Nombre de la Universidad: Universidad de Flores.

Unidad Académica: Facultad de Psicología y Ciencias Sociales.

Autoridades de la Universidad, de la Unidad Académica y de la Carrera: Rectora Arq. Fische Ruth- Decana de la Facultad de Psicología y Ciencias Sociales Lic. Labrit Beatriz- Directora de la licenciatura en Psicopedagogía Dra. Iguacel Sonia.

Nombre y apellido del tutor: Karina Sambataro.

Nombre y apellido asesor metodológico: Mariela Müller.

Nombre y apellido del autor: D´Angelo Iris Natalí.

N° de legajo: 23415.

Título del trabajo: El componente sensorial en niños con trastorno autista de la ciudad de Bragado.

Lugar: Ciudad autónoma de Buenos Aires.

Fecha de elaboración y entrega: Inició de elaboración 1 de agosto del 2018 - 3 de agosto del 2019.

ÍNDICE

Resumen……2

Palabras claves

Abstrac……3

Key words

Introducción……...4

1.Marco teórico……5-19

2.Antecedentes……20-23

3.Planteo del problema……24-25

4.Objetivos …….……26

5. Método……...27- 28

5.1 Diseño

5.2 Participantes

5.3 Técnicas de recolección de datos

5.4 Procedimientos

6. Resultados ……..29-34

7. Discusiones y conclusiones…….35-36

Referencias……..37-38

Anexo……...39

Modelo de entrevista

RESUMEN

A lo largo de la historia de la humanidad, han existido personas que han presentado características que comprende el autismo. La palabra fue empleada por primera vez por el psiquiatra suizo Eugen Bleuler, en 1911 y la inclusión del término se debe al Dr. Leon Kanner en 1943. En 1980 se le dio el status de diagnóstico al incorporarse en el Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (DSM) III, como una entidad única. En 1994 y en el 2000, aparecieron el DSM IV y el DSM IV – TR que delimitaron 5 categorías de autismo: trastorno autista, trastorno de asperger, trastorno de rett, trastorno desintegrativo infantil y trastorno generalizado del desarrollo no especificado. Siendo la categoría trastorno autista, la que se emplea como variable en esta investigación. En el recorrido histórico como en las diferentes ediciones de los Manuales Diagnósticos y Estadísticos de los Trastornos Mentales, los signos sensoriales no son tenidos en cuenta en el diagnóstico y se ubican como características asociadas. Sin embargo, son centrales en el diagnóstico temprano llevando a los papás a la consulta con un profesional. Por ello el objetivo de este trabajo, es analizar la influencia del componente sensorial en los niños con trastorno autista de la ciudad de Bragado. Utilizando como técnica de recolección de datos la modalidad de entrevista, llevadas a cabo en una muestra aleatoria de 8 profesionales de la salud que se abocan a la atención de niños con este trastorno. Los resultados arrojaron, que el componente sensorial tiene una marcada influencia en la sintomatología que presentan los niños con trastorno autista y se asocia al motivo de consulta de forma directa como indirecta. En cuanto a la cuestión de la instauración de un déficit sensorial, es un tema a esclarecer en futuras investigaciones que ampliarán los antecedentes sobre este campo de investigación.

PALABRAS CLAVES: componente sensorial - trastorno autista.

ABSTRACT

Throughout the history of humanity, there have been people who have presented characteristics that encompasses autism. The word was used for the first time by the Swiss psychiatrist Eugen Bleuler in 1911 and the inclusion of the term is due to Dr. Leon Kanner in 1943. In 1980 it was given the diagnosis status when incorporated into the Diagnostic and Statistical Manual of the Disorders Mental (DSM) III, as a single entity. In 1994 and in 2000, the DSM IV and the DSM IV - TR that defined 5 categories of autism appeared: autistic disorder, asperger's disorder, rett's disorder, infantile disintegrative disorder and generalized developmental disorder not specified. Being the category autistic disorder, which is used as a variable in this investigation. In the historical journey as in the different editions of the Diagnostic and Statistical Manuals of the Mental Disorders, the sensory signs are not taken into account in the diagnosis and are located as associated characteristics. However, they are central in the early diagnosis, taking the parents to the consultation with a professional. Therefore, the objective of this work is to analyze the influence of the sensory component in children with autistic disorder of the city of Bragado. Using the interview modality as a data collection technique, carried out in a random sample of 8 health professionals who are dedicated to the care of children with this disorder. The results showed that the sensory component has a marked influence on the symptomatology of children with autistic disorder and is associated with the reason for consultation directly or indirectly. Regarding the issue of the establishment of a sensory deficit, it is a topic to be clarified in future research that will broaden the background on this field of research.

KEY WORDS: autistic disorder - sensory component.

INTRODUCCIÓN

El presente trabajo tiene como objetivo analizar la influencia del componente sensorial, en los niños con trastorno autista de la ciudad de Bragado. Mediante la recolección de datos a través de la modalidad de entrevista, realizadas a una muestra aleatoria de 8 profesionales de la salud que se ocupan de la atención de niños con este trastorno.

A lo largo de la historia de la humanidad han existido evidencias de personas, que han presentado las características que incluye el autismo. No obstante, el concepto fue empleado por primera vez por el psiquiatra suizo Eugen Bleuler en 1911; para referirse a la desconexión con el entorno que padecen los pacientes esquizofrénicos. Pero, la incorporación del término se debe al Dr. Leon Kanner con la aparición en 1943 del artículo fundacional del autismo actual, *Autistic disturbances of affective contact.* Posteriormente en 1944 Hans Asperger pediatra vienés, publicó observaciones similares.

En 1980 se le dio el status de diagnóstico al incorporarse en el Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (DSM) III, como una entidad única que se denomina autismo infantil. En 1994 y en el 2000, aparecieron el DSM IV y el DSM IV – TR que delimitaron 5 categorías de autismo: trastorno autista, trastorno de asperger, trastorno de rett, trastorno desintegrativo infantil y trastorno generalizado del desarrollo no especificado. Siendo la categoría trastorno autista, una de las variables que se emplea en esta investigación. Actualmente está en vigencia la quinta edición de dicho manual (DSM V), que sustituye la denominación de trastornos generalizados del desarrollo por la de trastorno del espectro del autismo (TEA).

Tanto en el recorrido histórico como en las diferentes ediciones de los Manuales Diagnósticos y Estadísticos de los Trastornos Mentales, en este trastorno los signos sensoriales no se preponderan en el diagnóstico y se ubican como características asociadas. Siendo centrales en el diagnóstico temprano, ya que suelen llevar a los padres a la consulta con un profesional

1. MARCO TEÓRICO

Las primeras descripciones sobre el trastorno del espectro autista, fueron las que comprenden las publicaciones de los autores Leon Kanner (1943) y Hans Asperger (1944). Sin embargo, personas con estas características han existido siempre y es posible rescatar antecedentes, en la historia de la humanidad. Según los hallazgos de Artigas Pallarés y Pérez (2011) la primera referencia es en el siglo XVI, Johannes Mathesius cronista del monje alemán Martín Lutero relató la historia de un muchacho de 12 años severamente autista. En el siglo XVII el caso del Fray Junípero Serra, quien presentaba muchos de los síntomas, no comprendía las claves sociales, no detectaba la intencionalidad del comportamiento de los demás, no se adaptaba a las convenciones sociales y tenía dificultades para comprender la comunicación no verbal. El caso del niño salvaje Víctor de Aveyron a finales del siglo XVIII, siendo la escritora Harlan Lane (1976) quien planteó en su libro "El niño salvaje de Aveyron", la posibilidad de que fuera autista. Pero, acabó rechazándola por varias razones: 1) Víctor mostraba cambios bruscos de humor, por causas vinculadas a la relación con otras personas, 2) No estaba profundamente aislado, mostraba cierto afecto con los que eran amables con él, 3) No tenía obsesiones marcadas, 4) No tenía grandes dificultades para la manipulación, 5) Tenía lenguaje gestual. Aunque Uta Fritz, psicóloga del desarrollo, se preguntaba más tarde en su libro ¿Descartan estas observaciones el diagnóstico de autismo?.

La palabra autismo fue empleada por primera vez por el psiquiatra suizo Eugen Bleuler en 1911, para designar la desconexión con el entorno que padecen los pacientes esquizofrénicos. Su tendencia a vivir encerrados en sí mismos, aislados del mundo emocional exterior. En 1923, el psicólogo suizo Carl Gustav Jung introdujo los conceptos de personalidad extravertida e introvertida. El introvertido era una persona contemplativa, que disfrutaba de la soledad y de su mundo interno. La introversión severa, denominada autismo, se creía que era característica de algunas formas de esquizofrenia. En los años previos a la aparición de los trabajos de Leo Kanner, fueron surgiendo aproximaciones conceptuales (Gesell y Amatruda, 1941) (Bender, 1942) (Hulse y Heller, 1954), consecuencia de interpretaciones de esquizofrenia de inicio precoz, síndromes parecidos a la esquizofrenia o cuadros regresivos en la infancia Artigas y Pérez (2011).

