con los recursos para abonarlos de forma particular o tenían un plan de medicina prepaga que cubría más sesiones que las que el PMO estipula. Mientras que los niños sin CUD que residían principalmente en zonas de peor situación no contaban quizá con los mismos recursos, y solo podían asistir si el Estado o sus planes de salud, ya sean obras sociales o prepagas, les cubrían el tratamiento. Estas suposiciones no aplicarían a los niños que residían en zonas de mala situación social ya que en esos casos los modos de financiamiento variaron de forma homogénea. Se decidió no establecer relaciones estadísticas entre estas variables ya que se contaba con números muestrales pequeños. Se insita a otros investigadores a retomar el estudio de estas variables para profundizar en las posibles relaciones que pueden establecerse entre ellas mediante análisis estadísticos pertinentes.

Por otro lado, creemos que los resultados de esta investigación afirman lo dicho por Rogers (1982) quien postula que el principal determinante de la derivación a un servicio de terapia ocupacional es la enfermedad. A su vez, el mismo autor dirá que la profesión tiene una gran dependencia de la medicina. Este supuesto teórico es resaltado por los resultados de la presente investigación, dado que puede afirmarse que la mayoría (44,66%) de las derivaciones a terapia ocupacional de niños sin CUD han sido realizadas por profesionales médicos, principalmente pediatras. Sin embargo, cuando se analizaron los datos de los profesionales que atendían a los niños y estaban en comunicación con los TO, para el caso de los médicos la prevalencia fue del 1,94%. Es importante destacar que solo se ha mencionado en el instrumento dentro de las profesiones médicas que pueden estar en comunicación con el TO al área de psiquiatría, pero que a la hora de mencionar a otros profesionales, ningún encuestado ha hecho alusión a estar en comunicación con el pediatra del niño o alguna otra figura médica. Estos resultados llevan a reflexionar a las investigadoras sobre la conexión de la disciplina con la medicina, por un lado, se depende en gran parte de la misma para adquirir un flujo considerable de pacientes, pero por el otro no habría una comunicación fluida con la misma. Sin embargo, estos postulados no podrían afirmarse a la luz de esta investigación ya que la misma persigue otros objetivos, pero se sugiere a los colegas ahondar sobre estos temas, con el fin de ampliar los lazos con el resto de las profesiones y para mejorar la práctica en base a un trabajo más interdisciplinario. Por último, se considera relevante destacar que, aunque la mayor parte de las derivaciones haya sido por profesionales médicos, la mayoría de los consultorios hallados eran particulares (75,71%). En segunda medida dependían de otras instituciones, como centros educativos terapéuticos, quedando reducido el número de consultorios que dependían de hospitales (5,71%) o clínicas (0%); instituciones que se

piensan mayormente atravesadas por los conceptos de salud-enfermedad u orden-desorden propuestos por la hegemonía médica.

Es importante destacar que existió un porcentaje de niños (14,56%) que fue derivado por el gabinete escolar. Se resalta este dato debido a que las investigadoras no habrían contemplado la opción de escuela entre los medios de acceso primario al consultorio, teniendo que modificar la escala de valores al ver que tantos profesionales habrían resaltado esta opción. La no mención de la misma desde un principio, se asume como una limitación del estudio. Se presumía que cuando se detectaba una irregularidad en algún alumno, el mismo era en primera instancia derivado a otros profesionales, quienes en todo caso lo contactarían con un TO.

Como se ha dicho tantas veces en el marco teórico la escuela constituye un lugar fundamental en el desarrollo del niño. Siendo según Llorens (1991), el rol de estudiante donde radica la mayor ocupación de los niños, lo que condice con los resultados dado que el 100% de los niños de la muestra estaban escolarizados. Siguiendo los postulados de Llorens, se habrían contemplado a las instituciones educativas como lugares en donde podrían salir a la luz posibles desórdenes en el desempeño en relación a los contenidos curriculares que eran dictados en las escuelas, y sobre los cuales se han pensado los distintos motivos de consulta, al observar que el 14,56% de los niños fueron derivados por dicha institución, esto podría presumirse en parte cierto.

En concordancia con lo anterior puede decirse que en los niños que se encontraban cursando el ciclo inicial (4 a 5 años) los desórdenes sensoriales han sido más veces señalados mientras que para los niños que se encontraban cursando el primer ciclo (6 a 9 años) se encontraron muchas más consultas por alteraciones motoras y alteraciones en la atención. Esto podría tener relación con los contenidos que los niños adquieren en la escuela ya que en el jardín de infantes se destacan contenidos como la percepción sensible del entorno y el registro de sensaciones y percepciones en diferentes posturas (Secretaría de Educación del Gobierno de la Ciudad de Buenos Aires, 2004). Mientras que en el primer ciclo se hace más hincapié en la apropiación del sistema y las prácticas de lectura-escritura y la utilización de lapicera, regla, entre otros útiles (Secretaría de Educación del Gobierno de la Ciudad de Buenos Aires, 2004). Contenidos para los cuales se presume necesario un mayor nivel de atención y una destreza motora fina que permita el uso de los instrumentos necesarios. Siguiendo la misma línea, la observación de desorganización motora fina (61,17%) y la presencia de escritura defectuosa (50,49%) han sido de las más prevalentes en los niños sin CUD que asisten a consultorios externos de TO independientemente del motivo de consulta que haya llevado a los mismos al tratamiento. A la luz de estos resultados podría pensarse también que no se está tan lejos de los trabajos de la disciplina que se evidencian en el extranjero. Por ejemplo, en el año 2016 Angulo y Arenas han establecido en Chile un abordaje de terapia ocupacional en niños con problemas en la adquisición de la escritura. Esto también refuerza las ideas de Pava-Ripoll y Granada Echeverry (2016) quienes manifiestan que los terapeutas ocupacionales, más aún los pediátricos, no siempre deben devolver una capacidad



perdida sino ayudar a establecer o desarrollar la misma. Se insiste en la relevancia de estos resultados, ya que como plantea Rogers (1982) apoyándose únicamente en un diagnóstico médico los TO limitan el campo de su práctica. Esta información podría ser retomada en futuras investigaciones que busquen ampliar el campo de la disciplina en nuestro país; como ya ha propuesto Codaro, en el año 2010 a la escuela pública nacional como ámbito de acción para la TO en Argentina. Estos hallazgos son alentadores también a nivel social ya que dejan ver como las instituciones educativas se comprometen con la salud y el rendimiento de sus estudiantes. Registrándose los mayores índices de repitencia en el primer ciclo, según la Secretaria de Educación del Gobierno de la Ciudad de Buenos Aires (2004) y siendo este rango etario en los niños tan trascendental y permeable para su desarrollo (Korzeniowski C. G., Marina J.A., 2011; Simon C. J y Daub M. M, 1998; entre otros) estas aclaraciones no pueden ser pasadas por alto.

Para concluir, se retomará la caracterización de los motivos de consulta de niños de 4 a 9 años sin CUD que han asistido a consultorios externos de TO entre los meses de agosto y noviembre del año 2017.

Lo primero a resaltar es la acertada toma de decisión en la selección de los motivos por parte de las investigadoras, ya que casi para la totalidad de la muestra (92,3%) los motivos de consulta han variado entre los problemas de comportamiento, las alteraciones motoras, los desórdenes sensoriales, los problemas atencionales y sus posibles combinaciones.

Se ha registrado que el motivo de más prevalencia fue el de alteraciones motoras, ya que para el 48,54% del total se ha seleccionado este motivo entre los de consulta, siendo para un poco menos de la mitad de los mismos el único motivo seleccionado. Esto puede ser relacionado con lo comentado por varios de los terapeutas encuestados, quienes afirman que muchos niños de este rango etario acceden a terapia ocupacional para pulir los pre-requisitos de escritura e incrementar su destreza en la motricidad fina. Como ya se dijo, estos comentarios se ven reflejados también en las observaciones de los terapeutas sobre las manifestaciones de los niños que han seleccionado a las alteraciones motoras entre sus motivos de consulta. La presencia de escritura defectuosa fue seleccionada en el 70% de estos casos y la desorganización motora fina en el 82 % de los mismos.

No se quedan atrás manifestaciones como la torpeza motora con el 72% de prevalencia y las fallas en las coordinaciones generales seleccionada para la mitad de la muestra en cuestión. Lo que no solo se empareja con la caracterización que la teoría propone para estos motivos, sino con los contenidos brindados por las instituciones educativas en niños de estas edades.

Puede afirmarse que lo expuesto en el marco teórico sobre la caracterización de las alteraciones motoras condice con los resultados de esta investigación, debido a que en ningún niño de la muestra para el que se haya seleccionado este motivo no se ha observado ninguna de las manifestaciones expuestas. Aquí se cree relevante mencionar que si bien las alteraciones motoras han sido las de mayor prevalencia, la proporción de

terapistas que declararon encontrarse en comunicación con un kinesiólogo que atiende a los niños ha sido ínfima (2,91%) Se sugiere ahondar en el tema para descubrir los posibles motivos de esta falta de comunicación y poder así mejorar la práctica mediante un trabajo más interdisciplinario.

En lo que respecta a los desórdenes sensoriales, los mismos han sido seleccionados por el 44,66% de la muestra, siendo para un 10,68% el único motivo elegido. Solo para este motivo puede decirse que existieron casos en donde los terapeutas no marcaron ninguna de las manifestaciones explyadas en el marco teórico para el mismo. Se cree que esto puede deberse a la falta de formación de las investigadoras en la materia de integración sensorial, lo que probablemente haya influido al momento de delimitar las manifestaciones. Sin embargo, solo para el 23,91% no ha señalado observar ninguna manifestación. Como se explyó en resultados, las manifestaciones más señaladas han sido las reacciones desadaptativas frente a estímulos propioceptivos y vestibulares (60,87%) y frente a estímulos táctiles (50%). Los profesionales encuestados opinan que estas reacciones son las más fáciles de identificar, mientras que algunos tildan como difícil poder percibir desadaptación frente a estímulos olfativos o visuales aislados. Es importante destacar que las reacciones desadaptativas frente a estímulos propioceptivos y vestibulares no solamente fueron señaladas en gran proporción por los niños que asistían a tratamiento por desórdenes sensoriales, sino que para un 57,28% del total de la muestra los TO han declarado observar esta manifestación. Estos datos podrían pensarse en conjunto con los arrojados por Tuñon (2014) sobre la poca implicancia de actividades físicas y de recreación en los niños argentinos y su impacto en el desarrollo. El mismo señala que el 58% no tiene por costumbre realizar actividades deportivas o físicas mientras que el 62% suele transcurrir frente a una pantalla más de dos horas diarias promedio. En concordancia con estos postulados, podemos afirmar que sobre un poco más del total de la muestra (51,46%) también se ha observado la presencia de torpeza motora.

Las alteraciones de la atención no han tenido demasiada prevalencia como motivo único de consulta (4,85%) aunque si han sido seleccionadas en el 38,89% de la muestra. Las mismas han sido las menos señaladas entre los niños de 4 y 5 años. Como se dijo anteriormente se presume que esto podría tener relación con las ocupaciones y exigencias diarias de estos niños, como por ejemplos las demandadas en el ámbito educativo, que como se conoce son inferiores en el nivel inicial, aumentando paulatinamente en primer ciclo. En la totalidad de los casos los terapeutas han mencionado al menos una manifestación que se corresponde con las de la teoría, por lo que la presente investigación ayudaría a reafirmar la presencia de las mismas.

Por último, de los problemas de comportamiento puede decirse que han sido seleccionados por un 34,95% de la muestra, siendo para un 6,8% el único elegido. Resulta llamativo que solo en este caso los valores de prevalencia entre los niños de primer ciclo y nivel inicial que los han seleccionado sean tan cercanos. Si se siguen pensando a los motivos en función de los contenidos académicos, cabe señalar que las relaciones humanas y los acatamientos a las normas se trabajan en ambas instancias. La Secretaria de Educación del Gobierno de la Ciudad de Buenos Aires (2004) señalara por

ejemplo el trabajo del reconocimiento de situaciones en las que son necesarias las normas, la vinculación entre las mismas y su cumplimiento. A sí mismo, Llorens (1991) dirá que mientras en los primeros años se desarrolla la habilidad para seguir consignas y respetar turnos en los años posteriores (6 a 9) se aprenderán los roles y las normas que marcan la relación con los adultos. Por último, cabe destacar que en el 16,7% de los casos que se ha señalado a los problemas de comportamiento como motivo de consulta, los terapeutas no han señalado ninguna de las manifestaciones dictadas en el marco teórico. Se cree que esta discrepancia podría presentarse ya que las manifestaciones dictadas han sido solamente dos. Lo que pudo haber acotado las oportunidades de caracterizar de manera más completa a los problemas de comportamiento como motivo de consulta.

Como conclusión final, puede decirse que si bien la prevalencia de niños sin CUD que asisten a consultorios externos de TO en CABA es significativamente menor a la de niños con CUD, la disciplina está creciendo y abriéndose camino en esta población. Los resultados de la investigación no solo dan cuenta de las relaciones que se están estableciendo con instituciones educativas, sino que existe un porcentaje de niños que han accedido al tratamiento sin derivaciones, es decir en forma particular (10,68%). Si bien la proporción no es grande, da cuenta de un colectivo de padres / madres o tutores que conocían de algún modo las intervenciones de terapia ocupacional y los beneficios que la disciplina podría dar a sus niños.

