

**¿COMO SE AFECTAN LAS DINAMICAS FAMILIARES DE NIÑOS
CON EDADES MENORES O IGUALES A 6 AÑOS CON DÉFICIT DE
INTEGRACIÓN SENSORIAL QUE HAN TENIDO BARRERAS DE
ACCESO A LOS SERVICIOS DE SALUD?**

Karen Marcela Cervantes Moreno

MD

Universidad El Bosque

Facultad de Medicina

Maestría en Salud Pública

Bogotá

2023

**¿COMO SE AFECTAN LAS DINAMICAS FAMILIARES DE NIÑOS
CON EDADES MENORES O IGUALES A 6 AÑOS CON DÉFICIT DE
INTEGRACIÓN SENSORIAL QUE HAN TENIDO BARRERAS DE
ACCESO A LOS SERVICIOS DE SALUD?**

Karen Marcela Cervantes Moreno

MD

Director: Carl Steven Machuca

Trabajo de Grado para optar por el título de Magister en Salud Pública

Universidad El Bosque

Facultad de Medicina

Maestría en Salud Pública

Bogotá

2023



La Universidad El Bosque no se hace responsable de los conceptos emitidos por los investigadores en su trabajo, solo velará por el rigor científico, metodológico y ético del mismo en aras de la búsqueda de la verdad y la justicia

AGRADECIMIENTOS

Al culminar este interesante y edificante proceso quiero agradecer a múltiples personas por haberme apoyado en este camino, por su paciencia, comprensión y ayuda. Primero agradezco a mi esposo por su apoyo en los días en los que no contaba con el tiempo para mis múltiples tareas, por su amor y cuidados, así como agradezco a mi hijo quien es una de mis grandes motivaciones para estudiar y para continuar con el mismo deseo de adquirir conocimientos que edifiquen mi pensamiento, agradezco a mis padres quienes con su amor me impulsan a cumplir cada uno de los propósitos que me propongo.

También agradezco a los docentes, directores y coordinadores de la Maestría en Salud Pública y de la Especialización en Salud Familiar y Comunitaria de la Universidad El Bosque, quienes con sus ideas, conocimientos, sirvieron de inspiración para tener un cambio de pensamiento desde lo simple a lo complejo, para de esta manera tener la capacidad de abordar los asuntos en general de forma compleja, fueron una fuente inspiradora y mi deseo es continuar adquiriendo conocimientos en esta prestigiosa universidad, así como también agradezco al director del presente trabajo por la forma en como transmite sus conocimientos de una manera comprensible y práctica.

Agradezco a Dios por darme salud física y mental y las suficientes motivaciones diarias para realizar un esfuerzo adicional y subir un peldaño más que fortalecerá mi perfil laboral y me brindará herramientas para desempeñarme en perfil asociados a los conocimientos y títulos que he adquirido.

TABLA DE CONTENIDO

1. RESUMEN.....	7
2. JUSTIFICACIÓN.....	9
3. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	14
3.1 Déficit de integración sensorial desde su definición y epidemiología:.....	14
3.2 Barreras de acceso a los servicios de salud:	16
3.3 Dinámicas familiares:	19
4. OBJETIVOS.....	22
4.1 PRINCIPAL.....	22
4.2 ESPECÍFICOS.....	22
5. METODOLOGÍA	23
5.1 Descripción de la metodología	25
5.2 Metodología del relato autobiográfico:.....	27
6. MAPA CONCEPTUAL DE LA METODOLOGÍA.....	28
7. MARCO TEÓRICO.....	29
7.1 Déficit de Integración Sensorial.....	29
7.1.1 Trastorno de la integración sensorial	29
7.1.1.1 Hiperresponsividad sensorial	29
7.1.1.2 Hiporresponsividad sensorial	30
7.1.1.3 Búsqueda sensorial.....	30
7.1.2 Trastorno motor de base sensorial	30
7.1.2.1 Dispraxia	30
7.1.2.2 Trastorno postural	31
7.1.3 Trastorno de la discriminación sensorial	31
7.1.3.1 Diagnóstico	32
7.2 Dinámicas Familiares	32
7.2.1 Familia.....	32
7.2.2 Concepto genérico de familia.....	33
7.2.3 Funcionalidad familiar	33
7.2.4 Dinámicas Familiares.....	33
7.3 Barreras de Acceso a los Servicios de Salud	34

7.3.1	Modelo de Tanahashi.....	35
7.3.1.1	Disponibilidad.....	35
7.3.1.2	Accesibilidad.....	35
7.3.1.3	Aceptabilidad.....	36
7.3.1.4	Contacto.....	36
7.3.1.5	Cobertura efectiva.....	36
	Figura 1. Modelo de evaluación de equidad de acceso y barreras para lograr cobertura de salud universal con equidad.....	36
8.	AUTOBIOGRAFIA ACERCA DEL DEFICIT DE ATENCIÓN SENSORIAL EN NIÑOS.....	37
9.	MATRIZ DE ANÁLISIS.....	40
9.1	Déficit de Integración Sensorial.....	40
9.2	Dinámicas Familiares.....	42
9.3	Barreras de Acceso a los Servicios de Salud.....	42
10.	ANÁLISIS.....	43
10.1	Déficit de Integración Sensorial en Niños, un Concepto Desconocido desde la Salud Pública.....	43
10.2	Dinámicas Familiares y su Abordaje desde su Concepción.....	45
10.3	Barreras de Acceso y las Posibles Consecuencias por la Falta de Oportunidad....	46
11.	CONCLUSIONES.....	48
12.	RECOMENDACIONES.....	50
13.	BIBLIOGRAFÍA.....	52
14.	ANEXOS.....	54
	ANEXO 1 - TIPOLOGÍA DE BUSQUEDA Y OPERADORES BOLEANOS.....	54

1. RESUMEN

Con este trabajo se pretende exponer una autobiografía acerca del Déficit de Integración Sensorial y desarrollarlo a través de tres variables, el déficit per se, las barreras de acceso a los servicios de salud y las dinámicas familiares afectadas, para lo anterior se planteó la siguiente pregunta: ¿Cómo se afectan las dinámicas familiares de niños con edades menores o iguales a 6 años con déficit de integración sensorial que han tenido barreras de acceso a los servicios de salud?, la justificación para llevarlo a cabo fue la afectación que se presenta en las aulas escolares, debido a la necesidad de terapias para mejorar el proceso de aprendizaje de los niños, así como evitar la deserción escolar, dentro de sus objetivos es importante resaltar el relacionamiento entre las variables ya mencionadas. La metodología está sustentada en una revisión narrativa con elementos sistemáticos y su correlación con un relato autobiográfico.

Dentro de los resultados se observó que las familias que tienen niños con déficit de integración sensorial se ven afectadas en cuanto a sus dinámicas familiares, puesto que estas deben ser modificadas buscando alcanzar una adaptación que les permita funcionar de manera adecuada ante las posibles adversidades, para así llevar a cabo su tratamiento no solo en el consultorio sino también en casa, también se observaron barreras en el acceso a los servicios de salud, independientemente de cuál sea su servicio de salud (público, privado), se concluye que se deben realizar esfuerzos para tener procesos multidisciplinarios tanto en las entidades de salud como en los centros educativos, para poder tratar a los niños de manera eficiente y efectiva, sin barreras de acceso y sin mayores afectaciones a sus dinámicas familiares.

Palabras clave:

Déficit de integración sensorial. Dinámicas familiares. Barreras de acceso a los servicios de salud. Población pediátrica.

Abstract

This work aims to present an autobiography about the Sensory Integration Deficit and develop it through three variables, the deficit per se, the barriers to access to health services

and the affected family dynamics. For this purpose, the following question was posed. : How are the family dynamics of children aged less than or equal to 6 years with sensory integration deficit who have had barriers to access health services affected? The justification for carrying it out was the impact that occurs in the school classrooms, due to the need for therapies to improve the learning process of children, as well as avoid school dropouts, within its objectives it is important to highlight the relationship between the variables already mentioned. The methodology is supported by a narrative review with systematic elements and their correlation with an autobiographical story.