La incorporación del término autismo se debe al Dr. Leon Kanner tras la aparición en 1943 del artículo fundacional del autismo actual, *Autistic disturbances of affective contact* Artigas y Pérez (2011). Luego de la publicación de dicho artículo, siguió profundizando en la delimitación del trastorno, al cual le asignó la denominación autismo infantil precoz. Cuyos síntomas son el aislamiento profundo para el contacto con las personas, un deseo obsesivo de preservar la identidad, una relación intensa con los objetos, conservación de una fisonomía inteligente y pensativa, y una alteración en la comunicación verbal manifestada por un mutismo o por un tipo de lenguaje desprovisto de intención comunicativa. Su gran aportación fue el hecho de intuir que es un trastorno del neurodesarrollo, cuyo punto de partida es un problema en los componentes constitucionales de la respuesta emocional. Al referirse a esta cuestión, kanner (1954) sostiene que estos niños llegan al mundo con una incapacidad innata para el contacto afectivo con las personas, como otros que nacen con deficiencias intelectuales o físicas. Por ello, un estudio más profundo proporcionaría criterios concretos sobre las difusas relaciones de los componentes constitucionales de la respuesta emocional. Siendo los casos existentes, ejemplos puros de trastorno autistas innatos del contacto afectivo.

Simultáneamente a los descubrimientos de Kanner, en América y Europa se extendía el conocimiento del trastorno. En Europa, se lo delimitaba como una enfermedad sui generis y en el continente americano, se diluía el concepto al incorporarle interpretaciones y conceptualizaciones heterogéneas Artigas y Pérez (2011).

En las décadas de los años 50 y 60, el debate que se generó en el área de la psiquiatría se centró en dos aspectos; la vinculación con la esquizofrenia y la interpretación psicodinámica. Para Kanner el cuadro clínico del autismo como él lo había descrito, era tan específico que se podía diferenciar no solo de la esquizofrenia, sino de cualquier otro trastorno. La esquizofrenia infantil, era una entidad especulativa en aquellos tiempos, basada en insinuaciones de los relatos de familiares de pacientes esquizofrénicos adultos o adolescentes. En cuanto a las interpretaciones psicodinámicas, afirmaba que los niños autistas son niños que nunca han "participado" y que han llegado al mundo desprovistos de los signos universales de la respuesta infantil Artigas y Pérez (2011).

Hans Asperger, pediatra vienés y 12 años menor que Kanner, en 1944 publicó observaciones similares. Su publicación recogía la historia de cuatro muchachos y empleaba el término autismo – psicopatía autística. Los pacientes mostraban un patrón de

conducta que comprendía; falta de empatía, ingenuidad, poca habilidad para hacer amigos, lenguaje repetitivo, pobre comunicación no verbal, interés desmesurado por ciertos temas, torpeza motora y mala coordinación Artigas y Pérez (2011).

Con el objetivo de homogeneizar la conceptualización de los trastornos mentales y unificar los criterios diagnósticos, se elaboran los manuales diagnósticos, la American Psychiatric Association el Diagnostics and Statistics Manual of Mental Disorders (DSM). La primera versión, el DSM I apareció en 1952 y el autismo no fue incluido, y los niños con las características descritas en el autismo eran diagnosticados como reacción esquizofrénica de tipo infantil, siguiendo la línea previa a las aportaciones de Leo Kanner. El DSM II de 1968, contemplaba al autismo como una característica propia de la esquizofrenia infantil. Considera que la enfermedad puede manifestarse por comportamiento autista y atípico, fracaso para desarrollar una identidad independiente de la madre, inmadurez y alteraciones en el desarrollo. Dichas alteraciones en el desarrollo, pueden provocar retraso mental Artigas y Pérez (2011).

En 1980 se le dio el status de diagnóstico oficial al incluirse en el DSM III, es una entidad única que se denomina autismo infantil y para su diagnóstico se requerían seis condiciones, todas debían estar presentes. Estas condiciones son: inició antes de los 30 meses, déficit generalizado de receptividad hacia las otras personas, déficit importante en el desarrollo del lenguaje, si hay lenguaje se caracteriza por patrones peculiares tales como ecolalia inmediata o retrasada, lenguaje metafórico e inversión de pronombres, respuestas extrañas a varios aspectos del entorno por ejemplo resistencia a los cambios, interés peculiar o apego a objetos animados o inanimados Artigas y Peréz (2011).

El DSM III – R apareció en 1987, sustituyó autismo infantil por trastorno autista. Delimita criterios diagnósticos, que son minuciosos y detallados. Se incorporan al texto ejemplos concretos, que aclaraban cuando un criterio se debía considerar positivo. Contemplaba al autismo como una categoría única, aunque admitía el diagnóstico de autismo atípico para aquellos casos que aunando características claras de autismo no cumplían todos los criterios. Comprende 16 criterios, de los cuales deben estar presentes 8 e incluirse por lo menos 2 ítems de A, uno de B y uno de C. A: Alteración cualitativa en la interacción social reciproca (los ejemplos entre paréntesis están organizados de modo que los listados en primer lugar sean más aplicables a los más pequeños o más afectados, y los

últimos a los mayores o menos afectados) manifestado por lo siguiente: 1. Marcada falta de consciencia de la existencia de sentimiento en las otras personas (por ejemplo trata a la persona como si fuera un objeto o un mueble, no detecta el malestar en la otra persona, en apariencia no tiene el concepto de privacidad de los demás), 2. Ausencia o alteración en la búsqueda de consuelo en los momentos de angustia (por ejemplo no busca consuelo cuando está enfermo, se hace daño, o está cansado; busca consuelo de forma estereotipada, por ejemplo dice: "queso, queso, queso" cuando algo le duele), 3. Ausencia o alteración en la imitación (por ejemplo, no gesticula bye- bye, no coopera en las actividades domesticas de los padres, imitación mecánica de las acciones de los demás fuera de contexto), 4.Ausencia o alteración en la imitación del juego social (por ejemplo no participa activamente en juegos simples, prefiere el juego solitario, solo involucra a los otros niños en el juego como soporte mecánico), 5. Alteración importante en la habilidad de hacer amigos entre los iguales (por ejemplo falta de interés en hacer amistades con iguales a pesar de tener aficiones similares, muestra falta de comprensión de las normas de interacción social, por ejemplo leer el listín de teléfono a compañeros que no les interesa). B: Alteración cualitativa en la comunicación verbal y no verbal y juego imaginativo (los ítems enumerados están organizados de modo que los listados en primer lugar sean más aplicables a los más pequeños o más afectados, y los últimos a los mayores o menos afectados) manifestado por lo siguiente: 1. Ausencia de forma de comunicación, como balbuceo comunicativo, expresión facial, gesticulación, mímica o lenguaje hablado. 2. Comunicación no verbal marcadamente anormal, como el uso de contacto visual, expresión facial, gestos para iniciar o modular la interacción social (por ejemplo no anticipa para ser tomado en brazos, se pone rígido cuando se lo toma en brazos, no mira a la persona o sonríe cuando realiza contacto social, no recibe o saluda a las visitas, mantiene la mirada perdida en las situaciones sociales), 3. Ausencia de juego simbólico, como imitar actividades de los adultos, personajes de fantasía o animales, falta de interés en historias sobre acontecimientos imaginarios, 4. Claras alteraciones en el habla, incluyendo volumen, tono, acento, velocidad, ritmo y entonación (por ejemplo tono monótono, prosodia interrogativa, tono agudo), 5. Claras alteraciones en la forma o contenido del lenguaje, incluyendo uso estereotipado o repetitivo del lenguaje (por ejemplo ecolalia inmediata o repetición mecánica de anuncios de la televisión), uso del "tu" en lugar del "yo" (por ejemplo decir "quieres una galleta" para decir "quiero una galleta"), uso idiosincrático de palabras o frases (por ejemplo "montar en el verde" para decir "Yo quiero montar en el

columpio"), o frecuentes comentarios irrelevantes (por ejemplo empezar hablar de horarios de trenes durante una conversación sobre viajes), 6. Clara alteración en la capacidad para iniciar o mantener una conversación con los demás, a pesar de un lenguaje adecuado (por ejemplo dejarse llevar por largos monólogos sobre un tema a pesar de las exclamaciones de los demás). C: Claro repertorio restringido de intereses y actividades manifestado por lo siguiente: 1. Movimientos corporales estereotipados (por ejemplo sacudir o retorcer las manos, dar vueltas, golpear la cabeza, movimientos corporales complejos), 2. Preocupación persistente por partes de objetos (por ejemplo olfatear objetos, palpar reiteradamente la textura de los objetos, girar ruedas de coches de juguete) o apego a objetos inusuales (por ejemplo insistir en llevar encima un trozo de cuerda), 3. Manifiesto malestar por cambios en aspectos triviales del entorno (por ejemplo cuando se cambia un jarro de su lugar habitual), 4. Insistencia irracional para seguir rutinas de modo muy preciso (por ejemplo insistir en que siempre se debe seguir exactamente la misma ruta para ir a la compra), 5. Manifiesto rango restringido de intereses y preocupación por un interés concreto (por ejemplo interesado en alinear objetos, acumular datos sobre meteorología o pretender ser un personaje de fantasía), D. Inicio durante la primera infancia. Especificar si se inicia en la niñez, después de los 36 meses Artigas y Peréz (2011).