Sin embargo, se considera lamentable el hecho de que la mayoría de los niños que asistían pertenecían en su mayoría a zonas de media y mejor situación social, lo que dejaría excluidos a muchos infantes, que quizá, por la falta de recursos, no podrían verse beneficiados con los servicios de TO.

Se recomienda volver sobre estos temas en futuras investigaciones para seguir ayudando a la disciplina a abrir camino en el país. Generando más puestos de trabajo para los colegas y expandiendo los beneficios que la terapia ocupacional puede brindarle a todos los niños que tengan o estén en riesgo de tener una disfunción ocupacional, la misma devenga de una enfermedad discapacitante o no. Por último, se alienta en la profundización de la caracterización de los motivos de consulta señalados. Para poder pensar en forma conjunta diferentes tipos de intervenciones o modelos que se adapten a las características de los niños de este país; y hacer un relevamiento de los factores que podrían estar perjudicando el desarrollo de los mismos.

### **Bibliografía citada y consultada**

Algado S. S, Urbanowsky R. (2006). El modelo Canadiense del Desempeño Ocupacional I. *Revista Gallega de Terapia Ocupacional TOG (A Coruña)*. Num3: 1 - 27p. Consultada en abril del 2017; Disponible en: <http://www.revistatog.com/num3/pdfs/ExpertoI.pdf>

Alvarez, K.; Tobón, O. (2008) Examen clínico en rehabilitación. En Durán, F.; Agudelo, L. *Rehabilitación en salud* 2da edición. Editorial Universidad de Antioquia: Colombia.

American Occupational Therapy Association (2008). Dominio de terapia ocupacional. En *Marco de trabajo para la práctica de la Terapia Ocupacional: Dominio y proceso*. 2ª edición. American Journal of Occupational Therapy, Vol. 62 N° 625-683 USA, 2002. Traducción al español Abril 2010.

Angulo, V., Arenas D., (2016) Dificultades de escritura en el contexto escolar chileno: abordaje de terapia ocupacional y la utilización de estrategias de integración sensorial. *Revista chilena de Terapia Ocupacional*. Volumen 16 (1): pp 57 -68. Obtenido en internet el día 24/03/2017 en <http://www.revistaterapiaocupacional.uchile.cl/index.php/RTO/article/viewFile/41944/43896>

Argentina, Buenos Aires (1999). Ley N° 153. Ley básica de salud de la ciudad de Buenos Aires. Consultada en el mes de abril del 2017. Disponible en: <http://www.buenosaires.gov.ar/areas/salud/dircap/mat/normativas/leybasica.pdf>

Ayres, J. (1979) *La integración sensorial y el niño*. Edit. Torrance, California. Pag.126 - 160

Beecher N. E. (Diciembre de 1999 – Febrero 2000). “Promoción de procesos saludables en el ámbito educativo”. *Revista Materia Prima “Primera Revista Independiente de Terapia Ocupacional en Argentina”*. Año 4 número 14. P 30-34.

Calmels, D. (2003). *Qué es la psicomotricidad: los trastornos psicomotores y la práctica psicomotriz: nociones generales*. Buenos Aires: Grupo Editorial Lumen. Pag. 27 -80

Chung-Ying, L., Chia-Ting, S., Hui-Ing, M. (2012). Pshysical Activity Patterns and Quality of Life of Overweight Boys: A preliminary Study. *Hong Kong of Occupational Therapy, volumen (22): 31-37p*.

Codaro, Luciana (2010) “Trabajo en Salud Comunitaria: La escuela pública Argentina como un nuevo campo de acción profesional”. Presentado en el *XV Congreso de Terapia Ocupacional*. Santiago, Chile.

Departamento de Sistemas de Información del Servicio Nacional de Rehabilitación (2015). *Anuario final*. Consultado en el mes de abril del año 2017. Disponible en:

<https://www.snr.gov.ar/wp-content/uploads/2016/09/Anuario-final-2015.pdf>

Dirección General de Informática Clínica, Estadística y Epidemiológica (2015). Análisis de Situación de Salud de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires. Disponible en: [http://www.srmcursos.com/archivos/arch\\_584717bb007cd.pdf](http://www.srmcursos.com/archivos/arch_584717bb007cd.pdf)

Domingo Sanz M. Trastorno de déficit de atención e hiperactividad en terapia ocupacional. TOG (A Coruña) [revista en Internet]. 2008. Fecha de la consulta 24 de abril del 2017; 5(8): [17 p.]. Disponible en: <http://www.revistatog.com/num8/pdfs/caso1.pdf>

Fiorentino (2015) Trauma en pediatría. Estudio epidemiológico en pacientes internados en el Hospital de Niños “Ricardo Gutierrez”. *Revista Arch Argent Pediatr*. Volumen 113 (1): 12-20. Obtenido el día 22/05/2017 de [http://www.scielo.org.ar/scielo.php?pid=S032500752015000100004&script=sci\\_arttext&tlng=pt](http://www.scielo.org.ar/scielo.php?pid=S032500752015000100004&script=sci_arttext&tlng=pt)

Fontes, CMB., Mondini, C., Moraes, Mc., Bachega M., Maximino, N. (2010, Febrero) UTILIZAÇÃO DO BRINQUEDO TERAPÊUTICO NA ASSISTÊNCIA À CRIANÇA HOSPITALIZADA. *Re v. Bras. Ed. Esp., Marília, volumen (16): n.1, 95-106*

García Romera, A. (coord.), Arnal Gimeno, A. B., Bazanbide Bidaburu, M. R., Bellido Gómez, C., Civera Marín, M. B., González Ramírez, M. P., Peña Capapey, R. A., Pérez Aldaz, M., y Vergara Arroniz, M. A. (2011). Trastornos de la conducta. Una guía de intervención en la escuela [Versión electrónica]. Zaragoza. Fecha de consulta 30 de abril. Disponible en: <http://www.psie.cop.es/uploads/aragon/Arag%C3%B3n-trastornos-de-conducta-unaguia-de-intervencion-en-la-escuela.pdf>

Golos, A., Sarid, M., Weill, M.I, Weintraub N. (2011 July/August) Efficacy of an Early Intervention Program for At-Risk Preschool Boys: A Two-Group Control Study. *American Journal of Occupational Therapy, volume (65): pp. 400-408*. Obtenido el 23/03/2017 desde July/August 2011, Volume 65, Disponible en: <http://ajot.aota.org/>

Gómez García, Cristina (S.F.) Terapia Ocupacional en Pediatría. España: Ed. Bubok Publishing S.L.

Gorga, Marcelo (2012). Modelo de consentimiento informado. Resolución 1480 del Ministerio de Salud Pública de la Nación sobre investigación con seres humanos en relación al consentimiento informado.

INDEC. Censo Nacional de Población, Hogares y Viviendas 2010. Población con dificultad o limitación permanente. Consultado en el mes de abril del año 2017. Disponible en: [http://www.indec.gov.ar/ftp/cuadros/sociedad/PDLP\\_10\\_14.pdf](http://www.indec.gov.ar/ftp/cuadros/sociedad/PDLP_10_14.pdf)

J.A. Marina. Memoria y aprendizaje. *Pediatría integral*. 2011. Vol XV, nº10. Consultada en abril 2017. Disponible en <http://www.pediatriaintegral.es/wp-content/uploads/2012/04/Pediatria-Integral-XV-10.pdf#page=75>

Kielhofner, G. (2004). El desarrollo del conocimiento de la Terapia Ocupacional. En Kielhofner. *Fundamentos conceptuales de la Terapia Ocupacional*. Philadelphia, Pennsylvania, USA: Ed. M. Panamericana. Pág. 27-71

Korzeniowski, C. G. (2011). Desarrollo evolutivo del funcionamiento ejecutivo y su relación con el aprendizaje escolar [en línea], *Revista de Psicología*, 7(13). Fecha de consulta: abril 2017 Disponible en: <http://bibliotecadigital.uca.edu.ar/repositorio/revistas/desarrollo-evolutivo-funcionamiento-ejecutivo.pdf>

Larguía, A.(2000) Consenso argentino sobre parálisis cerebral. Rol del cuidado perinatal. *Revista del Hospital Materno Infantil Ramón Sardá*, 19: 120-124. Obtenido el día 24/5/2017 Disponible en:<<http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=91219305>>

Ley 24901. Sistema de prestaciones básicas en habilitación y rehabilitación integral a favor de las personas con discapacidad. Consultado en el mes de abril del año 2017, desde dirección: <http://servicios.infoleg.gob.ar/infolegInternet/anexos/45000-49999/47677/norma.htm>

Ley 26206. Ley de educación nacional. Consultado en el mes de abril del año 2017, desde dirección: <http://servicios.infoleg.gob.ar/infolegInternet/anexos/120000-124999/123542/norma.htm>

Ley 27045. Educación Inicial. Modificación de la ley 26.206. Consultado en el mes de abril del año 2017, desde dirección: [http://www.jurecsanmiguel.com.ar/normas/ley\\_nac/LEY%2027045%20-%20OBLIGATORIEDAD%20EDUCACION%20INICIAL%20DESDE%20SALA%20DE%204%20%20ANIOS.pdf](http://www.jurecsanmiguel.com.ar/normas/ley_nac/LEY%2027045%20-%20OBLIGATORIEDAD%20EDUCACION%20INICIAL%20DESDE%20SALA%20DE%204%20%20ANIOS.pdf)

Ling-Yi L., Rong-Ju, C., Yung-Jung C. (2017). Relationship between time use in physical activity and gross motor performance of preschool children. *Australian Occupational Therapy Journal volumen (64): pp. 49-57.*

Llorens (1991). Tareas de desempeño y roles en el ciclo vital. En Christiansen, Ch., Baum, C. Superación de los déficits en el desempeño ocupacional. Thorofare, Slack USA. Traducido por Claudia Batistoni. P 11-12.

López, Begoña Polonio, Cruz, Castellano Ortega, & Moldes, Inés Viana. (2008). *Terapia ocupacional en la infancia: teoría y práctica*. Madrid: Panamericana. P. 91-92.

Macchi, R. (2001) Resumen de datos nominales. En Macchi, R. *Introducción a la Estadística en Ciencias de la Salud*. Editorial Médica Panamericana: Buenos Aires.

Ministerio de Desarrollo Urbano de la Ciudad de Buenos Aires (2010). La dimensión social en el modelo territorial. Consultado en el mes de abril del año 2017. Disponible en: <http://www.buenosaires.gob.ar/>

Ministerio de Salud (2011). Guía para investigaciones en salud humana. Resolución

1480/11. P. 14 a 17.

Mulligan, Shelley. (2006). *Terapia ocupacional en pediatría: proceso de evaluación*. Madrid: Médica Panamericana. P. 1-21; 87-140.

Nabergoi, M., Mattei, M., García Sartirana, A., Briglia, J., y Zorzoli, F., J., M., (2013) Cooperación internacional y asistencia técnica en rehabilitación. Marcas y singularidades en los comienzos de la formación de terapeutas ocupacionales en argentina. *V Congreso Internacional de Investigación y Práctica Profesional en Psicología XX Jornadas de Investigación Noveno Encuentro de Investigadores en Psicología del MERCOSUR*. Facultad de Psicología - Universidad de Buenos Aires, Buenos Aires.

Necchi, S. (2002). El proceso de salud-enfermedad-atención. En Necchi, S. *Salud Pública*. Buenos Aires: Universidad Nacional de Quilmes.

Noya A. B. (2001) “Ámbitos de actuación de la terapia ocupacional. Rol y funciones del terapeuta ocupacional” en Polonio López, Begoña - Durante Molina, Pilar – Noya Arnaiz, Blanca, *Conceptos fundamentales de terapia ocupacional*, 1º edición, Editorial Médica Panamericana.

Observatorio de la Deuda Social Argentina, Universidad Católica Argentina (2011). *La Situación Social en la Región Metropolitana de Buenos Aires*.

Ortiz Alonso T. (2010) *NEUROCIENCIA Y EDUCACIÓN Aportaciones de la neurociencia a la mejora de la educación*. XIV Congreso de Cooperativas de Enseñanza – UECOE Murcia. Octubre de 2010.

Padua, J. (1994) *Técnica de investigación aplicadas a las ciencias sociales*. FCE. Chile

Parra-Esquivel E.I. (2010). La ocupación significativa como mediación para la educación del pensamiento y el desarrollo de la emocionalidad. *Rev. Fac. Med. Volumen (58)*, 75-83 p.

Pava-Ripoll, N., Granada-Echeverry, P., (2016). El surgimiento de las profesiones médicas [re]habilitadoras y la infancia: historia entretejida de tensiones teóricas. *Ciência & Saúde Coletiva*, 21(3):833-842 p.

Payares Álvarez K. y Sampedro Tobón, O. (2008). Examen clínico en rehabilitación. En Salinas Durán, F. y Lugo Agudelo L. *Rehabilitación en salud*. Colombia: Editorial Universidad de Antioquia, pág 40.