Among the results, it was observed that families that have children with sensory integration deficits are affected in terms of their family dynamics, since these must be modified seeking to achieve an adaptation that allows them to function adequately in the face of possible adversities, to thus carry out their treatment not only in the office but also at home, barriers were also observed in access to health services, regardless of what their health service is (public, private), it is concluded that efforts should be made to have multidisciplinary processes both in health entities and in educational centers, to be able to treat children efficiently and effectively, without access barriers and without major effects on their family dynamics.

Keywords:

Sensory integration déficit. Family dynamics. Barriers to access to health services. Pediatric population.

2. JUSTIFICACIÓN

Es importante visibilizar el tema de interés del presente trabajo debido a que la integración sensorial se define como el proceso neuropsicológico que permite el apropiado procesamiento de la información y que de manera directa involucra las funciones cognitivas, de aprendizaje, la afectividad y la conducta.

Teniendo en cuenta la anterior definición si existe un déficit en la integración sensorial las dinámicas familiares probablemente pueden afectarse, puesto, que es probable que los niños presenten formas de relacionarse diferentes a las esperadas por los padres, familiares, cuidadores, docentes y pares del niño, lo que a su vez altera el funcionamiento de la familia y de los demás entornos en donde el infante interactúe, debido a que si los niños tienen respuestas a los estímulos inadecuadas o inesperadas, las personas de los anteriores contextos pueden no saber cómo abordar dicha situación y pueden presentarse discusiones y problemas entre los miembros de la familia, cuidadores y pares del niño y esto a su vez retrasa y altera la evolución del infante y al mismo tiempo la consecución de su tratamiento y se verá distorsionada aún más la relación del paciente con su entorno.

Uno de los justificantes para investigar acerca de este tema fue la experiencia vivida a través de un niño de 7 años, las emociones que experimento la pareja, la preocupación, angustia, incertidumbre y la alegría al notar su evolución positiva, todo lo anterior motiva a escribir sobre este tema que se considera como un problema de salud pública, pero del cual no se notan acciones a nivel salud o gubernamentales.

La problemática se soporta en los datos en Colombia, se realizó un estudio de tipo descriptivo cuantitativo en Bogotá de 2014 a 2015, en el servicio de terapia ocupacional del Centro Integral de Neurodesarrollo Adriana Vega CINAV en el cual se identificó el perfil sensorial de un grupo de niños y adolescentes escolarizados con dificultades del aprendizaje, en el mismo participaron 20 niños con dificultades de aprendizaje entre los 5.3 años y los 14.8 años. Se obtuvieron los siguientes resultados: “Los niños y adolescentes con dificultades de aprendizaje son mayoritariamente hombres (Prevalencia 4 a 1 hombres: mujeres), el 50% presento dificultades relacionadas con el movimiento asociado con el procesamiento del sistema vestibular, el 45% presenta alguna alteración en el procesamiento táctil, el 40% de la

población mostro una diferencia en el procesamiento sensorial oral (sistemas táctil en boca, olfativo y gustativo), el 20% de la población presento déficit en cuanto al procesamiento sensorial relacionado con la posición del cuerpo (sistema propioceptivo), el 5% de la población presento déficit en el procesamiento Visual.”

Ahora bien, en cuanto a las barreras de acceso a los servicios de salud, de manera personal y basada la experiencia familiar, la principal barrera fue tener que realizar todo el proceso de consulta, diagnóstico y tratamiento de manera particular o por el servicio de medicina prepagada, puesto que no existía la confianza en tener una oportunidad adecuada con el servicio de salud obligatorio EPS, otra barrera vivida fue, al intentar obtener citas por neuropediatría de manera particular la obtención de la misma no era rápida a pesar de tratarse de un paciente particular, lo que quiere decir que las consultas no se realizaban por el servicio de salud obligatorio.

En cuanto al tema de barreras de acceso para Colombia, la revisión sistemática de (Vargas et al. 2010) dilucida que a pesar de contar con un número amplio de estudios, pocos profundizan en el contexto o en la perspectiva de los actores servicios de salud sobre los aspectos que determinan el acceso, los diferentes estudios muestran la existencia de barreras al acceso de la población (cobertura del seguro, ingresos o educación) y a las características de los servicios (accesibilidad geográfica, asuntos administrativos o calidad).

Vargas y Molina (2009) describieron el caso de seis ciudades colombianas y evidenciaron que el sistema da prioridad a la rentabilidad y a los costos, por encima del derecho a la salud. Las barreras que los mencionaron autores lograron identificar las dividieron en cinco tipos: 1) administrativas, 2) geográficas, 3) normativas, 4) poca oferta y 5) contexto cultural, social, político y económico. De la misma manera, analizaron las estrategias más frecuentes que usan los actores para solventar las barreras: 1) urgencias, 2) tutela, 3) acudir a funcionarios “puente”, con buena disposición y contactos, 4) acompañamiento de líderes locales con conocimiento, 5) esfuerzo de profesionales de salud para ayudar, por ejemplo, al transporte de pacientes, 6) estrategias de IPS para aumentar oferta y extender horarios, y 7) atención privada.

El trabajo de Vargas et al. (2013) analiza diferentes estrategias y controles a nivel administrativo que han implementado las Empresas Promotoras de Salud (EPS) en medio de

la competencia. Otro aporte para comprender las barreras al acceso a los servicios de salud en Colombia es el trabajo de García-Subirats y cols. (2014), debido a que analiza las barreras en distintas etapas del acceso, desde el momento en el cual las personas inician la búsqueda, del estudio se concluye que las principales barreras se presentan en el acceso inicial como en la continuación a solucionar los problemas de salud, y son mayoritariamente barreras de tipo geográfico, económico y las relacionadas con las autorizaciones por parte de las EPS.

Una vez comprendida la información anterior es importante preguntarse ¿Cómo se afectan las dinámicas familiares de niños con edades menores o iguales a 6 años con déficit de integración sensorial que han tenido barreras de acceso a los servicios de salud?, dentro de los objetivos de la realización de este trabajo y a su vez motivaciones para conocer acerca del tema, se encuentran.

Visibilizar los temas relacionados al síndrome de déficit de integración sensorial y sus afectaciones por las barreras de acceso a los servicios de salud y la alteración de las dinámicas familiares que se presentan en el entorno de los pacientes con el síndrome desde la perspectiva de salud pública, realizar una búsqueda a nivel nacional y mundial acerca del déficit de integración sensorial en población pediátrica, generar una búsqueda nacional y mundial acerca de las barreras a los servicios de salud en pacientes pediátricos con síndrome de déficit de integración sensorial, hacer una búsqueda de información nacional y mundial relacionada con las dinámicas de familias que tienen dentro de sus miembros niños con déficit de integración sensorial y analizar los resultados de la búsqueda de información en cuanto al déficit de integración sensorial, las barreras de acceso a los servicios de salud y las dinámicas familiares, en integración con el relato biográfico.

Es necesario describir que se posiblemente se presentan alteraciones a nivel de dinámica de familia debido a que se viven situaciones que en algunas ocasiones llevan a los miembros de la familia al límite y a la pérdida de la paciencia, esto debido a que cuando los familiares intentan impartir una orden o directriz la respuesta de los niños no es la adecuada, llegando a tener sentimientos de frustración, tristeza, ira, angustia, ansiedad, preocupación, a lo anterior adicionalmente se le suma el factor monetario que afecta la economía familiar, puesto que el tratamiento para mejorar el proceso de integración neurosensorial incluye la valoración y manejo por: neurología, terapia física, terapia ocupacional, terapia de

lenguaje y/o psiquiatría o psicología, los valores son diferentes si se pertenece al régimen subsidiado, contributivo, se tiene acceso a una medicina prepagada, a una póliza de salud o de manera particular, este último genera gastos importantes a nivel mensual, puesto que se deben realizar terapias idealmente de manera semanal y con la frecuencia indicada por los profesionales que valoren al niño, en cambio en los regímenes subsidiado y contributivo del sistema de salud se debe esperar a que la oportunidad de las citas sea la esperada y conveniente para todo.