En 1994 y en el 2000, aparecieron el DSM IV y el DSM IV – TR que definieron 5 categorías de autismo: trastorno autista, trastorno de asperger, trastorno de rett, trastorno desintegrativo infantil y trastorno generalizado del desarrollo no especificado. El término trastorno generalizado del desarrollo se empleo como denominación genérica, para englobar los subtipos de autismo. Los 16 criterios diagnósticos del DSM III, fueron reducidos a 6, el diagnóstico pasaba a ser menos restringido. Dichos criterios diagnósticos establecían, A: Para darse un diagnóstico de autismo deben cumplirse 6 o más manifestaciones del conjunto de trastornos (1) de la relación, (2) de la comunicación, y (3) de la flexibilidad. Cumpliéndose como mínimo 2 elementos de (1), uno de (2) y uno de (3). (1) Trastorno cualitativo de la relación, expresado como mínimo en dos de las siguientes manifestaciones: (a) Trastorno importante en muchas conductas de relación no verbal, como la mirada a los ojos, la expresión facial, las posturas corporales y los gestos para regular la interacción social, (b) Incapacidad para desarrollar relaciones con iguales adecuadas al nivel evolutivo, (c) Ausencia de conductas espontáneas encaminadas a compartir placeres, intereses o logros con otras personas (por ejemplo de conductas de señalar o mostrar objetos de interés), (d) Falta de reciprocidad social o emocional. (2)

Trastornos cualitativos de la comunicación, expresados como mínimo en una de las siguientes manifestaciones: (a) Retraso o ausencia completa de desarrollo del lenguaje oral (que no se intenta compensar con medios alternativos de comunicación, como los gestos o mímicas), (b) En personas con habla adecuada, trastorno importante en la capacidad de iniciar o mantener conversaciones, (c) Empleo estereotipado o repetitivo del lenguaje, o uso de un lenguaje idiosincrático, (d) Falta de juego de ficción espontáneo y variado, o juego de imitación social adecuado al nivel evolutivo. (3) Patrones de conducta, interés o actividad restrictivos, repetidos y estéreo-tipados, expresados como mínimo en las siguientes manifestaciones: (a) Preocupación excesiva por un foco de interés (o varios) restringido y estereotipado, anormal por su intensidad o contenido, (b) Adhesión aparentemente inflexible a rutinas o rituales específicos y no funcionales, (c) Estereotipias motoras repetitivas (por ejemplo, sacudidas de mano, retorcer los dedos, movimientos complejos de todo el cuerpo, etc), (d) Preocupación persistente por partes de objetos. B: Antes de los 3 años, deben producirse retrasos o alteraciones en una de estas tres áreas: (1) Interacción social, (2) Empleo comunicativo del lenguaje o (3) Juego simbólico. C: La perturbación no encaja mejor con un trastorno de Rett o trastorno desintegrativo infantil. Artigas y Peréz (2011).

Actualmente está en vigencia la quinta edición del Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (DSM V), que va a consolidar conceptualmente el autismo, sustituyendo la denominación de trastornos generalizados del desarrollo por la de trastorno del espectro del autismo (TEA); esta no es una simple adecuación semántica. Los trastornos generalizados del desarrollo, incluyen el trastorno de Rett, el cual se conoce en profundidad para ser considerado una enfermedad genética específica, cuya vinculación con el autismo surge de la coincidencia de algunos síntomas. En contraposición, no se han encontrado datos ya sean genéticos, neurobiológicos o cognitivos que permitan distinguir cualitativamente el trastorno autista, trastorno de Asperger, trastorno desintegrativo infantil y trastorno autista no especificado. Sin embargo, la razón más convincente de incorporar los trastornos anteriormente mencionados en los TEA, es que las diferencias entre los supuestos subtipos de autismo no están determinadas por los síntomas específicos del autismo, sino por el nivel intelectual, la afectación del lenguaje y por otras manifestaciones, ajenas al núcleo autista Artigas y Peréz (2011).

El DSM V, Asociación Americana de Psiquiatría (2014), conceptualiza el trastorno del espectro del autismo del siguiente modo: A. Deficiencias persistentes en la comunicación social y en la interacción social en diversos contextos, manifestado por lo siguiente, actualmente o por los antecedentes (los ejemplos son ilustrativos no exhaustivos). 1. Las deficiencias en la reciprocidad socioemocional, varían, por ejemplo, desde un acercamiento social anormal y fracaso de la conversación normal en ambas sentidos pasando por la disminución en intereses, emociones o afectos compartidos hasta el fracaso en iniciar o responder a interacciones sociales. 2. Las deficiencias en las conductas comunicativas no verbales utilizadas en la interacción social, varían, por ejemplo, desde una comunicación verbal y no verbal poco integrada pasando por anomalías del contacto visual y del lenguaje corporal o deficiencias en la comprensión y el uso de gestos, hasta una falta total de expresión facial y de comunicación no verbal. 3. Las deficiencias en el desarrollo, mantenimiento y comprensión de las relaciones, varían, por ejemplo, desde dificultades para ajustar el comportamiento en diversos contextos sociales pasando por dificultades para compartir juegos imaginativos o para hacer amigos, hasta la ausencia de interés por otras personas. En este punto se debe especificar la gravedad actual, la gravedad se basa en deterioros de la comunicación social y en patrones de comportamiento restringidos y repetitivos – Tabla 2. B: Patrones restrictivos y repetitivos de comportamiento, intereses o actividades, que se manifiestan en 2 o más de los siguientes puntos, actualmente o por los antecedentes (los ejemplos son ilustrativos no exhaustivos). 1. Movimientos, utilización de objetos o habla estereotipados o repetitivos (p ej., estereotipias motoras simples, alineación de los juguetes o cambio de lugar de los objetos, ecolalia, frases idiosincrásicas), 2. Insistencia en la monotonía, excesiva inflexibilidad de rutina o patrones ritualizados de comportamiento verbal o no verbal (p ej., gran angustia frente a cambios pequeños, dificultades con las transiciones, patrones de pensamiento rígidos, rituales de saludo, necesidad de tomar el mismo camino o de comer los mismos alimentos cada día) , 3. Intereses muy restringidos y fijos que son anormales en cuanto a su intensidad o foco de interés (p ej., fuerte apego o preocupación por objetos inusuales, intereses excesivamente circunscritos o perseverantes), 4.Hiper - o hiporeactividad a los estímulos sensoriales o interés inhabitual por aspectos sensoriales del entorno (p ej., indiferencia aparente al dolor / temperatura, respuesta adversa a sonidos o texturas específicos, olfateo o palpación excesiva de objetos, fascinación visual por las luces o el movimiento). Especificar la gravedad actual – Tabla 2. C: Los síntomas han de estar

presentes en las primeras fases del periodo de desarrollo (pero pueden no manifestarse totalmente hasta que la demanda social supera las capacidades limitadas, o pueden estar enmascarados por estrategias aprendidas en fases posteriores de la vida). D: Los síntomas causan un deterioro clínicamente significativo en lo social, laboral u otras áreas importantes del funcionamiento habitual. E: Estas alteraciones no se explican mejor por la discapacidad intelectual (trastorno del desarrollo intelectual) o por el retraso global del desarrollo. La discapacidad intelectual y el trastorno del espectro del autismo con frecuencia coinciden; para hacer diagnóstico de conmorbilidades de un trastorno del espectro autista y discapacidad intelectual, la comunicación social ha de estar por debajo de lo previsto para el nivel general del desarrollo. Especificar si: con o sin déficit intelectual acompañante, asociado a una afección médica o genética, o a un factor ambiental conocido, asociado a otro trastorno del desarrollo neurológico, mental o del comportamiento, con catatonía. Además, el manual incluye una nota que clarifica que los pacientes con un diagnóstico bien establecido según el DSM IV de trastorno autista, enfermedad de Asperger o trastorno generalizado del desarrollo no especificado de otro modo, se les aplicará el diagnóstico de trastorno del espectro del autismo. Por otro lado, los pacientes con deficiencias notables de la comunicación social, pero que sus síntomas no cumplen los criterios del trastorno del espectro del autismo, deben ser evaluados para diagnosticar el trastorno de la comunicación social.

En el recorrido histórico realizado y en las diferentes ediciones del Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales que han sido mencionadas con anterioridad, los déficit sensoriales no son tenidos en cuenta para el diagnóstico y se ubican como características asociadas. Sin embargo, es central en el diagnóstico temprano los signos de disfunción sensorial que presentan estos niños, que llevan a los padres a la consulta profesional Imperatore y Reinoso (2007).

Para poder comprender a que alude un déficit sensorial y específicamente en los niños con trastorno autista, es necesario arribar a otras conceptualizaciones que están en estrecha vinculación con la temática.

En primera instancia, los sistemas sensoriales permiten recibir toda la información sobre el mundo. Que además de los cinco sentidos, contamos con otros dos sentidos como el propioceptivo que nos da conocimiento acerca de la posición corporal y el vestibular que

responde al movimiento del cuerpo en el espacio y al cambio de posición de la cabeza. Hace posible mantener el tono muscular, la cabeza erguida y coordinar los lados del cuerpo. Siendo el procesamiento sensorial, el camino que recorre un estímulo externo para entrar al cuerpo, que sigue un orden secuencial. Primero se registra teniéndose conciencia de cada estímulo por separado, después se modula filtrando la intensidad con que se perciben, para posteriormente discriminar. Es decir, organizar e interpretar cada uno para distinguir su relevancia y finalmente, obtener la integración, la unión de los significativos de los diferentes sentidos para comprender las demandas del entorno. Este proceso es secuencial y un defecto en el registro, conducirá a alteraciones en los siguientes subprocesos; afectando la emisión de la respuesta adaptativa final. En las fases de registro y modulación, influye el nivel de alerta del individuo y las fases de discriminación e integración, tienen efecto en el planeamiento motor o praxis Navarro (2017).

Este proceso es consecuencia del desarrollo sensorial, Anna Jean Ayres, terapeuta ocupacional americana y psicopedagoga, sostiene que las experiencias sensoriales se van integrando para favorecer la ejecución de tareas más complejas. Los primeros 6 años de vida, es la etapa fundamental para la evolución y desarrollo de la integración sensorial (IS). Además, los estímulos sensoriales y la participación en el entorno, brindan más oportunidades para el desarrollo de una adecuada IS. Cuantas más experiencias sensoriales de calidad tengo o recibo de mi entorno y mi cuerpo, más aprendo de estos y mejor me relaciono con ambos; cuantas menos experiencias o más negativas tengo o recibo, menos conozco de mi cuerpo y entorno, más dificultades tengo para interrelacionarme con ambos. En vinculación con la anteriormente expuesto, la IS tiene en cuenta la capacidad de neuroplasticidad del cerebro, el potencial que tiene toda estructura neurológica para cambiar su función como resultado de la experiencia (González, 2017; Moya, 2017).