Pizzi, M. A. (2016). Guest Editorial—Promoting health, well-being, and quality of life for children who are overweight or obese and their families. *American Journal of Occupational Therapy*, volumen (70): pp. 7005170010. Obtenido el día 23/03/2017 en <http://dx.doi.org/10.5014/ajot.2016.705001>

Rogers, Joan C, (1982). *Orden y desorden en Medicina y Terapia Ocupacional*.

*American Journal of Occupational Therapy*, volumen (36): 29-35.

Rubio, J; Varas, J. (1999) El análisis de la realidad, en la intervención social. Métodos y técnicas de investigación. Editorial: CCS, Madrid.

Sabino, Carlos (1992) Como hacer una tesis. Guía para la elaboración y redacción de trabajos científicos. Editorial Humanitas.

Samaja, Juan Alfonso (1993) El análisis del proceso de investigación. En Samaja, J. A. (1993) *Epistemología y Metodología. Elementos para una teoría de la investigación científica*. Colección Temas. EUDEBA.

Sampieri R. H., Collado C. F, Lucio P. B (2006) Metodología de la Investigación. Editorial: McGraw-Hill Interamericana.

Secretaria de Educación del Gobierno de la Ciudad de Buenos Aires (2004) Diseño curricular para la escuela primaria: primer ciclo de la escuela primaria – educación general básica. Dirección general de planeamiento. Dirección de Currícula. 1ed. Buenos Aires.

Secretaria de Educación del Gobierno de la Ciudad de Buenos Aires (2000) Diseño curricular para la educación inicial: niños de 4 y 5 años. Dirección general de planeamiento. Dirección de Currícula. 1ed. Buenos Aires.

Servicio Nacional de Rehabilitación (2015) Normativa para la certificación de personas con discapacidad con deficiencia física de origen motor (neurológico, traumatológico y reumatológico).

Servicio Nacional de Rehabilitación (2015) Normativa para la certificación de personas con discapacidad con deficiencia intelectual y mental.

Simon C. J., Daub M. M. (1998) Desarrollo humano en el transcurso del ciclo vital. En Hopkins H., Smith H. *Willard Spackman: Terapia ocupacional*. España. Ed. Médica Panamericana. Octava edición.

Thibeault R., Hébert M. (1997). A congruent model for health promotion in occupational therapy. *Occupational Therapy International* volumen (4): pp. 271-293.

Torres J. M., Ganem A. E., Contreras M. M., Leal E. K., Soto M., Fernández J. Prevalencia y factores de riesgo para ser víctima de bullying en escolares de 8 a 12 años de edad en una escuela pública. *Revista chilena de Terapia Ocupacional*. Volumen 14 (1): pp 81 -87. Obtenido en internet en marzo 2017 en: <http://www.revistaterapiaocupacional.uchile.cl/index.php/RTO/article/viewFile/41944/43896>

Tuñón, Ianina (2014). Resumen de resultados. En Tuñón, I. *Evolución del desarrollo humano y social de la infancia desde un enfoque de derechos: avances y metas*



*pendientes en los primeros cuatro años del Bicentenario 2010-20112012-2013.* Ciudad Autónoma de Buenos Aires: Educa. Pág. 127-133.

Wong, A., Li-Tsang, C., Siu, A. (2014). Effect of a Social Emotional Learning Programme for Primary School Students. *Hong Kong Journal of Occupational Therapy*, volume (24): 56-63.

**Páginas web consultadas:**

Asociación Argentina de Terapia Ocupacional. Consultado en el mes de abril en el año 2017, desde dirección: <http://www.terapia-ocupacional.org.ar/>

Certificado Único de Discapacidad. Consultado en el mes de abril del año 2017, desde dirección: <https://www.snr.gob.ar/certificado-unico-de-discapacidad/>

Organización Mundial de la Salud. Consultado en el mes de abril del año 2017, desde dirección: <http://www.who.int/es/>

Programa Médico Obligatorio. Consultado en el mes de abril del año 2017, desde dirección: [http://www.sssalud.gov.ar/pmo/res\\_201.php](http://www.sssalud.gov.ar/pmo/res_201.php)

World Federation of Occupational Therapists. Consultado en el mes de abril del año 2017, desde dirección: <http://www.wfot.org/>

# **Anexos**

---

Hoja 1 – Planilla T.O. – Referencia de códigos para cada variable:

<b><u>Codificación de las variables</u></b>	
<b>VARIABLE 1</b> "Comuna a la que pertenecía el consultorio en el que atendía cada uno de los terapeutas"	<b>COMUNA</b>
<b>VARIABLE 2</b> "Estratificación social a la que pertenecía la comuna en la cual se ubicaba el consultorio en el que atendía cada uno de los terapeutas según la Dirección General de Informática Clínica, Estadística y Epidemiológica (2015)"	<b>SITUACION SOCIAL</b>
<b>VARIABLE 3</b> "Dependencia del consultorio en el que atendía cada uno de los terapeutas"	<b>DEPENDENCIA</b>
<b>VARIABLE 4</b> "Cantidad de usuarios"	<b>CANT. DE USUARIOS</b>
<b>VARIABLE 5</b> "Cantidad de usuarios que no poseían ni cumplían con los requisitos para acreditar un certificado de discapacidad"	<b>CANT. DE USUARIOS SIN CUD</b>

Hoja 2 – Planilla niños sin CUD – Referencia de códigos para cada variable:

<b><u>Codificación de las variables</u></b>	
<b>VARIABLE 1</b> "Edad"	<b>EDAD</b>
<b>VARIABLE 2</b> "Residencia en CABA"	<b>CABA</b>
<b>VARIABLE 3</b> "Comuna en la que vivía el niño"	<b>COMUNA</b>
<b>VARIABLE 4</b> "Estratificación social a la que pertenecía la comuna en la cual vivía el niño según la Dirección General de Informática Clínica, Estadística y Epidemiológica (2015) "	<b>SITUACION SOCIAL</b>
<b>VARIABLE 5</b> "Escolaridad"	<b>ESCOLARIDAD</b>
<b>VARIABLE 6</b> "Medio de acceso primario al consultorio"	<b>ACCESO PRIMARIO/DERIVACION</b>
<b>VARIABLE 7</b> "Atención del niño por un Psicólogo que estuviese en comunicación con el TO"	<b>PSI</b>
<b>VARIABLE 8</b> "Atención del niño por un Psicopedagogo que estuviese en comunicación con el TO"	<b>PSICOPE</b>
<b>VARIABLE 9</b> "Atención del niño por un Fonoaudiólogo que estuviese en comunicación con el TO"	<b>FONO</b>
<b>VARIABLE 10</b> "Atención del niño por un Kinesiólogo que estuviese en comunicación con el TO"	<b>KINE</b>
<b>VARIABLE 11</b> "Atención del niño por un Médico Psiquiatra que estuviese en comunicación con el TO"	<b>PSIQUI</b>
<b>VARIABLE 12</b> "Atención del niño por otro profesional que estuviese en comunicación con el TO"	<b>OTRO PROF.</b>

<b>VARIABLE 13</b> "Atención del niño por ningún profesional que estuviese en comunicación con el TO"	<b>NINGUNO</b>
<b>VARIABLE 14</b> "Motivo de consulta"	<b>MOTIVO</b>
<b>VARIABLE 15</b> "Financiación del tratamiento"	<b>FINANCIACION</b>
<b>VARIABLE 16</b> "Tipo de cobertura de salud del niño"	<b>COBERTURA</b>
<b>VARIABLE 17</b> "Presencia de conducta disruptiva observada por el TO"	<b>CONDUCTA DISRUPTIVA</b>
<b>VARIABLE 18</b> "Presencia de incapacidad para manejar el estrés observada por el TO"	<b>INC. PARA MANEJAR EL ESTRÉS</b>
<b>VARIABLE 19</b> "Presencia de escritura defectuosa observada por el TO"	<b>ESCRITURA DEFECTUOSA</b>
<b>VARIABLE 20</b> "Presencia de desorganización motora fina observada por el TO"	<b>DES. MOTORA FINA</b>
<b>VARIABLE 21</b> "Presencia de dispraxia observada por el TO"	<b>DISPRAXIA</b>
<b>VARIABLE 22</b> "Presencia de torpeza motora observada por el TO"	<b>TORPEZA MOTORA</b>
<b>VARIABLE 23</b> "Presencia de abundantes movimientos inútiles, asociados a otros movimientos, observados por el TO"	<b>ABUNDANTES MOVIMIENTOS INÚTILES</b>
<b>VARIABLE 24</b> "Presencia de aumento de la tensión muscular durante la acción observada por el TO"	<b>AUMENTO DE LA TENSIÓN MUSCULAR</b>
<b>VARIABLE 25</b> "Presencia de fallas en la resolución de coordinaciones generales observadas por el TO"	<b>FALLAS EN LA RESOLUCIÓN DE COORDINACIONES GENERALES</b>
<b>VARIABLE 26</b> "Presencia de fallas en la regulación del equilibrio observada por el TO"	<b>FALLAS EN LA REGULACIÓN DEL EQUILIBRIO</b>
<b>VARIABLE 27</b> "Presencia de movimientos exagerados y mal graduados observados por el TO"	<b>MOV. EXAGERADOS Y MAL GRADUADOS</b>
<b>VARIABLE 28</b> "Presencia de inatención observada por el TO"	<b>INATENCIÓN</b>
<b>VARIABLE 29</b> "Presencia de hiperactividad observada por el TO"	<b>HIPERACTIVIDAD</b>
<b>VARIABLE 30</b> "Presencia de impulsividad observada por el TO"	<b>IMPULSIVIDAD</b>
<b>VARIABLE 31</b> "Presencia de conductas agresivas observadas por el TO"	<b>CONDUCTAS AGRESIVAS</b>
<b>VARIABLE 32</b> "Presencia de dificultad para procesar varios estímulos simultáneamente observada por el TO"	<b>DIF. PARA PROCESAR VARIOS ESTÍMULOS SIMULTÁNEAMENTE</b>
<b>VARIABLE 33</b> "Presencia de dificultad para distinguir los estímulos relevantes de los irrelevantes observada por el TO"	<b>DIF. PARA DISTINGUIR LOS ESTÍMULOS RELEVANTES</b>
<b>VARIABLE 34</b> "Presencia de dificultad para mantener la atención de forma continuada observada por el TO"	<b>DIF. PARA MANTENER LA ATENCIÓN</b>

<b>VARIABLE 35</b> "Presencia de dificultad en aprender y recordar lo aprendido, es decir, dificultades en el aprendizaje. Observada por el TO"	<b>DIF. EN APRENDER</b>
<b>VARIABLE 36</b> "Presencia de estilo de procesamiento cognitivo impulsivo, rápido, e inexacto, predominio de actitudes poco analíticas, estrategias de ensayo y error poco elaboradas y rigidez cognitiva. Observada por el TO"	<b>ESTILO DE PROCESAMIENTO COGNITIVO IMPULSIVO, RÁPIDO, E INEXACTO</b>
<b>VARIABLE 37</b> "Presencia de dificultades en la comprensión lectora, cálculo, resolución de problemas matemáticos, escritura y nociones perceptivo-espaciales observadas por el TO"	<b>DIF. EN LA COMPRENSIÓN LECTORA, CÁLCULO, RES. DE PROB. MATEMÁTICOS, ESCRITURA Y NOCIONES PERCEPTIVO-ESPACIALES</b>
<b>VARIABLE 38</b> "Presencia de dificultad para seguir instrucciones y mantener la motivación observada por el TO"	<b>DIF. PARA SEGUIR INSTRUCCIONES</b>
<b>VARIABLE 39</b> "Presencia de baja tolerancia a la frustración observada por el TO"	<b>BAJA TOLERANCIA A LA FRUSTRACIÓN</b>
<b>VARIABLE 40</b> "Presencia de baja autoestima por las escasas experiencias de éxito y aparición de sentimientos depresivos observada por el TO"	<b>BAJA AUTOESTIMA</b>
<b>VARIABLE 41</b> "Presencia de desfase entre capacidad intelectual y emocional, inmadurez, comportamiento infantil e inestable, cambios bruscos de humor; observada por el TO"	<b>DEFASE ENTRE CAPACIDAD INTELECTUAL Y EMOCIONAL</b>
<b>VARIABLE 42</b> "Presencia de necesidad de llamar la atención observada por el TO, comportamiento desobediente, dependencia de la aprobación de los adultos"	<b>NECESIDAD DE LLAMAR LA ATENCIÓN</b>
<b>VARIABLE 43</b> "Presencia de dificultades en las relaciones sociales observadas por el TO, tendencia a culpar a los demás de sus errores y dificultad de empatía"	<b>DIF. EN LAS RELACIONES SOCIALES</b>
<b>VARIABLE 44</b> "Presencia de reacciones desadaptativas frente a estímulos visuales observadas por el TO"	<b>R. D. FRENTE A ESTÍMULOS VISUALES</b>
<b>VARIABLE 45</b> "Presencia de reacciones desadaptativas frente a estímulos táctiles observadas por el TO"	<b>R. D. FRENTE A ESTÍMULOS TÁCTILES</b>
<b>VARIABLE 46</b> "Presencia de reacciones desadaptativas frente a estímulos olfativos observadas por el TO"	<b>R. D. FRENTE A ESTÍMULOS OLFATIVOS</b>
<b>VARIABLE 47</b> "Presencia de reacciones desadaptativas frente a estímulos auditivos observadas por el TO"	<b>R. D. FRENTE A ESTÍMULOS AUDITIVOS</b>
<b>VARIABLE 48</b> "Presencia de reacciones desadaptativas observadas por el TO frente a estímulos gustativos"	<b>R. D. FRENTE A ESTÍMULOS GUSTATIVOS</b>