Por lo arriba mencionado es importante dar contexto a la frase Dinámica Familiar, en la que se abarcan los procesos psicológicos, biológicos y sociales de los integrantes de una familia, para que la comunicación sea asertiva generando así lazos, límites definidos y un desarrollo ante la sociedad positivo. El tema que se ha venido describiendo es un problema de salud pública puesto que el déficit de integración sensorial afecta la forma en como el niño percibe su entorno, su mundo exterior y como se relaciona con él, tiene gran incidencia en su rendimiento escolar, en la relación con sus compañeros del sitio donde estudia, en las relaciones familiares y en su futuro.

Niños con déficit de integración sensorial no diagnosticado y no tratado pueden tener pérdidas de años escolares, por lo tanto, mayor posibilidad de deserción escolar con todo lo que esto acarrea, a futuro puede influir en el tipo de trabajo de estos seres ya adultos debido a que tendrán menos posibilidades en muchos casos de ingresar a la educación superior y por lo tanto sus trabajos no serán calificados y la remuneración económica será menor, al mismo tiempo tienen la posibilidad latente de caer en adicciones a sustancias psicoactivas o de ingresar al mundo de la delincuencia, agravando así problemas sociales de su región.

Cuando un niño presenta déficit en la integración neurosensorial influye de manera negativa en todos los procesos a nivel cognitivo, debido a que este tipo de población presenta un lenguaje no ordenado, presenta dificultades en el habla y por lo tanto en el proceso de lectoescritura también, por lo tanto es importante la relación entre el tratamiento basado en terapias (física, ocupacional y lenguaje), así mismo es de vital importancia del trato afectivo por parte de la familia (padres, cuidadores) y maestros.

Es importante plantear propuestas para solucionar las situaciones que los estudiantes viven en los salones de clase al intentar comprender conceptos, para así en el futuro evitar las

carencias y falta de habilidades de los adultos que en su niñez presentaron déficit de integración neurosensorial.

3. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

Teniendo en cuenta lo anterior al reconocer que es una patología novedosa respecto a su diagnóstico y su correlación directa con las dinámicas familiares y las barreras al servicio de salud se propone la siguiente subdivisión para profundizar el planteamiento del problema.

3.1 Déficit de integración sensorial desde su definición y epidemiología:

Teniendo en cuenta que el Déficit de Integración Sensorial o Trastorno del Procesamiento Sensorial, son todas aquellas dificultades que tiene el cerebro para recibir, identificar y discriminar los estímulos que provienen de los diferentes sistemas sensoriales, como; exteroceptivo (vista, audición, tacto, gusto, olfato), propioceptivo (vestibular, kinestésicos) y los sistemas interoceptivos y a su vez si no existe un adecuado procesamiento de la información que al cerebro llega, las reacciones tampoco serán las adecuadas para cada situación. Por lo anterior es importante describir la situación a nivel estadístico y epidemiológico en el déficit a nivel mundial y en Colombia.

Para hablar de prevalencia del déficit es importante resaltar que la definición de Integración Sensorial fue descrita en la década de los años 60 (Ayres, 1963, citado en Pérez, 2012), este no hace parte del manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales DSMIVTR (Apa, 2002), no obstante si se describe en los libros de paidopsiquiatria como en la clasificación del DC: 0-3R (Zero to three, 2005, citado en Pérez, 2012) y fue nombrada así: trastorno de regulación del procesamiento sensorial.

Ahora bien, la prevalencia tiene variaciones importantes según la región y los autores que la describan en Estados Unidos la prevalencia es del 10 al 12% (Ayres 1989, Ermer y Dunn 1998, citado en McIntosh et al. 1999), Baranek (1997, citado en McIntosh y cols. 1999), refiere que es del 30%. Y Bar-Shalita et al. (2008), describen la prevalencia del 3% al 15%, estudios de Kimball (1997); Dunn (1997); Parham y Mailloux (2001) (citados en Bar-Shalita et al. 2008), en estudios de Franklin, Deitz, Jirikowic y Astley (2008) es del 68% y en Hutton (2012), del 55%. En la etapa de educación preescolar, Ahn (2004, citado en Kahn y Richter, 2011), la nombra entre el 5% y el 13% y Ben-Sasson (2009; citado en Kahn y Richter, 2011),

describió que un 16.5% de niños presentaban hiperresponsividad. Pérez (2012), describe que en el continente europeo el diagnóstico de trastorno de regulación del procesamiento sensorial (TRPS), definido con parámetros del DC: 03R (Zero to three,) es del 7%, pero diagnosticado con criterios de trastorno de modulación sensorial común en estudios norteamericanos, es del 3,4% al 13.7% (Ahn, Miller, Milberger y McIntosh, 2004 citado en Pérez, 2012), Pérez et al. (2011), lo describen entre un 3,4% y el 15.6% en la población preescolar norteamericana. En Sur América exactamente en Santiago de Chile, Medel y Vasquez (2007), destacan que la prevalencia es del 35%, siendo más frecuente su aparición en estratos socioeconómicos bajos y Kahn y Richter (2011), también en Chile, lo refieren en el 34%. A nivel de Suramérica el déficit de integración sensorial afecta al 35% de estudiantes, dentro de las estadísticas de un colegio oficial de Suramérica se tomaron como muestra niños entre los 7 y 10. Se encontró que, un 46% de niños presentaban déficit de integración sensorial, 58% de los niños presentaba problemas en el aprendizaje para la lectura, problemas para el cálculo 93%, situaciones relacionadas con la ansiedad entre el 20 a 35%, trastornos relacionados con la depresión entre el 15 al 31% y finalmente problemas de conducta del 15%.

En Colombia, Erazo (2015), en una muestra de niños con edades entre los 7 y 10 años de estratos socioeconómicos 1 y 2, perteneciente a un colegio público de la ciudad de Popayán departamento del Cauca, encontró que la prevalencia de déficit de integración sensorial es de un 64%.

Del dato anterior en Colombia se desprenden los siguientes datos: el 64% de los estudiantes analizados presentaron déficit en integración sensorial en la discriminación auditiva el 3%, olfativa 5%, propioceptiva 5%, táctil 6%, vestibular 9%, finalmente integración del 24%, en la que un estudiante de la muestra tomada tiene varias dificultades al mismo tiempo, el 2% de los estudiantes tienen problemas de motricidad gruesa y fina el 96%, en lenguaje receptivo el 15% y expresivo el 37% esto a su vez se asocia con dificultades en el aprendizaje para la lectura y escritura en el 58% de los casos y cálculo en el 94% definiendo así un riesgo para bajo rendimiento académico para el 23% de los estudiantes analizados. Padres y docentes refieren que el 20 y 22% de estudiantes de la muestra tomada tienen problemas de atención

discriminados así, 6% tiene inatención, un 7 y 14% hiperactividad y un 9 y 12% presentan tienen déficit mixto.

El 16% de los estudiantes perciben que tienen dificultades por comportamientos y en las relaciones sociales del 27%, a su vez padres y maestros consideran que un 14 y 15% de estudiantes tienen problemas de conducta, desagregados así: 6 y 11% son agresivos, 17% negativista-desafiante y el 3% disocial. Finalmente, progenitores y profesores consideran que los estudiantes tienen una conducta de aislamiento entre el 14 y 18%, atípico del 11 y 29% y con problemas de adaptabilidad el 18 y 23%, según los padres existen problemas entre compañeros del 38%, llama la atención que los maestros lo perciben en un 47% de la población de estudiantes y para padres y maestros estos niños tienen déficit en habilidades sociales entre el 35 y el 42%, lo anterior fue tomado de Erazo (2015).