La IS es un proceso neurológico, que organiza las sensaciones del propio cuerpo y del medio ambiente, y hace posible usar el cuerpo efectivamente en el medio. Dicho proceso se realiza de forma automática e inconsciente, y ocurre a nivel del sistema nervioso central (SNC). Interviniendo varias estructuras para la correcta integración de las sensaciones en el procesamiento sensorial; los mensajes neuronales, las sinapsis, el proceso de facilitación e inhibición y el desarrollo de conexiones neuronales. A través de dichas estructuras, el cerebro analiza, organiza e interpreta todas las sensaciones percibidas a través de los sentidos, para emplearlas en el desempeño de actividades adaptadas a nuestro

entorno. Esta es la base, del aprendizaje y comportamiento social, sobre la que se desarrolla el individuo a nivel emocional, cognitivo, motor y comunicativo Moya (2017).

Existen cuatro niveles de IS, el *nivel básico* lo componen los sistemas sensoriales primarios, táctil, vestibular, propioceptivo, visual, auditivo, gustativo y olfatorio. El *segundo nivel* crea una base para las habilidades perceptivo-motrices, entre ellas la conciencia del propio cuerpo, la coordinación bilateral, preferencia manual y planeamiento motor. El *tercer nivel,* implica que el entendimiento cognitivo de la información sensorial va aumentando, comenzando a alcanzar y percibir habilidades motrices complejas como percepción audio – visual, coordinación óculo – manual, integración viso – motriz y movimiento hacia un propósito. El *cuarto nivel*, prepara para la disposición académica y estas habilidades comprenden razonamiento, pensamiento abstracto, regulación de la atención, organización de las conductas, especialización de cada parte del cuerpo y del cerebro, la visualización, la autoestima y el autocontrol González (2017).

En relación con lo establecido, una disfunción en la integración sensorial es un desorden en el procesamiento sensorial (PC), que ocurre cuando las señales sensoriales no pueden ser organizadas de forma automática e inconsciente, en respuestas apropiadas y adaptativas. Puede ser en relación a una o varias etapas del PC y presentarse uno o varios tipos de disfunción de manera conjunta González (2017).

Existen diversos desordenes en la integración: el *desorden en la modulación sensorial.* Es una disfunción de la modulación o del registro sensorial, por alteraciones en el nivel de alerta y de actividad. En el que se dan los siguientes tipos de respuesta: hiporrespuesta/ hiposensibilidad, búsqueda de un estimulo sensorial y/ o ausencia de respuesta a dicho estimulo ya que no se registra de manera adecuada. Hiperrespuesta/ hipersensibilidad, es una respuesta no adaptativa de huida, evitación o lucha ante el estímulo sensorial, por dificultad en la modulación. Es la búsqueda de un estímulo sensorial, el deseo intenso de input sensorial y al obtenerlo, los niños se desorganizan en sus procesos mentales, lo que los lleva a la necesidad de perseguir más estímulos González (2017).

Desorden motor de base sensorial, es la dificultad en el balance, la coordinación motriz y la ejecución de una habilidad motriz ya sea habitual o no. Se distinguen dos categorías: desorden postural, consecuencia de una pobre percepción del cuerpo y de su

posición en el espacio y dispraxia, es un déficit en el planeamiento motor de base sensorial, se relaciona con la discriminación o integración de varios estímulos. Existe dificultad en los actos motores complejos, en la habilidad manual y en el uso del cuerpo para resolver actividades que impliquen situaciones novedosas que requieren destreza, secuenciación y organización espacio – temporal; como jugar a la pelota, andar en bicicleta o atarse los cordones. Producto de las dificultades, en la secuenciación y organización de tareas, en la resolución de problemas y en la conciencia, y control corporal. A veces, estos pacientes muestran falta de interés o tropiezan en tareas sencillas González (2017).

En el desorden en la *discriminación sensorial*, el obstáculo está en interpretar en forma efectiva diversos aspectos del ambiente, detalles de objetos, lugares o personas, malinterpretando los estímulos o no atendiendo a los que son importantes. Los desordenes más comunes comprenden: la disfunción propioceptiva, el sistema propioceptivo proporciona información sobre el funcionamiento armónico de músculos, tendones y articulaciones. Entre sus funciones están, la regulación de la dirección y rango de movimiento, reacciones y respuestas automáticas y el desarrollo del esquema corporal en relación al espacio, sustenta la acción motriz planificada, participa en el control del equilibrio, en la coordinación de ambos hemicuerpos, en el mantenimiento del nivel de alerta del Sistema Nervioso Central, y además, influye en el desarrollo emocional y del comportamiento. Una disfunción en dicho sistema, puede relacionarse con torpeza motriz, imposibilidad para mantener la cabeza y el cuerpo erguidos, para realizar actividades bimanuales y manipular objetos, aumento de la distracción y ausencia de la noción de peligro. Hay dos respuestas al estímulo propioceptivo que denotan una disfunción en la integración de este sistema: la hiposensibilidad, el estímulo propioceptivo no se registra, o se hace de manera deficitaria, provocando un tono muscular bajo, dificultades motrices, de coordinación, disociación de miembros y torpeza. Los pacientes presentan un control corporal deficitario. Uso de la propiocepción como modular, son niños que persiguen un input propioceptivo para modular otros sistemas sensoriales, en los que presentan hipersensibilidad o para autoregularse, se denominan “buscadores de sensaciones”. Parecen hiperactivos, agresivos o incluso problemáticos, ya que tienen conductas en las que se hacen daño a ellos mismos o a los demás, no controlan su fuerza ni sus movimientos, se mueven rápida y constantemente, no logran mantener la atención González (2017).

La *disfunción vestíbular,* el sistema vestíbular responde a los movimientos del cuerpo a través del espacio y los cambios de posición de la cabeza. Junto con el sistema propioceptivo, participa en el tono postural, en la coordinación automática de los movimientos de los ojos, la cabeza y el cuerpo, en el mantenimiento de un campo visual estable, en la percepción del espacio y en la orientación del cuerpo en relación a este. Una disfunción en este sistema, lleva a que el tono postural puede verse disminuido, provocando deficiencias en el balance y en la actividad motriz. También, se presentan dificultades en el registro de la información visual, en el cruce de la línea media y en la percepción viso – espacial. Hiperactividad, la distracción por falta de modulación, la inestabilidad emocional y una pobre integración bilateral. Hay dos tipos de respuesta que denotan una disfunción en la integración de este sistema: Hiposensibilidad, el estímulo vestibular no se registra o se hace de forma deficitaria. El niño buscará actividades que impliquen mucho movimiento, intensos, con giros, aunque sean incapaces de ver los riesgos. Presentan inconvenientes en el control postural, en las actividades bilaterales o de secuenciación, en la motricidad fina, y en la atención. Hay retraso en el desarrollo psicomotor y del lenguaje. Hipersensibilidad al estímulo vestibular, se registra el input vestibular, pero no se es capaz de modular su intensidad, percibiéndola de forma exacerbada. Se pueden dar dos opciones, la inseguridad gravitacional relacionada con estímulos vestibulares lineales en los cambios de posición de cabeza y la aversión al movimiento, son más intolerantes a cualquier estímulo vestibular que implique movimientos rápidos y giros. En ambos casos la reacción es similar, presentando miedo o angustia ante el movimiento, conductas de evitación, mareos o sudoración. Conlleva a obstáculos para relacionarse, en juegos y actividades normalmente atractivas González (2017).

La *disfunción táctil*, el sistema táctil registra la información externa relacionada con la temperatura, el dolor, el tacto y la presión, permitiendo discriminar los estímulos del medio. Participa en el conocimiento del cuerpo, en el desarrollo del vínculo emocional y en el sentido de la seguridad. De manera conjunta con el sistema propioceptivo, sustenta la acción motriz planificada. Una disfunción en este sistema, provoca alta distracción, hiperactividad, torpeza motriz, dificultad para incursionar en el medio, desorganización de los movimientos, pobre organización espacio – temporal, dificultad en la construcción y manipulación manual, retraso en la adquisición de independencia en las actividades

cotidianas, inestabilidad emocional y dificultades en las relaciones sociales González (2017).

En los niños con trastorno autista en cuanto a estos déficit sensoriales, lo que ocurre es que hay una inadecuada modulación sensorial, que impide regular las respuestas conductuales a las experiencias sensoriales y asimismo, no permite organizar las reacciones a los estímulos de un modo graduado y adaptativo Navarro (2017).