<b>VARIABLE 49</b> "Presencia de reacciones desadaptativas frente a estímulos propioceptivos y vestibulares observado por el TO"	<b>R. D. FRENTE A ESTÍMULOS PROPIOCEPTIVOS Y VESTIBULARES</b>
--	---

En la Hoja 1, para las variables mencionadas se utilizaron las siguientes codificaciones para sus escalas de valores:

<b>Codificación de valores que toma cada variable</b>	
<b>COMUNA</b>	COMUNA 1 = 1
	COMUNA 2 = 2
	COMUNA 3 = 3
	COMUNA 4 = 4
	COMUNA 5 = 5
	COMUNA 6 = 6
	COMUNA 7 = 7
	COMUNA 8 = 8
	COMUNA 9 = 9
	COMUNA 10 = 10
	COMUNA 11 = 11
	COMUNA 12 = 12
	COMUNA 13 = 13
	COMUNA 14 = 14
	COMUNA 15 = 15
<b>SITUACION SOCIAL</b>	MEJOR SITUACION SOCIAL = MEJOR
	SITUACION SOCIAL MEDIA = MEDIA
	SITUACION SOCIAL MALA = MALA
	PEOR SITUACION SOCIAL = PEOR
<b>DEPENDENCIA</b>	HOSPITAL = H
	CLINICA = C
	PARTICULAR = P
	OTROS = O
<b>VARIABLES 4 Y 5</b>	<b>NO SE CODIFICARON POR SER NUMERICOS</b>

En la Hoja 2, para las variables mencionadas se utilizaron las siguientes codificaciones para sus escalas de valores:

<b>Codificación de valores que toma cada variable</b>	
<b>EDAD</b>	<b>LOS VALORES NO SE CODIFICARON POR SER NUMERICOS</b>

<b>COMUNA</b>	COMUNA 1 = 1
	COMUNA 2 = 2
	COMUNA 3 = 3
	COMUNA 4 = 4
	COMUNA 5 = 5
	COMUNA 6 = 6
	COMUNA 7 = 7
	COMUNA 8 = 8
	COMUNA 9 = 9
	COMUNA 10 = 10
	COMUNA 11 = 11
	COMUNA 12 = 12
	COMUNA 13 = 13
	COMUNA 14 = 14
	COMUNA 15 = 15
<b>SITUACION SOCIAL</b>	MEJOR SITUACION SOCIAL = MEJOR
	SITUACION SOCIAL MEDIA = MEDIA
	SITUACION SOCIAL MALA = MALA
	PEOR SITUACION SOCIAL = PEOR
	NO SE IDENTIFICA SITUACION = NO
<b>ACCESO PRIMARIO / DERIVACION</b>	Derivación por Médico Pediatra = MP
	Derivación por Médico Neurólogo = MN
	Derivación por Médico Fisiatra = MF
	Derivación por Médico Psiquiatra = PQ
	Derivación por Psicólogo = PS
	Derivación por Psicopedagogo = PG
	Derivación por Fonoaudiólogo = FO
	Derivación por Gabinete Escolar = E
	Derivación por otros = O
	Particular = P
<b>MOTIVO</b>	Problemas de comportamiento o conducta = 1
	Alteraciones motoras = 2
	Desordenes sensoriales = 3
	Alteraciones de la atención = 4
	Problemas de comportamiento o conducta y alteraciones motoras = 5
	Problemas de comportamiento o conducta y alteraciones motoras y desordenes sensoriales = 6
	Problemas de comportamiento o conducta y alteraciones

	motoras y alteraciones de la atención = 7
	Problemas de comportamiento o conducta y alteraciones motoras y desordenes sensoriales y alteraciones de la atención = 8
	Problemas de comportamiento o conducta y desordenes sensoriales = 9
	Problemas de comportamiento o conducta y desordenes sensoriales y alteraciones de la atención = 10
	Problemas de comportamiento o conducta y alteraciones de la atención = 11
	Alteraciones motoras y desordenes sensoriales y alteraciones de la atención = 12
	Alteraciones motoras y desordenes sensoriales = 13
	Alteraciones motoras y alteraciones de la atención = 14
	Desordenes sensoriales y alteraciones de la atención = 15
	Otros = 16
<b>FINANCIACION</b>	Particular = P
	Obra Social = OS
	Prepaga = PRE
	Subsidiado por el estado = SUB
<b>COBERTURA</b>	Obra Social = OS
	Prepaga = PRE
	Nula = N
	Obra Social = OS
<b>VARIABLE 2, 5, 7, 8, 9, 10, 11, 12, 13 Y DE LA 17 A LA 49</b>	ESTAS VARIABLES UTILIZABAN EL VALOR SI / NO



**Buenos Aires, 6 de junio del 2017**

### **Nota informativa**

#### **Estimados Terapeutas Ocupacionales:**

Siendo consecuentes con la Resolución 1480/2011 del Ministerio de Salud Pública de la Nación sobre investigación con seres humanos en relación al consentimiento informado, nos disponemos a brindarle información clara y precisa sobre la investigación que deseamos realizar, su propósito, procedimientos y beneficios. Sus derechos al participar y su posibilidad de rehusarse o abandonar el estudio en cualquier momento.

El tema que persigue el trabajo final de grado es la *caracterización de la demanda de Terapia Ocupacional de niños de 4 a 9 años de edad sin certificado de discapacidad que asisten a consultorios externos en CABA en el año 2017*. El mismo es realizado por estudiantes de Terapia Ocupacional de la Universidad Nacional de San Martín, como requisito para obtener el título de Licenciadas.

La relevancia de este trabajo de investigación consiste en añadir a través del conocimiento de la prevalencia de niños con y sin certificado que asisten al consultorio, información acerca del estado actual de la disciplina en contraste con sus principios fundamentales y la posible influencia médica en las prácticas que se están llevando a cabo en Argentina.

Además, la identificación de los posibles motivos de consulta que llevan a niños de 4 a 9 años sin certificado de discapacidad a asistir a un consultorio externo de terapia ocupacional, podría ser de utilidad para futuros tesis o colegas que se desempeñen en el campo de la investigación, para buscar posibles causas, abordajes, estrategias, entre otros. Por otra parte, podría dar pie a investigar otras posibles causas de desorden en los niños y las razones por las que estos no acceden al servicio de TO.

Su papel en este trabajo de investigación es fundamental ya que será quien responda una encuesta a través de la cual se recogerá la información necesaria para justificar o revocar las hipótesis. Dicha encuesta será realizada a cada terapeuta ocupacional que se desempeñe en un consultorio externo en CABA en el año 2017. Usted puede rehusarse a participar de la investigación, sin necesidad de justificarse y sin exponerse a ninguna represalia. El formulario que contestará se divide en dos secciones con un total de once preguntas cerradas. Le llevará aproximadamente 10 minutos contestarlo, aunque este tiempo puede variar dependiendo de la cantidad de niños que atiende sin certificado de discapacidad. Toda la información que brinde será confidencial de acuerdo a lo que establece la Ley N° 25.326 de Protección de datos personales (Ley de Habeas Data). Es decir, el proceso será estrictamente confidencial, su nombre y el de los niños, no será pedido ni utilizado en ningún informe cuando los resultados de la investigación sean publicados.

La participación será voluntaria en todo el curso de la investigación, lo que significa que usted puede, además de rehusarse a participar, requerir que se retiren los datos que ha aportado en cualquier momento. El trabajo de investigación no conlleva ningún riesgo, ni recibe ningún beneficio. Las investigadoras no recibirán ninguna compensación para participar. Los resultados estarán disponibles en la biblioteca del Instituto de Ciencias de Rehabilitación y Movimiento de la Universidad Nacional de San Martín ubicado en la calle Ramsay 2250 (CABA) y posiblemente se presenten en futuros congresos, seminarios o revistas del área.

Si usted posee alguna pregunta sobre este trabajo final o dudas sobre su derecho como participante en este estudio, se puede comunicar con las estudiantes al número celular 11-68813967 (Salvucci Anabel); 11-68814349 (Staricco Julieta) 2324-529572 (Zabaleta Sofía).

---

Salvucci Anabel

DNI:

---

Staricco Julieta

DNI:

---

Zabaleta Sofía

DNI:

### **Consentimiento informado**

Yo ..... al día ..... de .....  
del 2017, declaro haber comprendido los términos y condiciones de esta investigación, a  
partir de la información brindada por las investigadoras, su carta informativa y las  
respuestas brindadas ante mis preguntas.

Voluntariamente doy mi consentimiento para participar en el estudio de las estudiantes  
de Terapia Ocupacional Salvucci Anabel, Staricco Julieta, Zabaleta Sofía sobre las  
características de la demanda de Terapia Ocupacional de niños de 4 a 9 años de edad sin  
certificado de discapacidad que asisten a consultorios externos en CABA en el año  
2017.

He recibido copia de este procedimiento y estoy al tanto de los alcances y la divulgación  
de los resultados.

---

Firma del Participante

Aclaración:

DNI:

## **FORMULARIO A**

1. ¿En qué barrio está ubicado el consultorio en el que atiende? Redondeé la respuesta correcta.

Agronomía, Almagro, Balvanera, Barracas, Belgrano, Boedo, Caballito, Chacarita, Coghlan, Colegiales, Constitución, Flores, Floresta, La Boca, La Paternal, Liniers, Mataderos, Monte Castro, Monserrat, Nueva Pompeya, Núñez, Palermo, Parque Avellaneda, Parque Chacabuco, Parque Chas, Parque Patricios, Puerto Madero, Recoleta, Retiro, Saavedra, San Cristóbal, San Nicolás, San Telmo, Vélez Sársfield, Versalles, Villa Crespo, Villa del Parque, Villa Devoto, Villa General Mitre, Villa Lugano, Villa Luro, Villa Ortúzar, Villa Pueyrredón, Villa Real, Villa Riachuelo, Villa Santa Rita, Villa Soldati, Villa Urquiza.

2. ¿A qué efector pertenece el consultorio externo?

Hospital.

Clínica.

Particular

Otros:

3. ¿Cuál es la cantidad de usuarios de 4 a 9 años que están siendo atendidos en el consultorio? \_\_\_\_\_

4. ¿Cuál es la cantidad de usuarios de 4 a 9 años que están siendo atendidos en el consultorio y no poseen ni están tramitando Certificado Único de Discapacidad o tienen diagnóstico que podría acreditar la obtención del mismo?

---

**Le solicitamos tenga el agrado de contestar el siguiente formulario por cada uno de los niños de 4 a 9 años que no posean Certificado Único de Discapacidad o tengan un diagnóstico que podría acreditar la obtención del mismo.**

**En caso de no atender ningún niño sin Certificado de Discapacidad, le agradecemos su colaboración y lo saludamos atentamente.**

**FORMULARIO B**

1. El niño que asiste al consultorio externo de terapia ocupacional en CABA 2017 sin Certificado Único de Discapacidad ¿Qué edad posee? \_\_\_\_\_
  
2. ¿Vive en CABA?
  - SI
  - NO
  
3. Si la respuesta 2 es afirmativa, por favor aclare el barrio: \_\_\_\_\_
  
4. ¿Asiste a la escuela?
  - SI
  - NO
  
5. ¿A través de qué medio accedió al consultorio externo de terapia ocupacional en primera instancia?
  - Derivación por Médico Pediatra
  - Derivación por Médico Neurólogo
  - Derivación por Médico Fisiatra
  - Derivación por Médico Psiquiatra
  - Derivación por Psicólogo
  - Derivación por Psicopedagogo
  - Derivación por Fonoaudiólogo
  - Derivación por otros: \_\_\_\_\_
  - Particular
  
6. Marque con una X los profesionales que atienden al niño y están en comunicación con usted.
  - Psicólogo.
  - Psicopedagogo.
  - Fonoaudiólogo.
  - Kinesiólogo.

- Médico Psiquiatra.
- Ninguno
- Otros: \_\_\_\_\_

7. ¿Cuál o cuáles fueron los motivos de consulta por los cuales el niño asistió al consultorio? Entendiendo a estos motivos como la causa señalada a partir del relato que hicieron sus familiares y/o cuidadores, en su propio lenguaje.

Marque con una X la/s respuesta/s correcta.

- Problemas de comportamiento o conducta
- Alteraciones motoras
- Desordenes sensoriales
- Alteraciones de la atención
- Otros: \_\_\_\_\_

8. ¿Cómo es financiado el tratamiento?

- Particular.
- Obra social.
- Prepaga
- Subsidiado por el Estado.