Se encontró que en cuanto a otros datos en Colombia se realizó una investigación institucional, este fue un estudio de tipo descriptivo cuantitativo en el cual se identificó el perfil sensorial de un grupo de niños y adolescentes escolarizados con dificultades del aprendizaje en Bogotá entre los años 2014 a 2015, en el servicio de terapia ocupacional del Centro Integral de Neurodesarrollo Adriana Vega CINAV, la muestra fue de 20 niños con dificultades de aprendizaje entre los 5.3 años y los 14.8 años. Se evidenciaron los siguientes resultados: Los niños y adolescentes con dificultades de aprendizaje son en su mayoría hombres (Prevalencia 4 a 1 hombres: mujeres), el 50% presento dificultades relacionadas con el movimiento asociado con el procesamiento del sistema vestibular, el 45% presento alguna alteración en el procesamiento táctil, el 40% de la población analizada mostro una diferencia en el procesamiento sensorial oral (sistemas táctil en boca, olfativo y gustativo), el 20% de toda la población presento déficit en cuanto al procesamiento sensorial relacionado con la posición del cuerpo (sistema propioceptivo), el 5% de la población presento déficit en el procesamiento Visual.

3.2 Barreras de acceso a los servicios de salud:

Ahora bien, en cuanto a las barreras de acceso a los servicios de salud, el presente resumen se realiza a partir de una revisión sistemática hecha por los autores Hirmas et al. 2013, en el que se trataron temas de barreras y facilitadores de acceso a la atención de salud, de la Revista Panamericana de Salud Pública de la OMS (Organización Mundial de la Salud y la OPS) y

de la OPS (Organización Panamericana de la Salud). Este artículo reúne 19 estudios, 16 de fuentes primarias y 3 de fuentes secundarias de información, la muestra fue 13 estudios que incluyeron a personas que utilizan los servicios de salud, y 6 incluyeron población usuaria y no usuaria de servicios.

Solo 5 artículos integraron a los equipos de salud. 6 del total de los artículos incluyeron población de diferente etnia. De todos los artículos analizados, 6 son estudios cuantitativos (tres se realizaron en Canadá, dos en Estados Unidos y uno en Chile), 12 estudios cualitativos (cinco se realizaron en Estados Unidos, dos en Canadá, uno en Bolivia, uno en Guatemala, uno en México, uno en Nicaragua y uno en Zambia) y 1 es una revisión sistemática que agrupo 84 estudios, 73 de estos realizados en países desarrollados (56 en Estados Unidos, 3 en Canadá, 3 en Reino Unido, 2 en Francia, 2 en Holanda, 2 en Italia, 1 en Australia, 1 en Bélgica, 1 en Suiza y 2 multinacionales) y 12 en países en desarrollo (4 en Brasil, 1 en Bostwana, 1 en Costa de Marfil, 1 en Costa Rica, 1 en China, 1 en Malawi, 1 en Rumania, 1 en Sudáfrica y 1 en Uganda).

Los siguientes son los tópicos de los que se tratan los 19 estudios, de los cuales 6 se tratan de barreras y facilitadores de atención en salud general, 4 estudios de terapia antirretroviral, 3 son acerca de atención en salud reproductiva, 2 de atención preventiva, 1 de atención preoperatoria, 1 de atención en salud mental, 1 de servicios genéticos y 1 de terapia medicamentosa antihipertensiva. Los artículos identifican grandes diferencias en las barreras a los servicios de salud y se sugieren diferentes taxonomías para clasificarlas. Los usuarios y los equipos de salud lograron identificar 230 barreras y 35 elementos facilitadores.

Se tomo el modelo de Tanahashi para clasificar las 230 barreras: 87 (38%) son de la dimensión de aceptabilidad, 67 (29%) son referentes a la accesibilidad, 51 (22%) se relacionaron con el contacto y 25 (11%) son de disponibilidad. Las barreras más frecuentes fueron: costo de medicamentos, consultas médicas y exámenes (8,7%), temor o vergüenza al consultar en un servicio de salud (7,6%), desconfianza hacia los profesionales del área de la salud y por lo tanto no confiabilidad en el tratamiento prescrito (6,1%) y por último estigma social, creencias y mitos (6,1%). De los cinco estudios que incluyeron a los equipos de salud, solo cuatro identificaron las barreras percibidas por el equipo, y estas fueron las de dimensiones de disponibilidad y contacto.

Por otra parte, en lo que se relaciona con los 35 elementos facilitadores identificados, los siguientes sobresalieron: tener con redes de apoyo social (26%), el valor dado a la atención de salud para reducir riesgos y complicaciones (14%), adaptación de los diferentes servicios de salud al paciente y programas de la enfermedad (11%), comunicación médico-paciente y calidad de la relación médico-paciente (9%), aceptación del diagnóstico (9%), tener recordatorios para el tratamiento (9%) y confianza en los tratamientos (6%). Estos factores corresponden a 84% de los facilitadores.

Se evaluaron ocho documentos pertenecientes a literatura gris, tres fueron lineamientos del Ministerio de Salud de Chile el cual es descrito como un acceso a los servicios de salud de manera equitativa, uno era de Estados Unidos el cual compara su sistema de salud con seis países desarrollados, hubo dos presentaciones de jornadas científicas que se llevaron a cabo en África, una revisión sistemática que hizo un compendio de ocho estudios de tres países y un manual de referencia realizado por la Organización Mundial de la Salud y la Red Regional para la Equidad en Salud en África.

Los diferentes artículos analizados fueron realizados en países desarrollados, muchos son estudios cualitativos y se realizaron con usuarios de servicios de salud, también se constató que las barreras y los facilitadores se presentan en países con un grado diferente de desarrollo social y económico. Comparando las barreras en el modelo usado el cual fue el modelo de Tanahashi lograron identificar barreras en todas sus dimensiones.

Finalmente, el estudio concluyó que identificar tanto las barreras como los facilitadores relacionados con los servicios de salud es un aporte que impacta en la equidad en salud y aumenta el acceso a la población en general a los servicios. El modelo usado facilita conocer las dimensiones de las barreras, debido a que si todo se traslada a un instrumento que contribuya al chequeo este sintetiza el acceso a la atención en salud. También se concluyó gracias al estudio que es necesario crear políticas intersectoriales para impactar sobre dichas barreras, para así lograr un acceso a la salud de manera equitativa, el estudio también recomienda que los servicios de salud se adapten a su población, que los mismos sistemas de salud realicen búsquedas de personas que no consultan e incluyan en sus políticas los elementos facilitadores que lograron identificarse, así como se deben identificar cuáles son

los grupos poblacionales que no se encuentran incluidos en los sistemas de salud de los países.

3.3 Dinámicas familiares:

En cuanto a la variable de las dinámicas familiares y su afectación alrededor del déficit, en el artículo de la autora Maitta Rosado et al. 2020, se tratan tópicos de la funcionalidad en la familia y la relación que existe entre el área sensorial de niños con trastornos del espectro autista, lo anterior tiene que ver con el tema de interés del presente trabajo puesto que los niños con trastornos del espectro autista tienen diferentes tipos de déficit de integración sensorial. Dentro de dicho artículo se menciona a la familia como uno de los entornos más importantes del ser humano, por lo que el vínculo entre lo vivido y la familia es importante para el mantenimiento de la salud, aparición de la enfermedad y el buen desarrollo del individuo y a su vez de cada miembro de la familia, lo anterior según Arnett, 2008.