Los déficit en la integración sensorial que presentan estos niños, se caracterizan de la siguiente forma: *Problemas en la detección, orientación y registro del input sensorial*, hay una falta de orientación y atención al estimulo sensorial, o una exagerada reacción o sensibilidad. Respuestas inconsistentes y dificultades en los mecanismos de alerta y atención, y en la capacidad de analizar el estimulo sensorial entrante, a veces esto aparece enmascarado como una conducta de sobrefocalización. Este pobre registro del input sensorial, afecta el desempeño en la mayoría de las áreas ya que el aprendizaje depende de registrar información, filtrar input irrelevantes y mantener un óptimo estado de activación y alerta; exhibiendo desordenes en el lenguaje, las relaciones sociales, aprendizaje cognitivo e interacciones con propósito. *Dificultades en la modulación y procesamiento sensorial*, aumenta la sensibilidad a las cualidades sensoriales de diversas experiencias y ambientes, diversidad de lugares y tiempos; lo que genera una amplia variabilidad en sus habilidades y reacciones. Muestran una búsqueda de una importante cantidad de input como conductas de evitación del input sensorial. Se observan una variabilidad de respuestas y fluctuaciones, desde la sobre o hiper – reacción a la falta de respuesta o hipo-reacción. *En el control postural*, dicho control puede ser pobre, pero mejora entre los 5 y 12 años, aunque a menudo no logran el control postural esperable. Se manifiestan inconvenientes en condiciones que interfieren con la información somato – sensorial y en el control postural anticipatorio. Es común el sobre uso del input visual sobre el somato – sensorial, durante pruebas de equilibrio y el patrón de ambulación puede ser similar al típico, con pasos más cortos y aparece menos dirigido al objetivo, evidenciando una función ejecutiva disminuida. *A nivel de las praxias, s*e reporta pobre iniciación, ideación o conceptualización, planeamiento motor, ejecución de una secuencia de acciones no habituales y organización de la conducta. Los problemas de ideación, se visibilizan en el pobre compromiso activo para iniciar actividades de interacción en respuesta a los estímulos sensoriales que el objeto brinda. Pobreza en la calidad de su juego y un limitado

repertorio de acciones con propósito, sobre todo en situaciones novedosas. Esto lo podría llevar a situaciones de confusión o ansiedad ante lo nuevo y a reforzar su tendencia a mantener rutinas inamovibles, y a demandar un "todo igual". También impactaría en la adquisición de habilidades específicas, como en el deseo y curiosidad de explorar ambientes, y objetos. El niño presenta mayor dificultad para iniciar una acción que requiera tener una idea previa y desarrollar un plan motor para lograrlo, que en la ejecución motora per se, sobretodo una vez que se ha automatizado o hecho habitual Nico (2016).

Los niños con autismo necesitan experimentar la intensidad, duración, frecuencia y ritmo de las sensaciones, y como muchos de ellos no logran comunicarse verbalmente o de manera efectiva, para elaborar un tratamiento bajo los lineamientos de la IS es necesaria la observación minuciosa de sus conductas para conocer que estímulos lo irritan y cuales, lo organizan. De este modo se logrará, reconocer las *estrategias sensoriales de autorregulación* es decir, las situaciones sensoriales que irritan y organizan, para adaptar el input sensorial y la tarea de acuerdo a estas necesidades; y reducir conductas inaceptables y estereotipias. *Favorecer un óptimo nivel de alerta, atención y activación* a través del control sensorial del ambiente y la tarea. *Facilitar el compromiso activo en la exploración del ambiente físico y el uso eficiente del cuerpo*, para ampliar el repertorio ocupacional; juego motor, autonomía en las actividades cotidianas y de auto- valimiento, y facilitar la adquisición de habilidades especificas para mejorar su desempeño funcional Nico (2016).

Simultáneamente las intervenciones en el tratamiento se sustentaran en tres aspectos fundamentales; *educación familiar* ayudar a la familia a comprender cómo el perfil sensorial del niño contribuye a sus dificultades. Entrenar a los papás en habilidades para captar las señales de advertencia, sobre aquellos estímulos sensoriales que irritan o cuando necesitan mayor intensidad del estímulo para poder orientarse hacia otro. *Modificación del ambiente,* para lograr una mayor sintonía entre las particularidades sensoriales del paciente y las demandas, y características ambientales. Graduar la cantidad e intensidad de estímulos y armar espacios para la calma, y otros que brindan información sensorial de calidad; favorece una mayor regulación y participación. *Intervención directa,* provisión de un ambiente rico en experiencias sensoriales en el cual, el niño es un activo participante. Se sigue su motivación intrínseca favoreciendo la experiencia, para que se

produzca la exploración de la situación y la resolución del problema que se plantea “Integración sensorial” (2011).

2. ANTECEDENTES

Para comenzar en chile se concretó un estudio por parte de Imperatore y Reinoso (2007), que tenía como objetivo revisar la literatura que trata el tema de déficit sensoriales en individuos con autismo. Es una revisión de bibliografía de carácter cualitativo, que clasificó los estudios existentes del siguiente modo; colección de conductas a través de cuestionarios, estudios neurofisiológicos y autobiografías. Los principales resultados de dicha revisión y clasificación, apoyaron la presencia de disfunciones sensoriales en niños con autismo, y que la mayor parte de los estudios se centran en los sistemas auditivos y táctiles, específicamente en disfunciones de hyper o hypo respuesta; en disfunciones de discriminación.

Por otra parte en Brasil, se dio lugar a una investigación de Silva y Pfeifer (2016) cuyo objetivo fue analizar detalladamente el proceso de intervención de la terapia ocupacional teniendo como base teórica metodológica la integración sensorial, en dos niños con trastorno del espectro autista. Es un estudio de caso exploratorio de carácter cualitativo, que se llevo a cabo a dos niños con diagnóstico de Trastorno del Espectro Autista, uno de 5 años y otro de 8 años, ambos atendidos en una clínica de terapia ocupacional en sesiones de 50 minutos, 2 veces por semana. La técnica que se utilizó para la recolección de datos, comprendió un perfil sensorial compuesto por 125 ítems y organizado en 3 áreas, procesamiento sensorial compuesta por 6 categorías (audición, visión, movimiento, tacto multisensorial y oral), modulación por 5 categorías (tono, posición del cuerpo/ movimiento, nivel de actividad, emocional, visual/ nivel de actividad); y comportamiento y respuestas emocionales por 3 categorías (emocional/social, respuestas comportamentales y umbrales de respuesta). Los resultados del presente estudio, se correlacionan con la literatura científica de que las intervenciones con integración sensorial en individuos con trastorno del espectro autista generan resultados positivos, proporcionando mejor organización del procesamiento sensorial y consecuentemente, mejora en el desempeño funcional.

En la misma línea en España, Salvador (2016 – 2017) desarrollo un trabajo de investigación que revisó la evidencia científica de la técnica de integración sensorial utilizada por la terapia ocupacional, en el procesamiento sensorial de niños con Trastorno

del Espectro Autista. Es un trabajo de carácter cualitativo, que utilizó como técnica de recolección de datos una búsqueda bibliográfica a través de las bases de datos Pubmed, Scopus y Medline, todas relacionadas con el campo de la medicina. Los términos claves tenidos en cuenta fueron; integración sensorial, trastorno del espectro autista, terapia ocupacional, intervención y desorden sensorial. Tras la realización de la búsqueda bibliográfica, se llego a la conclusión que las intervenciones de integración sensorial se utilizan con frecuencia como parte de un enfoque integral. Sin embargo, la evidencia está comprometida por las limitaciones metodológicas de los estudios existentes, hay poca bibliografía con respecto a los criterios y escalas para llegar a una conclusión firme. Por ello, hay necesidad de más pruebas con una muestra bien estandarizada usando un protocolo de formato de manual siguiendo los principios de integración sensorial y medición de la fidelidad.

En nuestro país Echeveste (2011) llevó a cabo una investigación, que buscó estudiar experimentalmente la capacidad de categorización o el uso de estrategias categóricas por parte de individuos del espectro autista y su comparación con la de niños neurotípicos; y su efecto sobre una tarea específica de tipo visual. Es un estudio experimental de carácter cuantitativo, en el cual se empleo para estudiar las posibles diferencias en la capacidad de categorización de niños del espectro autista, el desarrollo de un juego en forma de software de computadora. El experimento arrojó un resultado positivo, ya que los datos medidos confirman que existen diferencias significativas en la tendencia a categorizar observada en la población del espectro autista, en comparación con la población control.

En el mismo año y nuevamente en Argentina Nico (2011), realizó un trabajo de investigación que se propuso estudiar en el autismo la prevalencia de los trastornos del procesamiento sensorial, sueño, alimentación y evacuación/control de esfínteres, describir como se manifiestan estos problemas y analizarlos desde una perspectiva psico- inmune-neuro –endocrinológica. Fue un estudio cualitativo, que estuvo dirigido a 50 niños con autismo y trastornos del espectro autista de entre 3 a 11 años, de la ciudad de Buenos Aires. A dichos niños, se les administró el perfil sensorial Forma Corta, versión en español, para investigar acerca del procesamiento sensorial y una entrevista semi – estructurada para recabar datos sobre el sueño, la alimentación y evacuación /control de esfínteres. Los

resultados obtenidos, evidencian que estos trastornos bio- médicos son muy prevalentes en el autismo y podrían ser abordados, y aliviados. Que sería necesario seguir investigando, cómo estos trastornos contribuyen a los síntomas, para poder diseñar protocolos terapéuticos eficaces y mejorar la calidad de vida de los niños afectados como de sus familias.

Así mismo en España Martínez (2015), efectuó un estudio que persiguió como objetivo revisar la evidencia experimental que aborda el papel de la corteza pre frontal en las experiencias sensoriales inusuales en los niños con trastornos del espectro autista, y su implicación en los aspectos sociales. Es un estudio cualitativo de revisión experimental, que empleó como técnica de recolección de datos, el análisis de estudios experimentales. Que arribó a la conclusión que los problemas sensoriomotores a edad temprana, suponen una disrupción de la organización y regulación no solo de la percepción y la acción, sino también del lenguaje, el pensamiento, la emoción e incluso la memoria.