9. Según la cobertura salud se puede declarar del niño que:

- Posee Obra Social
- Posee una Prepaga
- No posee cobertura de salud

10. ¿Cuáles de las siguientes manifestaciones puede observar usted en el niño?  
Marque con una X las que correspondan.

- Presencia de conducta disruptiva, entendida como dificultades en el acatamiento de normas.

<p><input type="radio"/> Incapacidad para manejar el estrés. Entendido como sobrecarga del niño frente a ciertos estímulos y su correspondiente respuesta agresiva ante esta incomodidad (huir, pelear, enojarse).</p>
<p><input type="radio"/> Escritura defectuosa. Entendiendo a esta como el resultado de escritos de niños que escriben despacio y de forma ilegible.</p>
<p><input type="radio"/> Desorganización motora fina. Entendida como falta de coordinación de movimientos finos y desarrollo espacial insuficiente.</p>
<p><input type="radio"/> Dispraxia. Entendida como la planeación y coordinación motora insuficiente.</p>
<p><input type="radio"/> Torpeza motora. Entendida como la imperfección habitual y continua de los movimientos de la vida cotidiana.</p>
<p><input type="radio"/> Abundantes movimientos inútiles, asociados a otros movimientos.</p>
<p><input type="radio"/> Aumento de la tensión muscular durante la acción.</p>
<p><input type="radio"/> Fallas en la resolución de coordinaciones generales.</p>
<p><input type="radio"/> Fallas en la regulación del equilibrio.</p>
<p><input type="radio"/> Movimiento exagerado y mal graduado.</p>
<p><input type="radio"/> Inatención. Entendido como niños que se distraen fácilmente, son lentos e inexactos, no terminan las tareas y son descuidados en las actividades, tienen dificultades para organizarse y parece que no escuchasen.</p>

<p><input type="radio"/> Hiperactividad: Niños que realizan movimientos constantes y no logran realizar actividades tranquilas.</p>
<p><input type="radio"/> Impulsividad: Niños rápidos e inexactos, que se apuran por contestar, tienen dificultades para guardar turnos y suele interrumpir y molestar a otros.</p>
<p><input type="radio"/> Conductas agresivas: Niños que empujan, pegan, insultan y discuten enfadados. Se muestran desafiantes, destruyen cosas, se niegan a trabajar y a compartir.</p>
<p><input type="radio"/> Dificultad para procesar varios estímulos simultáneamente.</p>
<p><input type="radio"/> Dificultad para distinguir los estímulos relevantes de los irrelevantes.</p>
<p><input type="radio"/> Dificultad mantener la atención de forma continuada.</p>
<p><input type="radio"/> Dificultad en aprender y recordar lo aprendido, es decir, dificultades en el aprendizaje.</p>
<p><input type="radio"/> Estilo de procesamiento cognitivo impulsivo, rápido, e inexacto, predominio de actitudes poco analíticas, estrategias de ensayo y error poco elaboradas y rigidez cognitiva.</p>
<p><input type="radio"/> Dificultad en la comprensión lectora, cálculo, resolución de problemas matemáticos, escritura y nociones perceptivo-espaciales.</p>
<p><input type="radio"/> Dificultad para seguir instrucciones y mantener la motivación.</p>
<p><input type="radio"/> Baja tolerancia a la frustración.</p>
<p><input type="radio"/> Baja autoestima por las escasas experiencias de éxito y aparición de sentimientos depresivos.</p>



<p>○ Desfase entre capacidad intelectual y emocional, inmadurez, comportamiento infantil e inestable, cambios bruscos de humor.</p>
<p>○ Necesidad de llamar la atención, comportamiento desobediente, dependencia de la aprobación de los adultos.</p>
<p>○ Dificultades en las relaciones sociales, tendencia a culpar a los demás de sus errores y dificultad de empatía.</p>
<p>○ Reacciones desadaptativas frente a estímulos visuales. Entendida como el procesamiento y organización insuficiente de la entrada sensorial proveniente de los ojos.</p>
<p>○ Reacciones desadaptativas frente a estímulos táctiles. Entendida como el procesamiento y organización insuficiente de los estímulos provenientes de la piel y el contacto físico, pueden observarse conductas defensivas o evitativas ante el estímulo táctil generado por ejemplo por la utilización de texturas que no le agradan o por el contacto corporal.</p>
<p>○ Reacciones desadaptativas frente a estímulos olfativos. Entendida como el procesamiento y organización insuficiente de los estímulos provenientes de la nariz, por ejemplo exposición a olores que lo desorganizan</p>
<p>○ Reacciones desadaptativas frente a estímulos auditivos. Entendida como el procesamiento y organización insuficiente de los estímulos provenientes de los oídos, pueden observarse conductas defensivas o evitativas ante la exposición a ruidos, aunque para el resto de las personas algunos ruidos pueden no considerarse como molestos, estos niños no pueden manejar el estrés que les genera.</p>
<p>○ Reacciones desadaptativas frente a estímulos gustativos. Entendida como el procesamiento y organización insuficiente de la entrada sensorial proveniente de la boca, niños que no comen alimentos variados porque no les agrada la textura en su boca.</p>

○ Reacciones desadaptativas frente a estímulos propioceptivos y vestibulares.

Entendida como el procesamiento y organización insuficiente de los estímulos provenientes del cuerpo, las articulaciones y el movimiento en relación al espacio y la gravedad, niños que no disfrutan de las actividades corporales, en diferentes planos y alturas o que por el contrario tienen una alta necesidad de estas ya que no puede modular estas sensaciones.

## **Tablas de frecuencia**

### **Tablas utilizadas para la caracterización de la muestra de terapeutas ocupacionales:**

Tabla de frecuencia 01.01. Variable "Dependencia del consultorio en el que atendía cada uno de los terapeutas". CABA, Agosto a noviembre del año 2017. N=70			
	FA	FR	FR%
PARTICULAR	53	0,76	75,71%
OTROS	13	0,19	18,57%
HOSPITAL	4	0,06	5,71%
TOTALES	70	1,00	100%

Tabla de comparación entre la cantidad de UA encuestadas que atienden a niños sin CUD en relación a los UA encuestadas que no atienden a niños sin CUD, en cada consultorio externo ubicado en CABA. Agosto a Noviembre del año 2017. N=70			
	FA	FR	FR%
TO QUE NO ATIENDEN SIN CUD	39	0,56	55,7%
TO QUE ATIENDEN SIN CUD	31	0,44	44,3%
TOTALES	70	1	100%

Tabla de frecuencia 01.02 Variable "Estratificación social a la que pertenecía la comuna en la cual se ubicaba el consultorio en el que atendía cada uno de los terapeutas según la Dirección General de Informática Clínica, Estadística y Epidemiológica (2015). CABA, Agosto a noviembre del año 2017. N=70			
	FA	FR	FR%
PEOR	9	0,13	12,86%
MALA	16	0,23	22,86%
MEDIA	12	0,17	17,14%
MEJOR	33	0,47	47,14%
TOTAL	70	1	100,00%

### **Tablas utilizadas para el objetivo 1: *Comparar la prevalencia de niños de 4 a 9 años con y sin certificado de discapacidad que asisten a consultorios externos de Terapia Ocupacional en CABA en 2017.***

Tabla de frecuencia 1.1 Comparación entre la cantidad de niños con y sin CUD que han sido atendidos en cada consultorio externo ubicado en CABA al que pertenecía cada TO encuestada entre los meses de agosto y noviembre del año 2017. N=725			
	FA	FR	FR%
CON CUD	622	0,86	85,79%
SIN CUD	103	0,14	14,21%
TOTALES	725	1	100%

Tabla 1.2 Tasa de niños sin CUD por cada 100 niños con CUD que son atendidos en consultorios externos de CABA. Agosto a Noviembre del año 2017.	CON CUD	SIN CUD
	100	16,56
	200	33,12
	300	49,68
	400	66,24
	500	82,80
	600	99,36
	700	115,92

Cálculo del Intervalo de Confianza para la cantidad de niños con CUD atendidos en CABA 2017. N=622	
N	622
MEDIA	8,885
DESUDIO ESTANDAR	9,974
ERROR EST	0,400
VALOR T	1,647
LIM SUP IC	9,544
LIM INF IC	8,226

Cálculo del Intervalo de Confianza para la cantidad de niños con CUD atendidos en CABA 2017. N=550	
N	550
MEDIA	7,971
DESUDIO ESTANDAR	6,44
ERROR EST	0,275
VALOR T	1,648
LIM SUP IC	8,424
LIM INF IC	7,518

Cálculo del Intervalo de Confianza para la cantidad de niños sin CUD atendidos en CABA 2017. N=103	
N	103
MEDIA	1,471
DES. EST	2,165
ERROR EST	0,213
VALOR T	1,661
LIM SUP IC	1,825
LIM INF IC	1,117

Cálculo del Intervalo de Confianza para la cantidad de niños sin CUD atendidos en CABA 2017. N=98	
N	98
MEDIA	1,42
DES. EST	2,137
ERROR EST	0,216
VALOR T	1,661
LIM SUP IC	1,779
LIM INF IC	1,061

**Tablas de frecuencia utilizadas para la caracterización de la muestra de los niños sin CUD:**

Tabla de frecuencia de la variable "edad" de cada niño sin CUD que asistió a cada consultorio externo ubicado en CABA al que pertenecía cada UA encuestada entre los meses de agosto y noviembre del año 2017. N=103			
	FA	FR	FR%
Nivel inicial	45	0,44	43,69%
Primer Ciclo	58	0,56	56,31%
TOTALES	103	1	100%

Tabla de frecuencia de la variable “escolaridad” de cada niño sin CUD que asistió cada consultorio externo ubicado en CABA al que pertenecía cada UA encuestada entre los meses de agosto y noviembre del año 2017. N=103

	FA	FR	FR%
SI	103	1,00	100,0%
NO	0	0,00	0,0%
TOTALES	103	1	100%

Tabla de frecuencia 02.01. Variable “medio de acceso primario al consultorio” de cada niño sin CUD que asistió cada consultorio externo ubicado en CABA al que pertenecía cada UA encuestada entre los meses de agosto y noviembre del año 2017. N=103

	FA	FR	FR%
Derivación por Médico Fisiatra	0	0,00	0,00%
Derivación por Médico Psiquiatra	1	0,01	0,97%
Sin Dato	1	0,01	0,97%
Derivación por Psicólogo	3	0,03	2,91%
Derivación por otros	4	0,04	3,88%
Derivación por Fonoaudiólogo	8	0,08	7,77%
Derivación por Médico Neurólogo	10	0,10	9,71%
Particular	11	0,11	10,68%
Derivación por Psicopedagogo	15	0,15	14,56%
Gabinete Escolar	15	0,15	14,56%
Derivación por Médico Pediatra	35	0,34	33,98%
Total	103	1	100%

Tabla de frecuencia de la variable “atención del niño por un Psicólogo que estuviese en comunicación con el TO” de cada niño sin CUD que asistió cada consultorio externo ubicado en CABA al que pertenecía cada TO encuestada entre los meses de agosto y noviembre del año 2017. N=103

	FA	FR	FR%
SI	25	0,24	24,27%
NO	73	0,71	70,87%
SIN DATO	5	0,05	4,85%
TOTALES	103	1	100%

Tabla de frecuencia de la variable “atención del niño por un Psicopedagogo que estuviese en comunicación con el TO” de cada niño sin CUD que asistió cada consultorio externo ubicado en CABA al que pertenecía cada UA encuestada entre los meses de agosto y noviembre del año 2017. N=103

	FA	FR	FR%
SI	31	0,30	30,10%
NO	67	0,65	65,05%
SIN DATO	5	0,05	4,85%
TOTALES	103	1	100%

Tabla de frecuencia de la variable “atención del niño por un Fonoaudiólogo que estuviese en comunicación con el TO” de cada niño sin CUD que asistió cada consultorio externo ubicado en CABA al que pertenecía cada UA encuestada entre los meses de agosto y noviembre del año 2017. N=103

	FA	FR	FR%
SI	33	0,32	32,04%
NO	65	0,63	63,11%
SIN DATO	5	0,05	4,85%
TOTALES	103	1	100%

Tabla de frecuencia de la variable “atención del niño por un Kinesiólogo que estuviese en comunicación con el TO” de cada niño sin CUD que asistió a cada consultorio externo ubicado en CABA al que pertenecía cada UA encuestada entre los meses de agosto y noviembre del año 2017. N=103

	FA	FR	FR%
SI	3	0,03	2,91%
NO	95	0,92	92,23%
SIN DATO	5	0,05	4,85%
TOTALES	103	1	100%

Tabla de frecuencia de la variable “atención del niño por un Psiquiatra que estuviese en comunicación con el TO” de cada niño sin CUD que a asistió cada consultorio externo ubicado en CABA al que pertenecía cada UA encuestada entre los meses de agosto y noviembre del año 2017. N=103

	FA	FR	FR%
SI	2	0,02	1,94%
NO	96	0,93	93,20%
SIN DATO	5	0,05	4,85%
TOTALES	103	1	100%

Tabla de frecuencia de la variable “atención del niño por otro profesional que estuviese en comunicación con el TO” de cada niño sin CUD que asistió a cada consultorio externo ubicado en CABA al que pertenecía cada UA encuestada entre los meses de agosto y noviembre del año 2017. N=103