Según Maddaleno, 2004, si una familia cumple o no sus funciones, se trata de familia funcional o disfuncional, por lo que se puede definir el termino de funcionalidad familiar como la capacidad de la misma para enfrentar, abordar y superar todas las etapas del ciclo vital y las crisis venideras. Las familias funcionales tienen un nivel de comunicación adecuado, el bienestar particular y común está presente, la forma en la que se resuelven problemas y la flexibilidad para los eventos que generen conflicto como en estados estables también debe existir.

Como funciones del núcleo familiar se encuentran el cuidado y apoyo hacia sus integrantes, educar a los hijos y satisfacer las necesidades que se tengan. Gracias a la familia también se crean hábitos buenos y malos, se desarrollan conductas y aprendizaje en todos los que la componen. Para (Garibay, 2013) existen familias que por mucho tiempo han actuado de manera disfuncional y por lo tanto han adoptado dichas disfuncionalidades como funcionalidades, por lo tanto, al intentar realizar una reestructuración de la familia se crea una crisis en el interior de la misma.

La familia vista como un sistema a su vez se subdivide en subsistemas, esto para que exista organización y así poder desempeñar funciones de manera efectiva, los cuales dependen de los roles de cada miembro de la familia, de las funciones que estos tengan y de las tareas

específicas de cada uno, siendo los más importantes el subsistema conyugal, parental y el subsistema fraterno.

Según Álvarez Otero et al. 2010, Al tratarse el Déficit de Integración Sensorial de una dificultad para el procesamiento de información que al cerebro llega, en los niños puede haber un lenguaje desorganizado y esto es causado por la deficiencia en la secuenciación de ideas, también afecta la regulación de su comportamiento y se afecta en gran medida la atención a las pautas de una conversación lógica. Lo anterior afecta su relación con sus padres, su familia, docentes, compañeros de jardín infantil, colegio o con otros niños con los que deba interactuar, lo que se traduce en una afectación en la creación de relaciones interpersonales, todo esto hará pensar que el niño no comprende lo que están queriendo transmitirle.

Estos niños tienen dificultades para su relacionamiento en el día a día debido a que al intentar resolver la información que a su cuerpo llega no atienden su lenguaje, por lo tanto existen deficiencias a nivel del mantenimiento del tema del que se está hablando, dificultades para prestar atención a la persona con la que hablan, también presentan déficit en el reconocimiento del espacio personal y una inadecuada reacción ante estímulos, todo lo anterior depende del nivel del déficit, por lo anterior el papel del fonoaudiólogo es importante debido a que este profesional puede dar pautas a los padres y maestros acerca del manejo de este tipo de niños.

Erazo Santander, 2016, refiere que, al afectarse la conducta del niño, esto debido al déficit de integración sensorial, también se involucran y afectan las relaciones sociales y a su vez las dinámicas familiares. Beaudry (2006) explica que el comportamiento de estos niños como la desatención, dificulta la adaptabilidad del infante para crear relaciones sociales funcionales, particularmente con sus cuidadores (Consejo Interdisciplinario de Desarrollo y Trastornos del Aprendizaje, 2005; Miller, Nielson, Schoen y Brett-Green, 2009, citados en Cohn et al. 2011).

La relación entre el niño y el adulto es dirigida por el adulto, quien a su vez genera las reglas con las que esta relación se llevara a cabo, las cuales son de difícil cumplimiento para el infante por su déficit al intentar integrar los estímulos e información que a su cerebro llega, lo que genera conflictos entre los adultos y el niño, adultos que lo tildan de desobediente e indisciplinado, esto a su vez aumenta las consultas con psicología y psiquiatría, sobre

problemas actitudinales, de capacidad de auto regulación e inquietud (Medel y Vásquez, 2007).

Las dinámicas basadas en los conflictos fueron evaluados por Cohn et al. (2011), usando el instrumento de evaluación del procesamiento sensorial (ESP) y la escala de padres de crianza y competencia, para así obtener relaciones entre las dos variables, dentro de los resultados se describen que los padres de hijos con déficit de integración sensorial, no tienen las suficientes competencias para tratar al niño, tienen altos niveles de stress y presentan problemas emocionales, siendo la frustración la más común entre todos.

Lo anterior también fue analizado en Medel y Vásquez (2007), Santiago de Chile, quienes estudiaron los factores de riesgo de tener Trastorno de Déficit de Atención e Hiperactividad y Déficit de Integración Sensorial y como resultados obtuvieron que tenían mayor riesgo de tener déficit de integración los hijos de padres con dificultades socioeconómicas, que por lo mismo tenían pocas interacciones con los niños y no tenían muchas experiencias de juego y exploración, también concluyeron que existe relación entre la forma de crianza y la estimulación y afectos brindados a los niños con déficit de integración sensorial. Adicionalmente, Kahn y Richter (2011), describieron que hay un riesgo del 50% de padecer déficit de integración sensorial, si la madre es soltera, con padres adolescentes o con poco tiempo de interacción y juego.

Del trabajo de Ortega et al. 2012, se concluye que los cambios significativos al tener un hijo con discapacidad se encuentran; mayor atención 42.5%, mayores gastos económicos 15.5%, búsqueda de ayuda profesional 4.5%, relaciones familiares 4.1%, afrontamiento social 2.7%, aislamiento y cambio de creencias 1.4% y ningún cambio 27.4%. De lo anterior se deduce que en definitiva las dinámicas familiares de niños con discapacidades si se afectan y si bien es cierto no en todos los grados del déficit de integración sensorial se presenta discapacidad en los infantes, si se pueden afectar las dinámicas familiares por alguno de los cambios mencionados anteriormente.

4. OBJETIVOS

4.1 PRINCIPAL

- 4.1.1 Visibilizar los temas que se ajustan al síndrome de déficit de integración sensorial y sus afectaciones por las barreras de acceso a los servicios de salud y la alteración de las dinámicas familiares que se presentan en el entorno de los niños con el síndrome desde la perspectiva de salud pública.

4.2 ESPECÍFICOS

- 4.2.1 Realizar una búsqueda a nivel nacional y mundial acerca del déficit de integración sensorial en población pediátrica.
- 4.2.2 Exponer una búsqueda acerca de las barreras a los servicios de salud en pacientes pediátricos con síndrome de déficit de integración sensorial.
- 4.2.3 Describir una búsqueda de información relacionada con las dinámicas de familias que tienen dentro de sus miembros niños con déficit de integración sensorial.
- 4.2.4 Analizar los resultados de la búsqueda de información en cuanto al déficit de integración sensorial, las barreras de acceso a los servicios de salud y las dinámicas familiares, en integración con el relato biográfico.

5. METODOLOGÍA

La presente investigación se sustenta en una revisión narrativa con elementos sistemáticos y su correlación con un relato autobiográfico, con el que se busca visibilizar el síndrome de déficit de integración sensorial en población pediátrica hasta los 6 años, las barreras al servicio de salud para estos niños y como lo anterior afecta las dinámicas familiares, para así darle una mirada como problema de salud pública y que se empiece a tener en cuenta en discusiones transversales tanto en el área de la salud como en otros campos, como la educación e incluso el área laboral, por el posible impacto que pueda tener este en la vida de un adulto no diagnosticado y por lo tanto no tratado.

El presente estudio pretende recopilar información acerca del déficit de integración sensorial, describir la información disponible acerca de las barreras de acceso a los servicios de salud y generar una búsqueda acerca de las dinámicas familiares afectadas en el núcleo de los infantes afectados, luego de la búsqueda anterior posteriormente todo será organizado en una matriz de síntesis, esto es una tabla que permite que la persona encargada de la investigación clasifique y ordene las diferentes variables del tema a tratar en su estudio.

Con esta metodología se pretende dar un enfoque mixto al trabajo, debido a que la revisión narrativa con elementos sistemáticos y bibliográficos aporta la parte cualitativa y la autobiografía es la parte cualitativa del estudio.