Los hallazgos de Reinoso en chile (2016), que se sustentaron en el objetivo de presentar un cuestionario para padres para la medición de la responsividad sensorial en niños con diagnóstico de autismo. Dicho estudio es de carácter cualitativo y comprendió como participantes para la recolección de datos, a todos los terapeutas ocupacionales en Argentina que hubiesen completado los niveles de formación 3 y 4 en la certificación Argentina de Integración Sensorial. Se diseñaron para administrarles, 4 estudios siguiendo la metodología de investigación de entrevistas y estudios Delphi. Las entrevistas fueron vinculadas a una base de datos y administradas de manera anónima, y enviadas a dichos participantes. Además, se llevo a cabo una revisión sistemática de la literatura internacional en el período 2000 – 2015, para la elaboración de los ítems pilotos del cuestionario para padres para la medición de la responsividad sensorial. La conclusión a la que arribó el presente estudio, es que los niños con diagnóstico de autismo presentan síntomas sensoriales que afectan acciones, tareas, actividades y ocupaciones como el desarrollo de hábitos y rutinas saludables, y la participación en diferentes contextos. Siendo un método de examen de esta dimensión, la utilización de cuestionarios para padres o personas que interactúan frecuentemente con estos niños.

Para finalizar González (2017) en España, elaboró un trabajo de investigación cuyo interés es analizar la posible relación de las alteraciones en el procesamiento o integración sensorial sobre las características motrices en los niños con trastorno del espectro autista.

Dicho trabajo es cualitativo y la recolección de datos, consistió en una revisión bibliográfica sobre las características de la integración sensorial y los diversos aspectos sensorio- motores derivados de ellas, en población infantil con trastorno del espectro autista. Al concluir, se sigue considerando limitada la cantidad de estudios existentes que definan con claridad los patrones del procesamiento sensorial en niños con trastorno del espectro autista, así como aquellos que muestren la relación causal entre las dificultades sensorio – motrices tempranas y los síntomas clínicos característicos en esta población, para conocer cómo impactan en su funcionamiento social y comunicativo.

3. PLANTEO DEL PROBLEMA

La palabra autismo fue empleada por primera vez por el psiquiatra suizo Eugen Bleuler (1911). Sin embargo, las primeras descripciones que fueron relevantes, son las de los autores Leo Kanner (1943) y Hans Asperger (1944). Para homogeneizar la conceptualización de los trastornos mentales y unificar los criterios diagnósticos se elaboran los manuales diagnósticos, como el Statistics Manual of Mental Disorders (DSM). La primera versión, el DSM I apareció en 1952 y en la actualidad está en vigencia la quinta edición que consolida conceptualmente el autismo, sustituyendo la denominación trastornos generalizados del desarrollo por la de trastorno del espectro autista. En las diferentes ediciones de dicho manual, los déficit sensoriales no son tenidos en cuenta para el diagnóstico y se ubican en el rubro características asociadas. Pero, es fundamental en el diagnóstico temprano los signos de disfunción sensorial que presentan estos niños. Que consisten en una inadecuada modulación sensorial, que impide regular las respuestas conductuales a las experiencias sensoriales, y tampoco permite organizar las reacciones a los estímulos de un modo graduado y adaptativo.

Según un informe de la Organización Mundial de la Salud (2002), la prevalencia del autismo varía según el método de identificación de casos, oscilando entre 0,7 y 21, 1 por 10.000 niños (mediana 5, 2 por 10.000), mientras que la prevalencia de trastornos del espectro autístico es del orden de 1 a 6 por 1.000. Estadísticas recientes evidencian un fuerte crecimiento de la prevalencia del autismo en los últimos años, un informe del Centro para el Control de Enfermedades (CDC) de los Estados Unidos reportó que en 2006 los Trastornos del Espectro Autista afectan a 1 de cada 110 niños y 1 de cada 70 niños varones. En nuestro país, no hay datos claros sobre estas cuestiones. No obstante, dichos datos estadísticos han llevado a los investigadores a indagar aquellos aspectos que caracterizan a este trastorno. Diversas investigaciones revisan la literatura que trata el tema de déficit sensorial, analizan el proceso de intervención de la terapia ocupacional y la posible relación de las alteraciones en el procesamiento o integración sensorial sobre las características motrices, estudian la capacidad de categorización de estos niños, la prevalencia de los trastornos del procesamiento sensorial, sueño, alimentación y evacuación/control de esfínteres, el papel de la corteza pre frontal en las experiencias sensoriales inusuales y su implicación en los aspectos sociales, presentan un cuestionario para padres para la medición de la responsividad sensorial. Como asimismo el presente

estudio, que anhela encontrar respuesta al siguiente interrogante ¿Qué influencia tiene el componente sensorial en los niños con trastorno autista de la ciudad de Bragado?

4. OBJETIVOS

Objetivo general

- Analizar la influencia del componente sensorial, en los niños con trastorno autista de la ciudad de Bragado.

Objetivos específicos

- Conocer las características de los niños con trastorno autista, de la ciudad de Bragado.
- Investigar que componentes sensoriales, son los primeros signos que llevan a los papás de los niños con trastorno autista de la ciudad de Bragado, a realizar una consulta con un profesional.
- Analizar la influencia del componente sensorial, en las características que presentan los niños con trastorno autista de la ciudad de Bragado.

5. MÉTODO

5.1 Diseño

El diseño de la presente investigación fue, de carácter cualitativo y de teoría fundamentada que se concretó mediante un muestreo teórico y un diseño emergente. Dicha teoría fundamentada, aportó una nueva interpretación de la influencia que el componente sensorial tiene en los niños con trastorno autista.

Asimismo, la elección de dicho diseño fue consecuencia de la economía que implica en cuanto a recursos y tiempo en su elaboración.

5.2 Participantes

Los participantes de la investigación fueron, profesionales de la salud que se especializan en la atención de niños con trastorno autista de la ciudad de Bragado. Seleccionados mediante un muestreo probabilístico y comprendiendo la muestra 8 profesionales de sexo femenino y de una franja etaria entre los 30 – 45 años, 2 terapistas ocupacionales, 2 fonoaudiólogas, 1 psicóloga, 2 psicopedagogas y 1 músicoterapeuta.

5.3 Técnicas de recolección de datos

La técnica de recolección de datos que se utilizó, fue la entrevista a profesionales que se especialicen en la atención de niños con trastorno autista de la ciudad de Bragado. Comprendiendo la misma 10 interrogantes, entre los mismos que aluden a los objetivos que sustentaron la presenta investigación, ¿Los signos sensoriales se asocian en la consulta y llevan a los papás a realizarla?, Desde su opinión, ¿qué influencia tiene el componente sensorial en la sintomatología que presentan los niños con este trastorno?, ¿Conlleva esta influencia del componente sensorial, a la instauración de un déficit sensorial?.

5.4 Procedimiento

Para acceder a la muestra, se llevaron a cabo entrevistas de una duración de 40 / 60 minutos al cuarto mes desde el inició de las actividades, que comprenden la presente investigación. En una primera instancia se informó a los participantes, el objetivo que conlleva a la realización de dichas entrevistas y se clarificó que los datos obtenidos serán confidenciales y los datos personales permanecerán en el anonimato; con el fin de obtener su consentimiento para concretar el procedimiento de recolección de datos.

6. RESULTADOS

La recolección de datos se concretó mediante la modalidad de entrevistas, se realizaron un total de 8 entrevistas, a profesionales de la salud que se abocan a la atención de niños con trastorno autista de la ciudad de Bragado.

En el primer interrogante que alude a las características generales de los niños con trastorno autista de la ciudad de Bragado, la primera terapista ocupacional entrevistada menciona que el trastorno autista presenta variadas características que conllevan "….a cuestiones mal diagnosticadas, hay diagnósticos livianos de autismo". Como dichas características fallas comunicativas en cuanto al lenguaje, intereses restringidos entre los que incluye la vinculación y alimentación. La fonoaudióloga delimita tres grandes rasgos, las dificultades en el contacto visual, en el lenguaje y en lo social. La psicóloga hace referencia al sobrediagnóstico en primera instancia y agrega que el trastorno autista evidencia problemas madurativos en el aprendizaje de vínculos tempranos y comprende dificultades en la organización espacial, organización conductual, en el lenguaje, estereotipias, características sensoriales como la hipersensibilidad a los ruidos y el contacto físico, y que son selectivos en sus gustos. La psicopedagoga responde que hay fallas en la comunicación como sostener la mirada, de contacto, insertarse en un juego, y en cuanto a lo emocional, intolerancia a la frustración y respuestas inadecuadas. La segunda fonoaudióloga establece tres pilares, dificultad social, rigidez en el pensamiento y costumbres, poseer o no lenguaje verbal. La musicoterapeuta, que está alterada la posibilidad de comunicarse, fijar la mirada, generar patrones de comunicación a nivel simbólico – lúdico y estereotipias. La segunda terapista ocupacional enumera, falta de lenguaje oral, contacto visual, juego o un juego estereotipado, dificultad en la relación con sus pares, hipersensibilidad auditiva, altamente sensoriales a texturas, alimentos y el cuerpo. Para finalizar la otra psicopedagoga que participó de las entrevistas, relaciona la pregunta con la actividad profesional, respondiendo falta de contacto visual y corporal.

En la segunda pregunta que busca delimitar la franja etaria que atiende cada profesional, el inicio de las mismas es a temprana edad a los 2 o 3 años, solo la musicoterapeuta atiende bebés de 1 años y medio. La culminación de dichas franjas etarias, oscila entre los 10 y 12 años. En el caso particular, de una de las terapistas ocupacionales finaliza a los 16 años y en la psicóloga en la adolescencia / adultez.