	FA	FR	FR%
SI	7	0,07	6,80%
NO	91	0,88	88,35%
SIN DATO	5	0,05	4,85%
TOTALES	103	1	100%

Tabla de frecuencia de la variable “atención del niño por ningún profesional que estuviese en comunicación con el TO” de cada niño sin CUD que asistió cada consultorio externo ubicado en CABA al que pertenecía cada UA encuestada entre los meses de agosto y noviembre del año 2017. N=103

	FA	FR	FR%
SI	31	0,30	30,10%
NO	67	0,65	65,05%
SIN DATO	5	0,05	4,85%
TOTALES	103	1	100%

Tabla de frecuencia de la variable “tipo de cobertura de salud de cada niño” sin CUD que asistió a cada consultorio externo ubicado en CABA al que pertenecía cada UA encuestada entre los meses de agosto y noviembre del año 2017. N=103

	FA	FR	FR%
PREPAGA	56	0,54	54,37%
OBRA SOCIAL	44	0,43	42,72%
NULA	2	0,02	1,94%
SIN DATO	1	0,01	0,97%
TOTALES	103	100%	100%

Tabla de frecuencia de la variable “financiación del tratamiento” de cada niño sin CUD que asistió a cada consultorio externo ubicado en CABA al que pertenecía cada UA encuestada entre los meses de agosto y noviembre del año 2017. N=103

	FA	FR	FR%
SUBSIDIADO	2	0,02	1,94%
OBRA SOCIAL	30	0,29	29,13%
PARTICULAR	33	0,32	32,04%
PREPAGA	38	0,37	36,89%
TOTALES	103	1	100%

**Tablas utilizadas para el objetivo 2: Caracterizar los motivos de consulta por los cuales asisten niños de 4 a 9 años sin certificado de discapacidad a consultorios externos de Terapia Ocupacional en CABA en 2017 en base a las manifestaciones observadas por el TO.**

Tabla de frecuencia 2.1 Combinaciones de los motivos de consulta de cada niño sin CUD que asistió a cada consultorio externo ubicado en CABA al que pertenecía cada UA encuestada entre los meses de agosto y noviembre del año 2017. N=103

	FA	FR	FR%
Problemas de comportamiento o conducta y alteraciones motoras	2	0,02	1,94%
Problemas de comportamiento o conducta y alteraciones motoras y desordenes sensoriales	2	0,02	1,94%
Problemas de comportamiento o conducta y alteraciones motoras y alteraciones de la atención	3	0,03	2,91%

Problemas de comportamiento o conducta y alteraciones de la atención	4	0,04	3,88%
Alteraciones motoras y desordenes sensoriales	5	0,05	4,85%
Desordenes sensoriales y alteraciones de la atención	5	0,05	4,85%
Alteraciones de la atención	5	0,05	4,85%
Problemas de comportamiento o conducta y alteraciones motoras y desordenes sensoriales y alteraciones de la atención	5	0,05	4,85%
Problemas de comportamiento o conducta y desordenes sensoriales y alteraciones de la atención	5	0,05	4,85%
Alteraciones motoras y desordenes sensoriales y alteraciones de la atención	5	0,05	4,85%
Alteraciones motoras y alteraciones de la atención	6	0,06	5,83%
Problemas de comportamiento o conducta	7	0,07	6,80%
Problemas de comportamiento o conducta y desordenes sensoriales	8	0,08	7,77%
Otros	8	0,08	7,77%
Desordenes sensoriales	11	0,11	10,68%
Alteraciones motoras	22	0,21	21,36%
TOTALES	103	1	100%

Tabla de frecuencia 1.2. Motivos de consulta de cada niño sin CUD que asistió a cada consultorio externo ubicado en CABA al que pertenecía cada TO encuestada entre los meses de agosto y noviembre del año 2017. N=103

Motivos	FA	FR	FR%
Otros	8	0,08	7,77%
Problemas de conducta	36	0,35	34,95%
Alteraciones en la atención	38	0,37	36,89%
Desordenes sensoriales	46	0,45	44,66%
Alteraciones motoras	50	0,49	48,54%
TOTALES	178	1,73	173%

**Tablas utilizadas para el objetivo 2a: identificar y caracterizar los problemas de comportamiento o conducta como motivo de consulta por el cual asisten niños de 4 a 9 años sin certificado de discapacidad a consultorios externos de Terapia Ocupacional en CABA en 2017 en base a las manifestaciones observadas por el TO.**

Tabla de frecuencia que representa la presencia de conducta disruptiva observada por los TO para cada niño sin CUD que ha seleccionado a los problemas de comportamiento entre sus motivos de consulta. CABA. Agosto a Noviembre del año 2017. N=36

	FA	FR	FR%
SI	24	0,67	66,7%
NO	12	0,33	33,3%
TOTALES	36	1	100%



Tabla de frecuencia que representa la presencia de incapacidad para manejar el estrés observada por los TO para cada niño sin CUD que ha seleccionado a los problemas de comportamiento entre sus motivos de consulta. CABA. Agosto a Noviembre del año 2017. N=36

	FA	FR	FR%
SI	24	0,67	66,7%
NO	12	0,33	33,3%
TOTALES	36	1	100%

Tabla de frecuencia que representa la selección de las manifestaciones descriptas en el marco teórico para los niños sobre los que han seleccionado los problemas de comportamiento entre sus motivos de consulta. CABA. Agosto a Noviembre del año 2017. N=36

	FA	FR	FR%
Representación de ambas variables	18	0,50	50,0%
Representación de ninguna variable	6	0,17	16,7%
Representación de al menos una de las dos variables	12	0,33	33,3%
TOTALES	36	1,00	100%

**Tablas utilizadas para el objetivo 2b: *identificar y caracterizar alteraciones motoras como motivo de consulta por el cual asisten niños de 4 a 9 años sin certificado de discapacidad a consultorios externos de Terapia Ocupacional en CABA en 2017 en base a las manifestaciones observadas por el TO.***

Tabla de frecuencia que representa la presencia de escritura defectuosa observada por los TO en cada niño que haya seleccionado a las alteraciones motoras entre sus motivos de consulta. CABA. Agosto a noviembre del año 2017. N=50

	FA	FR	FR%
SI	35	0,70	70,00%
NO	15	0,30	30,00%
TOTALES	50	1	100%

Tabla de frecuencia que representa la presencia de desorganización motora fina observada por los TO para aquellos niños que han seleccionado a las alteraciones motoras entre sus motivos de consulta. CABA. Agosto a noviembre del año 2017. N=50

	FA	FR	FR%
SI	41	0,82	82,00%
NO	9	0,18	18,00%
TOTALES	50	1	100%

Tabla de frecuencia que representa la presencia de dispraxia observada por los TO para aquellos niños que han seleccionado a las alteraciones motoras entre sus motivos de consulta. CABA. Agosto a noviembre del año 2017. N=50

	FA	FR	FR%
SI	34	0,68	68,0%
NO	16	0,32	32,0%
TOTALES	50	1	100%

Tabla de frecuencia que representa la presencia de torpeza motora observada por cada TO para aquellos niños que han seleccionado a las alteraciones motoras entre sus motivos de consulta. CABA. Agosto a noviembre del año 2017. N=50

	FA	FR	FR%
SI	36	0,72	72,0%
NO	14	0,28	28,0%
TOTALES	50	1	100%

Tabla de frecuencia que representa la presencia de abundantes movimientos inútiles, asociados a otros movimientos, observados por los TO para aquellos niños que han seleccionado a las alteraciones motoras entre sus motivos de consulta. CABA. Agosto a noviembre del año 2017. N=50

	FA	FR	FR%
SI	7	0,14	14,0%
NO	43	0,86	86,0%
TOTALES	50	1	100%

Tabla de frecuencia que representa la presencia de aumento de la tensión muscular durante la acción observada por los TO para aquellos niños que han seleccionado a las alteraciones motoras entre sus motivos de consulta. CABA. Agosto a noviembre del año 2017. N=50

	FA	FR	FR%
SI	4	0,08	8,00%
NO	46	0,92	92,00%
TOTALES	50	1	100%

Tabla de frecuencia que representa la presencia de fallas en la resolución de coordinaciones generales observada por los TO para aquellos niños que han seleccionado a las alteraciones motoras entre sus motivos de consulta. CABA. Agosto a noviembre del año 2017. N=50

	FA	FR	FR%
SI	26	0,52	52,0%
NO	24	0,48	48,0%
TOTALES	50	1	100%

Tabla de frecuencia que representa la presencia de fallas en la regulación del equilibrio observada por los TO para aquellos niños que han seleccionado a las alteraciones motoras entre sus motivos de consulta. CABA. Agosto a noviembre del año 2017. N=50

	FA	FR	FR%
SI	16	0,32	32,0%
NO	34	0,68	68,0%
TOTALES	50	1	100%

Tabla de frecuencia que representa la presencia de mov. exagerados y mal graduados observada por los TO para aquellos niños que han seleccionado a las alteraciones motoras entre sus motivos de consulta. CABA. Agosto a noviembre del año 2017. N=50

	FA	FR	FR%
SI	11	0,22	22,0%
NO	39	0,78	78,0%
TOTALES	50	1	100%

Tabla de frecuencia que representa la selección de las manifestaciones descriptas en el marco teórico para los niños que han seleccionado las alteraciones motoras entre sus motivos de consulta. CABA. Agosto a noviembre del año 2017. N=50

	FA	FR	FR%
Representación de todas las variables	1	0,02	2,0%
Representación de ninguna de las variables	0	0,00	0,0%
Representación de al menos una de las variables	49	0,98	98,0%
TOTALES	50	1,00	100%

**Tablas de frecuencia utilizadas para el objetivo 2c: *identificar y caracterizar los problemas atencionales como motivo de consulta por el cual asisten niños de 4 a 9 años sin certificado de discapacidad a consultorios externos de Terapia Ocupacional en CABA en 2017 en base a las manifestaciones observadas por el TO.***

Tabla de frecuencia que representa la presencia de inatención observada por los TO para aquellos niños que han seleccionado a las alteraciones de la atención entre sus motivos de consulta. CABA. Agosto a noviembre del año 2017. N=38

	FA	FR	FR%
SI	30	0,79	78,95%
NO	8	0,21	21,05%
TOTALES	38	1	100%

Tabla de frecuencia que representa la presencia de hiperactividad observada por los TO para aquellos niños que han seleccionado a las alteraciones de la atención entre sus motivos de consulta. CABA. Agosto a noviembre del año 2017. N=38

	FA	FR	FR%
SI	18	0,47	47,37%
NO	20	0,53	52,63%
TOTALES	38	1	100%

Tabla de frecuencia que representa la presencia de impulsividad observada por los TO para aquellos niños que han seleccionado a las alteraciones de la atención entre sus motivos de consulta. CABA. Agosto a noviembre del año 2017. N=38

	FA	FR	FR%
SI	16	0,42	42,11%
NO	22	0,58	57,89%
TOTALES	38	1	100%

Tabla de frecuencia que representa la presencia de conductas agresivas observada por los TO para aquellos niños que han seleccionado a las alteraciones de la atención entre sus motivos de consulta. CABA. Agosto a noviembre del año 2017. N=38

	FA	FR	FR%
SI	5	0,13	13,16%
NO	33	0,87	86,84%
TOTALES	38	1	100%

Tabla de frecuencia que representa la presencia de dificultad para procesar varios estímulos al mismo tiempo observada por los TO para aquellos niños que han seleccionado a las alteraciones de la atención entre sus motivos de consulta. CABA. Agosto a noviembre del año 2017. N=38

	FA	FR	FR%
SI	22	0,58	57,89%
NO	16	0,42	42,11%
TOTALES	38	1	100%

Tabla de frecuencia que representa la presencia de incapacidad de distinguir los estímulos relevantes observada por los TO para aquellos niños que han seleccionado a las alteraciones de la atención entre sus motivos de consulta. CABA. Agosto a noviembre del año 2017. N=38

	FA	FR	FR%
SI	15	0,39	39,47%
NO	23	0,61	60,53%
TOTALES	38	1	100%

Tabla de frecuencia que representa la presencia de dificultad para mantener la atención observada por los TO para aquellos niños que han seleccionado a las alteraciones de la atención entre sus motivos de consulta. CABA. Agosto a noviembre del año 2017. N=38

	FA	FR	FR%
SI	30	0,79	78,95%
NO	8	0,21	21,05%
TOTALES	38	1	100%

Tabla de frecuencia que representa la presencia de dificultad para aprender y recordar lo aprendido observada por los TO para aquellos niños que han seleccionado a las alteraciones de la atención entre sus motivos de consulta. CABA. Agosto a noviembre del año 2017. N=38.

	FA	FR	FR%
SI	10	0,26	26,32%
NO	28	0,74	73,68%
TOTALES	38	1	100%

Tabla de frecuencia que representa la presencia de estilo de procesamiento cognitivo impulsivo, rápido, e inexacto, predominio de actitudes poco analíticas, estrategias de ensayo y error poco elaboradas y rigidez cognitiva observada por los TO para aquellos niños que han seleccionado a las alteraciones de la atención entre sus motivos de consulta. CABA. Agosto a noviembre del año 2017. N=38.