Se iniciará el recorrido por la metodología del presente trabajo con la investigación biográfica narrativa la cual se origina en la Escuela de Chicago, con la obra de Thomas y Znaniecki “El campesino polaco en Europa y América”, publicada entre los años 1918 y 1920 (Camas, 2001), este fue el inicio de esta rama de la investigación cualitativa. Posteriormente en el año 1992 el autor Pujadas describe que, en esta obra, se usó el término life history, el cual describía la historia de vida de una persona rescatada por un investigador, como la versión final elaborada a partir de estos relatos, esto sumado a los documentos y entrevistas a personas del entorno social del sujeto al cual se le realizó la biografía, lo que permite dar validez al texto inicial.

Mallimaci y Giménez (2009) confirman que la Escuela de Chicago ha sido una referente en cuanto a estudios biográficos se refiere, esta Escuela era llamada la Escuela de Chicago en

honor a los investigadores, docentes y estudiantes que investigaban acerca de la vida social urbana los cuales eran asociados al Departamento de Sociología de la Universidad de Chicago, la cual se funda en el año 1892, y gracias a los aportes de William Thomas, Robert Park y Ernest Burgess que esta hace grandes aportes a la investigación social.

Debido al uso de los estudios de tipo cualitativo que aumento en la década de 1940 e inicios de 1950, la metodología tuvo un gran declive, no obstante, a lo anterior la investigación cualitativa tiene un resurgimiento en la década de 1960, lo que apporto grandes e importantes visiones desde el punto de vista epistemológico, metodológico y ontológico a la investigación en educación. Bolívar y Segovia (2006) refieren que “la investigación biográfico-narrativa, permite que afloren y se desarrollen perfiles que vinculen las estrategias cualitativas de investigación de los actores reales de la vida cotidiana”.

La investigación narrativa es una técnica de investigación que plantea una forma diferente de construir el conocimiento, lo anterior se faculta en lo que Connelly y Clandinin (1995) expresaron, “la narrativa está situada en una matriz de investigación cualitativa puesto que está basada en la experiencia vivida y en las cualidades de la vida y de la educación”.

En la construcción narrativa y a diferencia de la investigación cuantitativa, el sujeto es una parte activa del estudio y la subjetividad es fundamental, porque se reconoce la experiencia, historia y aprendizaje del otro, con la subjetividad se reconoce al sujeto como una persona que tiene historia y que hace parte de una sociedad, lo que hace que se tenga en cuenta el pensamiento para construir conocimiento como para reflexionar sobre la condición humana, el sujeto se muestra desde su soledad y su misterio (Zemelman, 2002, p. 14). Con lo anterior, la forma en la que la persona se relaciona con su mundo y con los otros que lo componen, para así construir experiencias generadoras de aprendizajes, sentimientos y vivencias.

El relato de la experiencia permite conocer la memoria en tiempo y espacio. Para Ricoeur (2013) “es el relato, la trama narrativa, el medio privilegiado para esclarecer la experiencia temporal inherente a la ontología del ser-en-el-mundo”. Una relación dialéctica que además es multifacética, relacional y compleja (Boud, Cohen y Walker, 2011). Por otro lado, la experiencia tiene un claro contenido narrativo: transcurre en el tiempo, describe las vivencias y la parte subjetiva de sus protagonistas. Así que se ve cómo las formas narrativas del saber educativo buscan dilucidar las cualidades pedagógicas de la experiencia mientras se mantiene

el sentido integral de la misma, debido a que “investigar la experiencia no es transformarla en otra cosa, sino acompañarla, interrogarla, desvelando significados y sentidos potenciales” (Contreras y Pérez, 2010).

Otro aspecto a considerar es la memoria, en la cual se encuentran entrelazados imágenes, recuerdos, pasajes y escenarios. El ejercicio narrativo de la memoria lleva al sujeto a una rememoración y memorización Ricouer (2013), donde se tiene en cuenta la conciencia de un acontecimiento reconocido en el tiempo y el aprendizaje sobre lo que pudo desarrollarse desde dicho acontecimiento; donde el olvido y el tiempo también se juegan para la reconstrucción de la memoria.

Es así como el considerar a la narrativa como una forma de investigación (Larrosa, et al. 1995) significa darse la oportunidad de darse la posibilidad de vivir experiencias que llevan a una continua relación con el otro u otros, identificando y develando subjetividades en conjunto. Para Zambrano (2006), “el hombre es una criatura afortunada y su única desgracia consiste en tener que esperar y en la espera desvelarse, desvelar lo que le está encubierto, pero ¡tan propicio de ser desvelado!”, reconociendo el conocimiento escapando de la rigidez de la ciencia. Teniendo en cuenta todo lo anterior, fue de mi interés realizar una investigación con componentes cualitativos y no centrarme en los componentes cuantitativos que son tan ampliamente utilizados en las diferentes investigaciones que se realizan alrededor del mundo, quise tener en cuenta este tipo de investigación debido a que considera a la subjetividad como una parte importante de los estudios, como se ha venido narrando.

5.1 Descripción de la metodología

Para obtener información relacionada se realizó una búsqueda más detallada sobre el déficit de integración sensorial, las barreras de acceso a los servicios de salud y dinámicas familiares a través de internet, en bases de datos como, Ovid, Elsevier, Pubmed, Scielo, entre otras. No se realizó restricción en el idioma en la búsqueda de los documentos académicos para aumentar el número de los mismos. Las palabras clave o términos MESH fueron buscadas en www.nlm.nih.gov/mesh/meshhome.html y algunos de estos términos fueron: Sensory processing regulation disorder - Desorden de la regulación del procesamiento sensorial – Sensory integration déficit – Déficit de integración sensorial – Sensory processing disorder – Desorden de procesamiento sensorial – Sensory integration – Interacción sensorial –

Children – Niños –Healthy children – Niños sanos – Barrier to access health services – Barreras de acceso a los servicios de salud – Family dynamics – Dinámicas familiares – Family dynamics affectation – Afectación a las dinámicas familiares

Posteriormente, para filtrar aún más la información se realizó diferentes búsquedas con operadores booleanos los cuales se sintetizaron en AND y OR: “Sensory AND processing AND regulation AND disorder” y “Sensory AND processing AND disorder” OR “ Sensory AND integration”, adicional a ello se utilizaron las diferentes formas de organización y sintaxis de las variables y los operadores para puntualizar y especificar más la búsqueda (Ver anexos).

Al finalizar la anterior revisión se obtuvieron alrededor de 4400 artículos, mucha de la información encontrada se trataba de autismo, déficit de atención e hiperactividad o se trataba de otros temas que no se relacionaban con lo que se necesita para realizar la presente investigación, por lo que seguí aplicando filtros y los artículos se redujeron a aproximadamente 1000 documentos, por lo anterior se aplicaron más filtros hasta que de manera manual se escogieron los artículos finales. Por otra parte, también se realizó una búsqueda por conveniencia, buscando las referencias bibliográficas citadas en algunos artículos, a mayoría de los artículos escogidos están escritos en el idioma español.

Adicionalmente, hubo varios artículos que fueron leídos, los cuales se encuentran dentro de la investigación cualitativa y cuantitativa y que aportaron de manera importante en la escogencia del tema, la orientación, el contenido de la presente tesis y que no fueron incluidos en la bibliografía, estos artículos fueron de gran importancia para dar un contexto al presente trabajo, así como sustento metodológico, sustento bibliográfico, le otorga narrativas, experiencias, vivencias, conocimientos, significados, definiciones, etc. La metodología descrita anteriormente fue escogida debido a que se complementa con los elementos narrativos propios y los elementos bibliográficos utilizados, este complemento se basa en la unión magistral de la evidencia científica con el relato personal que enriquece al conocimiento ya descrito.