En el tercer cuestionamiento cuyo fin es establecer la vinculación de los signos sensoriales en la realización de una consulta por parte de los papás, sustentado en uno de los objetivos específicos que presenta está investigación, la terapista ocupacional n° 1 menciona la alimentación como signo sensorial y agrega que a veces la derivación es complicada porque los médicos no están adiestrados en cuestiones sensoriales, y que es el equipo de profesionales quien la hace. La segunda terapista ocupacional comenta como signos sensoriales el control de esfínteres y que presentan dificultades con la ropa. La primer fonoaudióloga responde que no es algo que se conoce e indagando a los padres si mencionan algunas cuestiones sensoriales como que salta mucho, no quiere ponerse la ropa, es selectivo con las comidas o que cuando van al parque no quiere subirse a las hamacas. La fonoaudióloga n° 2, que en su área concurren por falta de lenguaje y comunicación, pero que en la entrevista preguntando aparecen cuestiones como la molestia a los ruidos, no tolerar la ropa o no tener noción del calor. La psicóloga adiciona las conductas disruptivas. La primer psicopedagoga establece en el caso de los papás que vienen por un diagnóstico, no soportar la ropa o que no les gusta que los toquen y en los niños más chicos que no vienen por un diagnóstico, el no contacto visual o una respuesta ante las caricias. En contraposición la segunda psicopedagoga, no recibe consultas en las que este asociado el componente sensorial. La musicoterapeuta aclara que hay papás que tienen un recorrido en cuanto al aspecto sensorial, y suelen mencionar la hipersensibilidad o una búsqueda sensorial muy acentuada.

En relación con las respuestas expuestas con anterioridad y en la cuarta pregunta, se establece que la franja etaria en que ocurren las consultas es a temprana edad entre los 2 y 3 años. Tanto la primer terapista ocupacional como psicopedagoga entrevistada, mencionan que es consecuencia de la intervención de los pediatras; que están más atentos. Dicha psicopedagoga también incluye a los docentes, lo que ellos observan. La fonoaudióloga como la terapista ocupacional número 2, vuelven a comentar la importancia de los médicos pediatras. Aunque agregan a los papás y la información que hoy circula sobre el trastorno. La musicoterapeuta que es efecto de la búsqueda de un diagnóstico.

En cuanto al quinto interrogante que recaba información sobre las particularidades sensoriales de los niños con trastorno autista, la terapista ocupacional n° 1 establece la selección de la alimentación relacionada con las texturas y la oralidad, en cuanto a lo auditivo percepciones exageradas, la inseguridad gravitacional pueden ser hiperreactivos o

hiporreactivos, dificultades en el control de esfínteres. Para la fonoaudióloga n° 1 estas particularidades sensoriales varían de niño en niño, no hay idénticas. La psicóloga agrega el aleteo, dificultades para el contacto físico, movimientos muy fuertes, ante lo sensorial suave son reactivos, blandos físicamente e impedimento en la encoprecis. La psicopedagoga n° 1 adiciona la irritabilidad a ruidos fuertes y al tacto, el contacto visual. La fonoaudióloga n °2 añade, los obstáculos para cortarse el pelo, las uñas y cepillarse los dientes. La terapista ocupacional n° 2, suma las estereotipias desde lo motor. La musicoterapeuta aclara, que lo observa desde el aspecto vincular y adiciona como característica sensorial las conductas disruptivas.

En la sexta pregunta que busca la opinión de las profesionales en cuanto a la influencia del componente sensorial en la sintomatología que presentan los niños con trastorno autista, todas las respuestas son afirmativas, siendo fundamentadas algunas de ellas. Para la terapista ocupacional n° 1, la desorganización corporal o sus percepciones particulares no les permiten organizar funciones básicas. Para la fonoaudióloga n° 1, puede llevarlos a un déficit sensorial en complemento a otras patologías. Para la psicóloga, la dificultad sensorial genera una reactividad o se aíslan. Para la psicopedagoga n° 1 sus conductas van a derivar, de lo sensorial. La fonoaudióloga n° 2 establece que los limita un montón a estos niños, según el caso. Para la terapista ocupacional n° 2, uno decodifica y responde a los estímulos con las sensaciones. Para la psicopedagoga n° 2, al no poder comunicarse esto influye en su conducta.

En vinculación con el interrogante anterior, ante el séptimo cuestionamiento si la influencia del componente sensorial puede llevar a la instauración de un déficit sensorial, para la terapista ocupacional n° 1 la teoría de la integración sensorial no es acabada y lo sensorial es un síntoma, de las dificultades en el vinculo con los padres. La fonoaudióloga n° 1 que lo había mencionado en la respuesta al interrogante precedente, se llega a un déficit sensorial por complemento con otras patologías. La psicóloga no hablaría de un déficit sensorial, ya que el autismo es una defensa frente al mundo y los niños se aíslan para defenderse de lo sensorial. Para la psicopedagoga n° 1, si puede ocurrir por qué se puede generalizar en otras conductas. La fonoaudióloga n° 2 comenta que no sabe mucho sobre ese tema, pero que podría suceder al estar muy marcado lo sensorial. Para la segunda terapista ocupacional, con tratamiento todo es modificable. Hay que ver las particularidades, fortalezas y debilidades en el desarrollo, para construir desde lo que si

puede. Y mejoran los pacientes. El punto clave es incorporar a la familia, y todos los espacios; y el aprendizaje se generaliza. La musicoterapeuta contesta que sí, pero no tomando al déficit como algo tan marcado. Para la profesional, un niño que tuvo experiencias desagradables y no se regularon, se estructura en un déficit. Por último, la psicopedagoga n° 2 menciona que si no es detectada la falla sensorial si puede concretarse un déficit.

Por otra parte, en el octavo cuestionamiento que interroga a cada profesional sobre si su modalidad de abordaje tiene en cuenta el componente sensorial y de qué modo, todas las entrevistadas responden que si y clarifican, la terapista ocupacional n° 1 que mezcla diferentes teorías como la terapia cognitivo conductual que le permite al paciente aprender. La teoría de la integración sensorial que brinda la posibilidad de aprender a aprender, floortime, todo lo que aprende lo va aplicando y el niño te va diciendo por dónde. La fonoaudióloga n° 1, trabaja a nivel táctil en su modalidad con diferentes superficies y texturas como semillas, esponjas, líquidos, frio y calor. Además, con hamacas y pelotas a nivel vestibular. La psicóloga comenta a modo de ejemplo el caso de un paciente con encoprecis, emplea el juego simbólico y funcional, con maderas duras arman una estructura vertical, juegan con las partes del cuerpo. La psicopedagoga n° 1, desde la teoría cognitivo conductual plantea objetivos para ese niño especifico y selecciona las técnicas a utilizar. La fonoaudióloga n° 2, lo aborda de a pasitos con técnicas como la desensibilización o con dietas sensoriales. A veces, realiza la derivación a terapia ocupacional. La terapista ocupacional n° 2 aclara, que no lleva a cabo sesiones puras de integración sensorial sino de terapia cognitivo conductual, mezcla floortime, juego en suelo, técnicas de relajación, cepillos y lápices que vibran para la motricidad fina. Según el niño, hace un combo. La musicoterapeuta habla con los papás, para conocer el recorrido y ponerse en contacto con la terapista ocupacional. En la instancia de valoración musicoterapéutica, observa las respuestas, cuestiones defensivas o sensoriales de mucha búsqueda; para ver la totalidad del paciente y su padecimiento en diferentes niveles. Para fijar objetivos o dar lugar a una derivación a terapia ocupacional si es necesario. La psicopedagoga n° 2, regula su tono de voz, desarrolla juego libre o actividades para iniciar el contacto táctil.

En el noveno interrogante, se delimitan los beneficios de la modalidad de abordaje de las profesionales. La terapista ocupacional n° 1 menciona que el juego se desarrolla

desde otro lugar, hay disfrute. La fonoaudióloga n° 1, lo positivo en cuanto a la higiene se mejora el cepillado de los dientes. La psicóloga que tenes en cuenta al niño entero, de modo integral. La psicopedagoga n° 1, que permite trabajar más para que aprenda el paciente y lograr más empatía con él desde lo terapéutico. La terapista ocupacional y fonoaudióloga n° 2, como la musicoterapeuta, ver al niño como un ser en su totalidad. Para la psicopedagoga n° 2, ayuda al funcionamiento y desarrollo general.

En la decima pregunta a través de la opinión de las profesionales, se busca reafirmar la importancia de la temática abordada para profundizarla en futuras investigaciones, todas las respuestas son afirmativas; lo que las diferencia es su argumentación. La terapista ocupacional n° 1, menciona que son necesarias estrategias y respuestas estandarizadas. Asimismo, estudiar la vinculación de la integración sensorial con el psicoanálisis y el lenguaje neutro con los auditivo, y visual. La fonoaudióloga n° 1, la necesidad de construir perfiles sensoriales. La psicóloga, para pensar si es un déficit o maneras de relacionarse de estos niños o de todas las personas. La psicopedagoga n° 1, nuevamente que hacen falta técnicas para trabajar desde la terapia cognitivo conductual. Para la terapista ocupacional n° 2, es un largo proceso que está en materia de investigación. La musicoterapeuta establece que es necesario profundizar el tema, para ponerlo en juego en la interdisciplina. La psicopedagoga n° 2, vuelve a poner en cuestión la carencia de herramientas para utilizar en su área especifica.