	FA	FR	FR%
SI	4	0,11	10,53%
NO	34	0,89	89,47%
TOTALES	38	1	100%

Tabla de frecuencia que representa la presencia de dificultades en la comprensión lectora, cálculo, resolución de problemas matemáticos, escritura y nociones perceptivo-espaciales observada por los TO para aquellos niños que han seleccionado a las alteraciones de la atención entre sus motivos de consulta. CABA. Agosto a noviembre del año 2017. N=38.

	FA	FR	FR%
SI	7	0,18	18,42%
NO	31	0,82	81,58%
TOTALES	38	1	100%

Tabla de frecuencia que representa la presencia de dificultad para seguir instrucciones y mantener la motivación observada por los TO para aquellos niños que han seleccionado a las alteraciones de la atención entre sus motivos de consulta. CABA. Agosto a noviembre del año 2017. N=38.

	FA	FR	FR%
SI	13	0,34	34,21%
NO	25	0,66	65,79%
TOTALES	38	1	100%

Tabla de frecuencia que representa la presencia de baja autoestima observada por los TO para aquellos niños que han seleccionado a las alteraciones de la atención entre sus motivos de consulta. CABA. Agosto a noviembre del año 2017. N=38.

	FA	FR	FR%
SI	7	0,18	18,42%
NO	31	0,82	81,58%
TOTALES	38	1	100%

Tabla de frecuencia que representa la presencia de desfase entre capacidad intelectual y emocional, inmadurez, comportamiento infantil e inestable, cambios bruscos de humor observada por cada TO para aquellos niños que han seleccionado a las alteraciones de la atención entre sus motivos de consulta. CABA. Agosto a noviembre del año 2017. N=38

	FA	FR	FR%
SI	9	0,24	23,68%
NO	29	0,76	76,32%
TOTALES	38	1	100%

Tabla de frecuencia que representa la presencia de necesidad de llamar la atención observada por los TO para aquellos niños que han seleccionado a las alteraciones de la atención entre sus motivos de consulta. CABA. Agosto a noviembre del año 2017. N=38

	FA	FR	FR%
SI	12	0,32	31,58%
NO	26	0,68	68,42%
TOTALES	38	1	100%

Tabla de frecuencia que representa la presencia de dificultades en las relaciones sociales observada por los TO para aquellos niños que han seleccionado a las alteraciones de la atención entre sus motivos de consulta. CABA. Agosto a noviembre del año 2017. N=38

	FA	FR	FR%
SI	7	0,18	18,42%
NO	31	0,82	81,58%
TOTALES	38	1	100%

Tabla de frecuencia que representa la selección de las manifestaciones descriptas en el marco teórico para los niños sobre los que han seleccionado las alteraciones de la atención entre sus motivos de consulta. CABA. Agosto a noviembre del año 2017. N=38

	FA	FR	FR%
Representación de todas las variables	0	0,00	0,00%
Representación de ninguna variable	0	0,00	0,00%
Representación de al menos una de las variables	38	1,00	100,00%
Totales	38	1,00	100%

**Tablas utilizadas para el objetivo 2d: *identificar y caracterizar los desórdenes sensoriales como motivo de consulta por el cual asisten niños de 4 a 9 años sin certificado de discapacidad a consultorios externos de Terapia Ocupacional en CABA en 2017 en base a las manifestaciones observadas por el TO.***

Tabla de frecuencia que representa la presencia de reacciones desadaptativas frente a estímulos visuales observada por los TO para aquellos niños que han seleccionado a los desórdenes sensoriales entre sus motivos de consulta. CABA. Agosto a noviembre del año 2017. N=46

	FA	FR	FR%
SI	2	0,04	4,35%
NO	44	0,96	95,65%
TOTALES	46	1	100%

Tabla de frecuencia que representa la presencia de reacciones desadaptativas frente a estímulos táctiles observada por los TO para aquellos niños que han seleccionado a los desórdenes sensoriales entre sus motivos de consulta. CABA. Agosto a noviembre del año 2017. N=46

	FA	FR	FR%
SI	23	0,50	50%
NO	23	0,50	50%
TOTALES	46	1	100%

Tabla de frecuencia que representa la presencia de reacciones desadaptativas frente a estímulos olfativos observada por los TO para aquellos niños que han seleccionado a los desórdenes sensoriales entre sus motivos de consulta. CABA. Agosto a noviembre del año 2017. N=46

	FA	FR	FR%
SI	1	0,02	2,17%
NO	45	0,98	97,83%
TOTALES	46	1	100%

Tabla de frecuencia que representa la presencia de reacciones desadaptativas frente a estímulos auditivos observada por los TO para aquellos niños que han seleccionado a los desórdenes sensoriales entre sus motivos de consulta. CABA. Agosto a noviembre del año 2017. N=46

	FA	FR	FR%
SI	10	0,22	21,74%
NO	36	0,78	78,26%
TOTALES	46	1	100%

Tabla de frecuencia que representa la presencia de reacciones desadaptativas frente a estímulos gustativos observada por los TO para aquellos niños que han seleccionado a los desórdenes sensoriales entre sus motivos de consulta. CABA. Agosto a noviembre del año 2017. N=46

	FA	FR	FR%
SI	7	0,15	15,22%
NO	39	0,85	84,78%
TOTALES	46	1	100%

Tabla de frecuencia que representa la presencia de reacciones desadaptativas frente a estímulos propioceptivos y vestibulares observada por los TO para aquellos niños que han seleccionado a los desórdenes sensoriales entre sus motivos de consulta. CABA. Agosto a noviembre del año 2017. N=46

	FA	FR	FR%
SI	28	0,61	60,87%
NO	18	0,39	39,13%
TOTALES	46	1	100%

Tabla de frecuencia que representa la selección de las manifestaciones descriptas en el marco teórico para los niños sobre los que han seleccionado los desórdenes sensoriales entre sus motivos de consulta. CABA. Agosto a noviembre del año 2017. N=46

	FA	FR	FR%
Representación de todas las variables	0	0,00	0,00%
Representación de ninguna variable	11	0,24	23,91%
Representación de al menos una de las variables	35	0,76	76,09%
<b>TOTALES</b>	<b>46</b>	<b>1,00</b>	<b>100%</b>

Tabla 2.6. Comparación entre el número de veces que fueron seleccionadas al menos una de las manifestaciones constitutivas de cada motivo de consulta y las que no. Observadas por los TO, en los niños sin CUD que asistieron a sus consultorios entre los meses de Agosto y Noviembre del 2017 en CABA. N=170

Motivos de consulta	Representación de ninguna variable	Representación de al menos una de las variables	Porcentaje que representan del total de manifestaciones señaladas	
			Ninguna	Al menos una
Problemas de comportamiento	6	30	3,53%	17,65%
Alteraciones motoras	0	50	0,00%	29,41%
Alteraciones de la atención	0	38	0,00%	22,35%
Desordenes de la atención	11	35	6,47%	20,59%
<b>N total</b>	<b>170</b>		<b>10,00%</b>	<b>90,00%</b>

Tabla de frecuencia de los motivos de consulta de cada niño sin CUD que se encontraba cursando su nivel inicial en el sistema educativo (4 y 5 años) y que asistió a cada consultorio externo ubicado en CABA al que pertenecía cada UA encuestada entre los meses de agosto y noviembre del año 2017. N=103

NIVEL INICIAL (4-5 años)			
Motivos	FA	FR	FR%
Otros	2	0,02	1,94%
Alteraciones en la atención	12	0,12	11,65%
Alteraciones motoras	16	0,16	15,53%
Problemas de conducta	19	0,18	18,45%
Desordenes sensoriales	26	0,25	25,24%
<b>Total</b>	<b>75</b>	<b>0,73</b>	<b>73%</b>



Tabla de frecuencia de motivos de consulta de cada niño sin CUD que se encontraba cursando su primer ciclo en el sistema educativo (entre 6 y 9 años) y que asistió a cada consultorio externo ubicado en CABA al que pertenecía cada UA encuestada entre los meses de agosto y noviembre del año 2017. N=103

PRIMER CICLO (6-7-8-9 años)			
Motivos	FA	FR	FR%
Otros	6	0,06	5,83%
Problemas de conducta	17	0,17	16,50%
Alteraciones en la atención	26	0,25	25,24%
Desordenes sensoriales	20	0,19	19,42%
Alteraciones motoras	34	0,33	33,01%
Total	103	1	100%

Comparación de todas las manifestaciones seleccionadas por los terapeutas para los niños sin CUD que asistieron a sus consultorios en CABA, entre los meses de Agosto y Noviembre del 2017.

	SI	FR%
Reacciones desadaptativas frente a estímulos visuales	2	1,94%
Reacciones desadaptativas frente a estímulos olfativos	2	1,94%
Estilo de procesamiento cognitivo impulsivo, rápido, e inexacto	8	7,77%
Aumento de la tensión muscular	10	9,71%
Reacciones desadaptativas frente a estímulos gustativos	10	9,71%
Conductas agresivas	11	10,68%
Abundantes movimientos inútiles	14	13,59%
Dificultad en aprender y recordar lo aprendido	15	14,56%
Dificultad en la comprensión lectora, cálculo, res. de prob. matemáticos, escritura y nociones perceptivo-espaciales	16	15,53%
Reacciones desadaptativas frente a estímulos auditivos	17	16,50%
Desfase entre capacidad intelectual y emocional	18	17,48%
Dificultad en las relaciones sociales	18	17,48%
Movimiento exagerados y mal graduados	20	19,42%
Dificultad para distinguir los estímulos relevantes	22	21,36%
Baja autoestima	25	24,27%
Fallas en la regulación del equilibrio	26	25,24%
Necesidad de llamar la atención	30	29,13%
Dificultad para seguir instrucciones	31	30,10%
Conducta disruptiva	32	31,07%
Reacciones desadaptativas frente a estímulos táctiles	34	33,01%
Hiperactividad	35	33,98%
Impulsividad	35	33,98%
Fallas en la resolución de coordinaciones generales	39	37,86%

Incapacidad para manejar el estrés	41	39,81%
Dificultad para procesar varios estímulos simultáneamente	47	45,63%
Dispraxia	48	46,60%
Inatención	51	49,51%
Escritura defectuosa	52	50,49%
Torpeza motora	53	51,46%
Dificultad para mantener la atención	55	53,40%
Baja tolerancia a la frustración	58	56,31%
Reacciones desadaptativas frente a estímulos propioceptivos y vestibulares	59	57,28%
Desorganización motora fina	63	61,17%
Total	997	967,96%

**Tablas de frecuencia y contingencia utilizadas para el objetivo 3: Explorar la posible relación entre la prevalencia de niños de 4 a 9 años sin certificado de discapacidad que asisten a consultorios externos de Terapia Ocupacional en CABA en 2017 con su situación social y la financiación del tratamiento.**

Tabla de frecuencia para la variable “Estratificación social a la que pertenecía la comuna en la cual se ubicaba el consultorio en el que atendía cada uno de los terapeutas según la Dirección General de Informática Clínica, Estadística y Epidemiológica (2015), considerando únicamente los consultorios donde se atendían niños sin CUD. CABA, Agosto a noviembre del año 2017. N=31

	FA	FR	FR%
PEOR	5	0,16	16,13%
MALA	7	0,23	22,58%
MEDIA	5	0,16	16,13%
MEJOR	14	0,45	45,16%
TOTAL	31	1	100,00%

Tabla de Frecuencia 3.1. Representación porcentual de la cantidad de niños sin CUD atendidos en cada uno de los consultorios externos de TO, según la situación social del consultorio. CABA, Agosto a Noviembre del año 2017. N= 103

	FA	FR	FP
PEOR	12	0,12	11,65%
MALA	17	0,17	16,50%
MEDIA	24	0,23	23,30%
MEJOR	50	0,49	48,54%
TOTAL	103	1	100,00%

Tabla de Frecuencia que representa la cantidad de niños con CUD atendidos en cada uno de los consultorios externos de TO, según la situación social del consultorio. CABA, Agosto a Noviembre del año 2017. N= 622

	FA	FR	FP
PEOR	102	0,16	16,40%
MALA	102	0,16	16,40%
MEDIA	98	0,16	15,76%
MEJOR	320	0,51	51,45%
TOTAL	622	1,0	100,00%

Tabla de Frecuencia para la variable Residencia en CABA de los niños sin CUD atendidos en cada uno de los consultorios externos de TO. CABA, Agosto a Noviembre del año 2017. N= 103

	FA	FR	FR%
SI	93	0,90	90,29%
NO	10	0,10	9,71%
TOTALES	103	1	100%

Tabla de frecuencia de la variable comuna según el barrio en el que vive cada niño sin CUD que asistió a cada consultorio externo ubicado en CABA al que pertenecía cada UA encuestada entre los meses de agosto y noviembre del año 2017. N=103