5.2 Metodología del relato autobiográfico:

Este tipo de metodología se basa en la experiencia personal de alguien o de un grupo de personas y debe ser comprensible, sin cambiar el sentido propio de la historia del que la protagoniza, los comentarios e interpretaciones del investigador solo se relatarán en las conclusiones. Este relato se divide en varias partes, así, según (Velasco, 1999).

En la etapa inicial, se realizó la construcción de un marco teórico centralizado en las tres variables las cuales son; déficit de integración sensorial, barreras a los servicios de salud y dinámicas familiares a investigar, para poder delimitar la creación del relato autobiográfico, resaltando los aspectos más importantes que llevarán congruencia con lo encontrado en la revisión de la literatura y así mismo, su incorporación en la matriz de análisis.

Posterior a ello se realizó la fase de escritura inicial, donde se crearon las condiciones más favorables para garantizar la comodidad del relato, con el objetivo de estimular de manera positiva para que la narración se desarrollara de manera cómoda y espontánea para mantener la finalidad del contenido.

Finalmente se realizó el análisis y la interpretación, el cual fue un proceso dinámico y creativo, donde se identificaron los temas y se desarrollaron los conceptos y proposiciones, los cuales se codificaron y permitieron profundizar la comprensión del tema de estudio, para así tratar de identificar a profundidad los datos en el contexto en que fueron recogidos, cabe resaltar, que este trabajo es un caso único del entorno biografiado.

6. MAPA CONCEPTUAL DE LA METODOLOGÍA



7. MARCO TEÓRICO

7.1 Déficit de Integración Sensorial

El procesamiento sensorial es un proceso neurobiológico que está compuesto de distintas fases, la primera es el “registro sensorial”, el cual indica si el niño percibe un estímulo sensorial, si logra percibir el impulso sensorial, asciende a la fase de “modulación sensorial”. Al registrar lo que se encuentra en el medio ambiente, (muchísima información), se requiere de un filtro en el SNC para procesar la información relevante y excluir información irrelevante, para así regular la respuesta nerviosa y, por lo tanto, la respuesta expresada en su nivel de alerta y conducta. En la tercera fase, si el niño logra una modulación adecuada del estímulo sensorial, produce algo llamado discriminación sensorial, lo que se relaciona con la detección y el reconocimiento del estímulo, para interpretar y darle un significado a la información sensorial. (Pizarro et al. 2022)

Alteraciones en la discriminación se asocian a problemas del planeamiento motor y praxis, siendo la discriminación en la praxis la inteligencia del hacer que consiste en una ideación y planificación motora para una adecuada ejecución. Ahora bien, cualquier alteración en alguna de las fases anteriores, puede generar disfunciones en el procesamiento de los distintos estímulos sensoriales, si esto genera impactos negativos en el desempeño diario del niño. (Erazo, 2015).

7.1.1 Trastorno de la integración sensorial

Son todas aquellas dificultades para responder al estímulo sensorial con un comportamiento adecuado en relación a la naturaleza e intensidad del estímulo. Existen 3 subtipos:

7.1.1.1 Hiperresponsividad sensorial

Existe un umbral bajo por lo que responde de forma exagerada, más rápida, intensa o duradera que un sujeto con respuesta sensorial típica. Puede ocurrir en uno o más sistemas sensoriales y son respuestas automáticas e inconscientes que, al ser desadaptativas, activan el sistema simpático con respuesta de lucha, huida o congelamiento. Ejemplos: evitar la luz muy brillante, sensación molesta a la textura de la ropa, estampados y etiquetas (pueden sentirla muy rasposa o áspera), aversión a los ruidos fuertes (se tapan los oídos y escapan a lugares más tranquilos en ambientes ruidosos), se niega a probar alimentos nuevos o no

toleran algunos alimentos (especialmente sólidos, por su consistencia y/o textura) presentando frecuentemente reflejos de arcadas. (Erazo, 2015).

7.1.1.2 Hiporresponsividad sensorial

El umbral es más alto, no respondiendo a estímulos sensoriales. Ejemplos: ausencia de respuesta al dolor (golpes, caídas, cortes) o temperaturas extremas (calientes o frías). No suele detectarse en la infancia, asociando la conducta del niño como “no problemático” o “no demandante”. Al crecer pueden necesitar estímulos de alta intensidad para involucrarse en tareas o una simple interacción social, catalogándose de indiferentes, desmotivados o distraídos en sus actividades académicas. En el caso del sistema somatosensorial (táctil y propioceptivo) ocasionan una mala discriminación frecuentemente. (Erazo, 2015).

7.1.1.3 Búsqueda sensorial

Posee un umbral más alto, pero generan una respuesta activa de búsqueda de sensaciones. Desean una cantidad inusual de información sensorial, parecieran tener una necesidad insaciable de sensaciones. Ejemplos: buscar constantemente el contacto físico con abrazos o choques, comer alimentos crocantes o con sabor intenso, escuchar música a alto volumen, preferir objetos visualmente llamativos y luminosos, estar en movimiento constante desafiando la gravedad y pareciendo muy brusco o “torpe”, caminar en puntas de pies. Lo anterior puede llevar a comportamientos de impulsividad, sobreexpresión de afecto sin respetar el espacio físico del otro, descuido e incapacidad para reconocer el peligro (por ejemplo, acercarse a una estufa caliente o exponerse a caídas en altura). Puede suceder que la hiperactividad e impulsividad de este trastorno se confunda con el TDAH. (Erazo, 2015).

7.1.2 Trastorno motor de base sensorial

Los pacientes con este tipo de trastorno no tienen un patrón postural adecuado, junto con dificultades de coordinación y equilibrio, además de dificultades en la ejecución motora en actividades de la vida diaria como resultado de una disfunción sensorial. (Agudelo et al. 2018).

7.1.2.1 Dispraxia

Se trata de disminución de la capacidad para crear ideas, planificar y/o ejecutar nuevas acciones. Estos pacientes suelen presentar debilidades en la coordinación motora gruesa, fina

y oral-motora. Suele observarse en niños con pocas habilidades deportivas, tareas como vestirse, montar una bicicleta o utilizar ciertos utensilios usualmente se realizan de forma lenta o imprecisa. Sin embargo, la dispraxia puede coexistir con TDAH en el que el niño muestra mayor actividad en contexto de una pobre coordinación, en ocasiones con consecuencias como baja autoestima y sentimientos de fracaso. Algunos pacientes pediátricos con dispraxia generan un lenguaje excesivo como herramienta compensatoria, y también puede coexistir dispraxia junto con alteraciones del lenguaje o habla. (Agudelo et al. 2018).

7.1.2.2 Trastorno postural

Es la dificultad de estabilizar y activar el cuerpo durante el movimiento reposo. Se caracteriza por una inapropiada tensión muscular, hipo o hipertonía del tono muscular y control de las contracciones musculares. Se puede observar pobre equilibrio, estabilidad, cambio de las cargas de peso y rotación de tronco, incluso un pobre control oculomotor. Algunos sujetos tienden a evitar el movimiento, prefiriendo actividades sedentarias. Generalmente ocurre en combinación con uno o más subtipos. Se observó que los niños con TDAH presentaron una disminución o ausencia de Potenciales Miogénicos Vestibulares Cervicales (cVEMP), demostrando la alteración de una prueba vestibular objetiva en esta población, la que pudiera incorporarse como método diagnóstico en estos niños. (Agudelo et al. 2018).

7.1.3 Trastorno de la discriminación sensorial

Estos pacientes perciben el estímulo sensorial, no obstante, tienen dificultad para interpretar las cualidades de ese estímulo. Un ejemplo es el localizar dónde han sido tocados (táctil), reconocer si se debe hacer mucha o poca fuerza para realizar una acción (propioceptivo), identificar diferencias de peso entre diferentes materiales, localizar un sonido proveniente de izquierda o derecha (auditivo) y reconocer diferencias espaciales entre dos imágenes (visual). Alteraciones en el sistema táctil, propioceptivo y vestibular llevan a movimientos y habilidades motoras torpes. Si afecta el sistema visual y auditivo pueden desarrollar problemas del lenguaje y/o aprendizaje. (Delgado et al. 2016).