Todas las profesionales que fueron entrevistadas, exceptuando la psicopedagoga n°2 por el sentido que le dio al interrogante, coinciden en la inclusión como características generales de los niños con trastorno autista de la ciudad de Bragado; dificultades en la comunicación y en la interacción social. El inició de la franja etaria de atención, es a temprana edad. En el motivo de consulta de la mayoría, se asocian signos sensoriales ya sea de forma directa como indirecta, es decir en la entrevista mediante indagaciones y dicha consulta es precozmente. Todas pueden reconocer y mencionar variadas particularidades sensoriales, que guardarían vinculación con lo que menciona la fonoaudióloga n° 1"…. las particularidades sensoriales yo creo varían de niño en niño, no son iguales en todos". Lo mismo ocurre en el sexto interrogante, en el cual dan cuentan de que el componente sensorial tiene influencia en la sintomatología que presentan estos niños. Sus modalidades de abordaje tienen en cuenta el componente sensorial, y emplean diversas estrategias para abordarlo. Trayendo dicha modalidad, diversos beneficios para

dichos niños en sus opiniones. Siendo preponderada en la última pregunta la temática y lo fundamental de seguir profundizando su investigación, para desarrollar su labor con los pacientes que padecen este trastorno.

7. DISCUSIONES Y CONCLUSIONES

El objetivo general que guió la presente investigación, fue el de analizar la influencia del componente sensorial en los niños con trastorno autista de la ciudad de Bragado, los resultados reafirmaron dicho objetivo. A través del reconocimiento de variadas particularidades sensoriales por parte de las profesionales entrevistadas, la influencia de este componente en la sintomatología y los beneficios que un abordaje que lo tiene en cuenta, les brinda a los pacientes con este trastorno. De lo anterior puede concluirse, que el componente sensorial es un factor que tiene impacto en los niños con trastorno autista, en su sintomatología y por ello un abordaje debe preponderarlo. Esto podría deberse a autores como Salvador (2016 – 2017), que desarrollo un trabajo de investigación que revisó la evidencia científica de la técnica de integración sensorial utilizada por la terapia ocupacional en el procesamiento sensorial de niños con Trastorno del Espectro Autista, que sustentaría estos argumentos. Igualmente que los hallazgos de la autora Nico (2011), que realizó una investigación que estudió en el autismo la prevalencia de los trastornos del procesamiento sensorial, sueño, alimentación y evacuación/control de esfínteres.

En cuanto al primer objetivo específico, que fue conocer las características de los niños con trastorno autista de la ciudad de Bragado, en los resultados obtenidos las profesionales dieron cuenta de una variedad de características. Sin embargo, la gran mayoría coincide en mencionar las dificultades para la comunicación. Infiriéndose de lo anteriormente expuesto, que uno de los síntomas que presentan los pacientes con autismo es la falla en la comunicación, que podría refutar en los postulados de Kanner (1954) que sostiene que estos niños llegan al mundo con una incapacidad innata para el contacto afectivo con las personas.

Por otra parte el segundo objetivo especifico fue investigar que componentes sensoriales, son los primeros signos que llevan a los papás de los niños con trastorno autista de la ciudad de Bragado, a realizar una consulta con un profesional. Los resultados arrojaron que los signos sensoriales se asocian al motivo de consulta, en el caso de algunas de las profesionales de forma directa y en otras, aparecen al indagar a los padres en la entrevista de consulta. Siendo esta consulta a temprana edad. Esto podría estar vinculado a lo que establecen Imperatore y Reinoso (2007), para quienes es central en el diagnóstico

temprano los signos de disfunción sensorial que presentan estos niños, que llevan a los padres a la consulta profesional.

El tercer y último objetivo especifico, fue analizar la influencia del componente sensorial, en las características que presentan los niños con trastorno autista de la ciudad de Bragado. Las entrevistadas afirman la influencia que dicho componente tiene sobre la sintomatología y en cuanto, a que dicha influencia lleve a la instauración de un déficit sensorial no todas coinciden en esta cuestión. Por lo tanto, el componente sensorial tiene influjo en la sintomatología del autismo, esto podría deberse como argumenta Navarro (2017) a una inadecuada modulación sensorial, que impide regular las respuestas conductuales a las experiencias sensoriales y además, no permite organizar las reacciones a los estímulos de un modo graduado y adaptativo.

En relación con lo establecido con anterioridad, creería que reafirmar la instauración de un déficit sensorial en el trastorno autista es una cuestión a esclarecer en futuras investigaciones. Como lo hicieron autores como Imperatore y Reinoso (2007), que llevaron a cabo un estudio que tenía como objetivo revisar la literatura que trata el tema de déficit sensoriales en individuos con autismo. Lo mismo ocurre con otro interrogante que se gestó en el transcurso del presente trabajo, ¿Hay un déficit o son maneras de relacionarse con lo sensorial de estos niños o de todas las personas?.

Por otra parte, hubiera sido aun más enriquecedor en cuanto a los resultados obtenidos, la selección de una muestra aleatoria de profesionales de mayor proporción con diversidad de especializaciones; que no pudo ser posible por la escasa cantidad de profesionales de la salud que se ocupan de este trastorno en la ciudad de Bragado.

Para finalizar y a modo de cierre, la cuestión de lo sensorial es un campo de investigación que está en vías de gestación y que es necesario seguir profundizando, por su estrecha vinculación con las variadas particularidades que presentan los niños con trastorno autista. Que el análisis de su influencia en las diferentes áreas del desarrollo, les permitirá a los profesionales que se abocan a la atención de este trastorno, que puedan adquirir estrategias que les brinden la posibilidad de mejorar la calidad de vida de sus pacientes y sus familias.

REFERENCIAS

American psychiatric association (2013). *Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales DSM V.* Estados Unidos: Editorial Médica Panamericana.

Artigas, J y Paula, I (2011). El autismo 70 años después de Leo Kanner y Hans Asperger. *Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría, 32,* (115).

Benito, M (2011). El autismo de Leo Kanner. *Revista digital innovación y experiencias educativas* (38), 1 – 8.

Echeveste, R (2011). *Percepción sensorial en niños autistas (tesis de grado de la Maestría en Ciencias Físicas).* Instituto Balseiro, San Carlos de Bariloche.

González, J (2017). *Desórdenes en el procesamiento sensorial y su influencia en la caracterización sensorio – motriz en niños con trastornos del espectro autista (TEA). Revisión narrativa (Tesis de grado en Fisioterapia con mención en pediatría).* Universidad de Valladolid, Facultad de Fisioterapia, Soria, España.

Imperatore, I y Reinoso, G (2007). Déficit de procesamiento sensorial en el espectro del autismo. *Revista Chilena de Terapia Ocupacional,* (7), 59-68.

(2011). Integración sensorial. Argentina, PANAACEA. Disponible en https://www.panaacea.org/espectro-autista/intervencion/listado/integracion-sensorial/

Martínez, S (2015). Papel de la corteza prefrontal en los problemas sensoriales de los niños con trastorno del espectro autista y su implicación en los aspectos sociales. *Revista de Neurología,* (1), 19 – 24.

Moya, D y Matesanz, B (2012). La teoría de la integración sensorial. Disponible en http://www.seri.es/index.php/component/phocadownload/category/3-ponencias?download=74:integracion-sensorial-metodo-ayres

Navarro, K (2017). Los trastornos del espectro del autismo y la disfunción en la integración sensorial. Disponible en http://rediversidad.com/wp-content/uploads/2017/02/Art-Red-TEA-e-Integraci%C3%B3n-Sensorial-Karen-Navarro-2017.pdf

Nico, M (2011). Autismo: prevalencia de los trastornos de procesamiento sensorial, sueño, alimentación y evacuación. Argentina, Espacio Actualizaciones terapéuticas. Disponible en https://actualizacionesterapeuticas.com/wp-content/uploads/2017/11/autismo-prevalencia-de-los-trastornos.pdf

Nico, M (2016). Los problemas sensoriales de los niños del espectro autista (TEA). Revisión de la literatura. Argentina, Espacio actualizaciones terapéuticas. Disponible en http://www.actualizacionesterapeuticas.com/articulos/articulo_que_es_la_integracion_sensorial.pdf

Reinoso, G (2016). El desarrollo de un cuestionario para padres para la medición de la responsividad sensorial en niños con diagnóstico de autismo. *Revista Chilena de Terapia Ocupacional*, (16), 69-87.

Salvador, T (2016 -2017). *Estudio de la eficacia de la Integración Sensorial mediante Terapia Ocupacional en niños con Trastorno del Espectro Autista: Revisión Bibliográfica (tesis de grado).* Universidad Miguel Hernández, Facultad de Medicina, España.

Silva, F y Pfeifer, L (2016). Intervención de integración sensorial en niños con trastorno del espectro autista. *Revista Chilena de Terapia Ocupacional, 16*, (1), 99 -106.

ANEXO

MODELO DE ENTREVISTA

Profesional:

1) ¿Qué características presentan los niños con trastorno autista de la ciudad de Bragado?

2) ¿Qué franja etaria atiende?

3) ¿Los signos sensoriales se asocian en la consulta y llevan a los papás a realizarla?

4) ¿A qué edad ocurren estas consultas?

5) ¿Qué particularidades sensoriales presentan estos niños?

6) Desde su opinión, ¿qué influencia tiene el componente sensorial en la sintomatología que presentan los niños con este trastorno?

7) ¿Conlleva esta influencia del componente sensorial, a la instauración de un déficit sensorial?

8) ¿Su modalidad de abordaje tiene en cuenta el componente sensorial ¿En qué consiste?

9) ¿ Qué beneficios trae dicha modalidad de abordaje?

10) ¿Cree necesario seguir profundizando a través del campo de la investigación, la influencia del componente sensorial en los niños trastorno autista?