	FA	FR	FP
COMUNA 1	1	0,01	0,97%
COMUNA 2	10	0,10	9,71%
COMUNA 3	1	0,01	0,97%
COMUNA 4	2	0,02	1,94%
COMUNA 5	3	0,03	2,91%
COMUNA 6	14	0,14	13,59%
COMUNA 7	5	0,05	4,85%
COMUNA 8	4	0,04	3,88%
COMUNA 9	6	0,06	5,83%
COMUNA 10	1	0,01	0,97%
COMUNA 11	10	0,10	9,71%
COMUNA 12	12	0,12	11,65%
COMUNA 13	13	0,13	12,62%
COMUNA 14	8	0,08	7,77%
COMUNA 15	1	0,01	0,97%
NO	10	0,10	9,71%
SIN DATO	2	0,02	1,94%
TOTAL	103	1,0	100,00%

Tabla de frecuencia 3.2 Variable “Estratificación social a la que pertenecía la comuna en la cual vivía el niño según la Dirección General de Informática Clínica, Estadística y Epidemiológica (2015)”. CABA. Agosto a Noviembre del año 2017. N=91

	FA	FR	FP
PEOR	13	0,14	14,29%
MALA	8	0,09	8,79%
MEDIA	25	0,27	27,47%
MEJOR	45	0,49	49,45%
TOTAL	91	1,00	100,00%

Tabla de frecuencia de la variable financiación del tratamiento de cada niño sin CUD que asistió a cada consultorio externo ubicado en CABA al que pertenecía cada TO encuestada entre los meses de agosto y noviembre del año 2017. N=103

	FA	FR	FR%
SUBSIDIADO	2	0,02	1,94%
OBRA SOCIAL	30	0,29	29,13%
PARTICULAR	33	0,32	32,04%
PREPAGA	38	0,37	36,89%
TOTALES	103	1	100%

Tabla de frecuencia de la variable financiación del tratamiento de cada niño sin CUD que asistió a cada consultorio externo ubicado en CABA y de los cuales se conocía su lugar de residencia. CABA. Agosto a Noviembre del año 2017. N=91

	FA	FR	FR%
SUBSIDIADO	2	0,02	2,20%
OBRA SOCIAL	27	0,30	29,67%
PARTICULAR	28	0,31	30,77%
PREPAGA	34	0,37	37,36%
TOTALES	91	1	100%

Tabla de frecuencia que representa la situación social de cada niño sin CUD que asistió a cada consultorio externo de TO ubicado en una zona de peor situación social de CABA al que pertenecía cada uno de los TO encuestados entre los meses de agosto y noviembre del año 2017. N=11

	FA	FR	FP
PEOR	11	1,00	100,00%
MALA	0	0,00	0,00%
MEDIA	0	0,00	0,00%
MEJOR	0	0,00	0,00%
TOTAL	11	1	1

Tabla de frecuencia que representa la situación social de cada niño sin CUD que asistió a cada consultorio externo de TO ubicado en una zona de mala situación social de CABA al que pertenecía cada uno de los TO encuestados entre los meses de agosto y noviembre del año 2017. N=17

	FA	FR	FP
PEOR	1	0,06	5,88%
MALA	5	0,29	29,41%
MEDIA	6	0,35	35,29%
MEJOR	5	0,29	29,41%
TOTAL	17	1	100,00%

Tabla de frecuencia que representa la situación social de cada niño sin CUD que asistió a cada consultorio externo de TO ubicado en una zona de situación social media de CABA al que pertenecía cada uno de los TO encuestados entre los meses de agosto y noviembre del año 2017. N=18

	FA	FR	FP
PEOR	0	0,00	0,00%
MALA	0	0,00	0,00%
MEDIA	17	0,94	94,44%
MEJOR	1	0,06	5,56%
TOTAL	18	1	100%

Tabla de frecuencia que representa la situación social de cada niño sin CUD que asistió a cada consultorio externo de TO ubicado en una zona de mejor situación social de CABA al que pertenecía cada uno de los TO encuestados entre los meses de agosto y noviembre del año 2017. N=45

	FA	FR	FP
PEOR	1	0,02	2,22%
MALA	3	0,07	6,67%
MEDIA	2	0,04	4,44%
MEJOR	39	0,87	86,67%
TOTAL	45	1	1

Tabla de contingencia que establece la posible relación entre el modo de financiamiento del tratamiento y la situación social de los niños que se atienden en consultorios externos de TO ubicados en una zona de peor situación social en CABA al que pertenecía cada uno de los TO encuestados entre los meses de agosto y noviembre del año 2017 . N=11

FINANCIACIÓN	SITUACIÓN SOCIAL														
	PEOR			MALA			MEDIA			MEJOR			TOTALES		
	FA	FR	FP	FA	FR	FP	FA	FR	FP	FA	FR	FP	FA	FR	FP
PARTICULAR	2	0,18	18,18%	0	0	0%	0	0	0%	0	0	0%	2	0,18	18,18%
SUBSIADO	2	0,18	18,18%	0	0	0%	0	0	0%	0	0	0%	2	0,18	18,18%
OBRA SOCIAL	3	0,27	27,27%	0	0	0%	0	0	0%	0	0	0%	3	0,27	27,27%
PREPAGA	4	0,36	36,36%	0	0	0%	0	0	0%	0	0	0%	4	0,36	36,36%
TOTAL	11	1	100%	0	0	0%	0	0	0%	0	0	0%	11	1	100%

Tabla de contingencia que establece la posible relación entre el modo de financiamiento del tratamiento y la situación social de los niños que se atienden en consultorios externos de TO ubicados en una zona de mala situación social en CABA al que pertenecía cada uno de los TO encuestados entre los meses de agosto y noviembre del año 2017 . N=17

FINANCIACIÓN	SITUACIÓN SOCIAL														
	PEOR			MALA			MEDIA			MEJOR			TOTALES		
	FA	FR	FP	FA	FR	FP	FA	FR	FP	FA	FR	FP	FA	FR	FP
SUBSIADO	0	0,00	0%	0	0,00	0%	0	0,00	0,00%	0	0,00	0%	0	0,00	0,00%
OBRA SOCIAL	1	1,00	100%	0	0,00	0%	3	0,50	50,00%	2	0,40	40%	6	0,35	35,29%
PREPAGA	0	0,00	0%	2	0,40	40%	1	0,17	16,67%	2	0,40	40%	5	0,29	29,41%
PARTICULAR	0	0,00	0%	3	0,60	60%	2	0,33	33,33%	1	0,20	20%	6	0,35	35,29%
TOTAL	1	1	100%	5	1	100%	6	1	100,00%	5	1	100%	17	1	100,00%

Tabla de contingencia que establece la posible relación entre el modo de financiamiento del tratamiento y la situación social de los niños que se atienden en consultorios externos de TO ubicados en una zona de situación social media en CABA al que pertenecía cada uno de los TO encuestados entre los meses de agosto y noviembre del año 2017 . N=18

FINANCIACIÓN	SITUACIÓN SOCIAL														
	PEOR			MALA			MEDIA			MEJOR			TOTALES		
	FA	FR	FP	FA	FR	FP	FA	FR	FP	FA	FR	FP	FA	FR	FP
SUBSIADO	0	0	0%	0	0	0%	0	0,00	0,00%	0	0,00	0%	0	0,00	0,00%
PARTICULAR	0	0	0%	0	0	0%	1	0,06	5,88%	0	0,00	0%	1	0,06	5,56%
OBRA SOCIAL	0	0	0%	0	0	0%	5	0,29	29,41%	1	1,00	100%	6	0,33	33,33%
PREPAGA	0	0	0%	0	0	0%	11	0,65	64,71%	0	0,00	0%	11	0,61	61,11%
TOTAL	0	0	0%	0	0	0%	17	1	100,00%	1	1	100%	18	1	100%

Tabla de contingencia que establece la posible relación entre el modo de financiamiento del tratamiento y la situación social de los niños que se atienden en consultorios externos de TO ubicados en una zona de mejor situación social en CABA al que pertenecía cada uno de los TO encuestados entre los meses de agosto y noviembre del año 2017 . N=45

FINANCIACIÓN	SITUACIÓN SOCIAL														
	PEOR			MALA			MEDIA			MEJOR			TOTALES		
	FA	FR	FP	FA	FR	FP	FA	FR	FP	FA	FR	FP	FA	FR	FP
SUBSIADO	0	0,00	0%	0	0,00	0,00%	0	0,00	0%	0	0,00	0,00%	0	0,00	0,00%
OBRA SOCIAL	1	1,00	100%	0	0,00	0,00%	2	1,00	100%	9	0,23	23,08%	12	0,27	26,67%
PREPAGA	0	0,00	0%	2	0,67	66,67%	0	0,00	0%	12	0,31	30,77%	14	0,31	31,11%
PARTICULAR	0	0,00	0%	1	0,33	33,33%	0	0,00	0%	18	0,46	46,15%	19	0,42	42,22%
TOTAL	1	1	100%	3	1	100,00%	2	1	100%	39	1	100,00%	45	1	100%

**Base de datos Hoja 1 – Planilla de TO**

TERAPEUTA	CONSULTORIO	COMUNA	SITUACION SOCIAL	DEPENDENCIA	CANT. DE USUARIOS	CANT DE USUARIOS CON CUD	CANT. DE USUARIOS SIN CUD
T1	Villa Devoto	11	MEDIA	P	10	2	8
T2	Recoleta	2	MEJOR	P	9	5	4
T3	Recoleta	2	MEJOR	P	20	14	6
T4	Belgrano	13	MEJOR	H	14	14	0
T5	Belgrano	13	MEJOR	H	3	3	0
T6	Belgrano	13	MEJOR	H	14	14	0
T7	Liniers	9	PEOR	P	13	9	4
T8	Saavedra	12	MEDIA	P	17	15	2
T9	Villa Soldati	8	PEOR	O	25	23	2
T10	Palermo	14	MEJOR	P	6	6	0
T11	Belgrano	13	MEJOR	P	7	6	1
T12	Recoleta	2	MEJOR	P	6	6	0
T13	Chacarita	15	MALA	O	15	14	1
T15	Belgrano	13	MEJOR	P	15	15	0
T16	Belgrano	13	MEJOR	P	15	15	0
T17	Belgrano	13	MEJOR	P	12	5	7
T18	Villa Gral Mitre	11	MEDIA	P	14	14	0
T19	Flores	7	MALA	P	2	2	0
T20	Colegiales	13	MEJOR	P	7	7	0
T21	Villa Crespo	15	MALA	P	5	3	2
T22	Palermo	14	MEJOR	P	12	9	3
T23	Nuñez	13	MEJOR	O	16	11	5
T24	Colegiales	13	MEJOR	O	6	6	0
T25	Villa Lugano	8	PEOR	P	1	1	0
T26	Almagro	5	MEDIA	P	3	3	0
T27	Villa Crespo	15	MALA	P	6	5	1
T28	Colegiales	13	MEJOR	P	10	8	2
T29	Flores	7	MALA	O	6	6	0
T30	Palermo	14	MEJOR	P	1	1	0
T31	Parque Avellaneda	9	PEOR	O	30	27	3
T32	Nueva Pompeya	4	PEOR	P	6	6	0
T33	Saavedra	12	MEDIA	O	3	3	0
T34	Villa Crespo	15	MALA	P	10	10	0
T35	Villa Crespo	15	MALA	P	7	7	0
T36	Belgrano	13	MEJOR	P	3	1	2
T37	Barracas	4	PEOR	O	5	5	0
T38	Villa Urquiza	12	MEDIA	P	26	21	5
T39	Flores	7	MALA	P	1	1	0
T40	Belgrano	13	MEJOR	P	5	4	1
T41	Nuñez	13	MEJOR	P	5	5	0
T42	Palermo	14	MEJOR	P	3	3	0
T43	Flores	7	MALA	P	18	16	2
T44	Villa del Parque	11	MEDIA	P	24	22	2
T45	Recoleta	2	MEJOR	P	6	4	2
T46	Flores	7	MALA	P	4	2	2
T47	Belgrano	13	MEJOR	P	4	1	3
T48	Palermo	14	MEJOR	P	77	72	5
T49	Devoto	11	MEDIA	P	13	6	7
T50	Liniers	9	PEOR	P	13	11	2
T51	Caballito	6	MEJOR	P	33	26	7
T52	Chacarita	15	MALA	O	6	6	0
T53	Caballito	6	MEJOR	O	11	11	0
T54	Palermo	14	MEJOR	P	14	12	2
T55	Belgrano	13	MEJOR	P	3	3	0
T56	Palermo	14	MEJOR	P	5	5	0
T57	Palermo	14	MEJOR	P	5	5	0
T58	Villa Crespo	15	MALA	P	5	2	3
T59	Devoto	11	MEDIA	P	4	4	0
T60	Versalles	10	MALA	P	3	3	0
T61	Villa del Parque	11	MEDIA	P	1	1	0
T62	Monserrat	1	PEOR	O	1	1	0
T63	Belgrano	13	MEJOR	P	8	8	0
T64	Belgrano	13	MEJOR	P	9	9	0
T65	Barracas	4	PEOR	P	20	19	1
T66	Almagro	5	MEDIA	O	5	5	0
T67	Villa del Parque	11	MEDIA	P	2	2	0
T68	Floresta	10	MALA	H	17	17	0
T69	Balvanera	3	MALA	P	1	1	0
T70	Villa Crespo	15	MALA	P	13	7	6