7.1.3.1 Diagnóstico

El diagnóstico se basa en la sospecha clínica la cual se registra en la historia clínica la historia, la observación del niño en la consulta el examen físico que se le realiza al mismo, asociado a cuestionarios definidos y evaluación por otras especialidades como neurología pediátrica, terapia ocupacional, terapia física, fonoaudiología y en algunas ocasiones psicología. Se debe sospechar el déficit de integración sensorial cuando existen síntomas específicos que interfieren en el desempeño normal de actividades diarias (tales como alimentarse, vestirse y bañarse), en el juego, participación social y/o aprendizaje. Algunos síntomas frecuentes son la evasión de algunos estímulos sensoriales (ruidos fuertes, algunos tipos de alimentos o ropa con textura particular), búsqueda y disfrute de estímulos sensoriales de forma inusual (por ejemplo, táctiles y propioceptivos presentando gran contacto físico con otros junto con golpes contra objetos, o vestibulares con movimientos acelerados y bruscos), hiporespuesta frente a ciertos estímulos (tener un alto umbral del dolor), dificultad motriz-sensorial, entre otros. Existe un amplio espectro de manifestaciones, las cuales son diferentes de paciente a paciente. Al evaluar un paciente de este tipo se deben evaluar los 7 sistemas sensoriales: visión, audición, gusto, olfato, tacto, propiocepción y función vestibular; siendo los tres últimos, los que más impactan en el nivel de alerta y conducta. (Delgado et al. 2016)

7.2 Dinámicas Familiares

7.2.1 Familia

La palabra Familia proviene del latín familiae, que significa “grupo de siervos y esclavos patrimonio del jefe de la gens” para otros científicos, la palabra se derivada del término famulus, que significa “siervo, esclavo” y también del latín famēs (hambre) “Conjunto de personas que se alimentan juntas en la misma casa y a los que un pater familias tiene la obligación de alimentar” teniendo en cuenta esta definición se incluye a la esposa y a los hijos del pater familia, a quien legalmente, hasta que como concepto integrador (de cognados –vinculados por lazos de sangre- y agnados –con vínculos civiles-), acabó siendo subsumido y reemplazado inicialmente por la conceptualización y forma grupal de la gens, que a través de la historia precedió a otras formas más avanzadas como las familias punalúa, sindiásmica, poligámica, monogámica y la actual o posmoderna; todas las anteriores con

características organizativas distintas pero siempre conceptualizadas de manera similar. (Oliva et al. 2014).

7.2.2 Concepto genérico de familia

Desde una concepción tradicional, se dice que “la familia ha sido el lugar primordial donde se comparten y gestionan los riesgos sociales de sus miembros” (Carbonell, José et al 2012) En contraste con lo anterior “la familia es el grupo de personas entre quienes existe un parentesco de consanguinidad por lejano que fuere”. (De Pina Vara, R. 2005).

7.2.3 Funcionalidad familiar

El funcionamiento en la familia es un factor determinante en la conservación de la salud o en la aparición de la enfermedad entre sus miembros. Si la familia cumple o deja de cumplir eficazmente sus funciones, se trata de familia funcional o disfuncional, teniendo en cuante que la funcionalidad familiar es la capacidad del sistema para enfrentar y superar cada una de las etapas del ciclo vital y las crisis por las que atraviesa. Las características de la funcionalidad se relacionan con la estructura familiar, su nivel de comunicación, el bienestar familiar e individual, la organización de los subsistemas, la manera de resolver problemas y el nivel de flexibilidad, que hace referencia a que el sistema se encuentre funcionando eficazmente, en situaciones de conflicto como en situaciones de estabilidad. (Oliva et al. 2014).

7.2.4 Dinámicas Familiares

Las funciones más importantes de la familia son el cuidado y apoyo de sus miembros, la educación de los hijos y la satisfacción de sus necesidades. La familia como una institución creadora y organizador de hábitos, genera la posibilidad de exploración, desarrollo, mantenimiento y modificación de un gran número de conductas y aprendizaje para sus miembros (Garibay, 2013). Existen casos en donde existe la disfuncionalidad en la familia, y donde ha transcurrido un período de tiempo, en el cual los miembros del sistema han adoptado estas características disfuncionales como funcionales, por lo que al momento de intentar reestructurar el sistema y que sea funcional, ocasiona una crisis.

Un sistema familiar, se divide en subsistemas para así poder llevar a cabo las funciones, los subsistemas no son absolutos y funcionan de acuerdo al momento familiar que se esté

vivenciando, relacionado con sus roles, funciones y tareas específicas, siendo los principales el subsistema conyugal, el parental y el fraterno (Fuentes & Merino, 2016) Según estos autores la familia vista desde el enfoque sistémico, se agrupa en un sistema abierto, el cual es dinámico debido a que cambia constantemente, debido a que recibe y envía información desde el medio extrafamiliar, para así adaptarse a las instituciones sociales que influyen sobre cada uno de los miembros que integran el grupo familiar.

Teniendo en cuenta lo anterior, las familias funcionales permiten crear un ambiente que facilita el desarrollo personal de sus miembros de una forma adecuada, del mismo modo que permita la comunicación y el trabajo en equipo, para así poder generar un ambiente idóneo para el libre desarrollo de la personalidad. (Ortega et al. 2012).

7.3 Barreras de Acceso a los Servicios de Salud

El acceso a los servicios de salud, es la capacidad que tiene una persona o un grupo de personas para buscar y obtener atención médica. En la literatura se encuentran variadas y diversas definiciones del concepto de acceso. Según Andersen, es la “capacidad de utilizar los servicios de salud cuando y donde sea necesario”; para Cromely y McLafferty el acceso es el “poder de disponer de los recursos del servicio de salud”; por otra parte, para Dixon-Woods y colaboradores., es la candidatura, o *candidacy*, lo que significa la elegibilidad de las personas para la asistencia en salud, elegibilidad entendida por ellas mismas y por los servicios de salud. El acceso a los servicios de salud debe ser multidimensional, incluye la disponibilidad, accesibilidad, acomodación y aceptabilidad, por lo que debería ser posible tener contactos multidisciplinarios y transversales desde varios campos o disciplinas del conocimiento, entre las que se encuentran la salud pública, la antropología, la psicología y la economía, etc. (Aday et al. 2013).

También es la capacidad para emprender la búsqueda de los servicios y para resolver la necesidad o los deseos de una sola persona o de varias, formada basándose en características propias del individuo, como la edad, el sexo, su estado de salud o la percepción sobre este; del sistema de prestación de servicios, como el directorio médico, la disponibilidad de recursos, los horarios de atención; y del contexto en donde se desenvuelve la persona, como

las facilidades de transporte, aspectos propios de la cultura o la convivencia. (Restrepo et al. 2014).

Una de las definiciones es considerar al acceso como un proceso con momentos claves como la necesidad, la búsqueda de servicios, el inicio de la atención y la continuidad en el sistema de prestación para resolver la necesidad. La preocupación mundial por el acceso se encuentra en la agenda mundial para el desarrollo, en discusión de manera simultánea con la evaluación de los Objetivos del Milenio que se habían trazado para 2015. En esta agenda se hace énfasis en el acceso efectivo en términos de garantizar prestaciones médicas y protección financiera a toda la población. (Aday et al. 2013).

Colombia es un país en el que el acceso a los servicios de salud se realiza mediante la cobertura del seguro de salud. Luego de 3 décadas de haberse iniciado el proceso de reforma a la salud de pasar de una pequeña parte de la población del país estaba cubierta con el seguro social y la otra parte no tenía cobertura, el país tiene unas cifras altas de cobertura universal en salud. Sin embargo, la preocupación sobre el acceso, sobre la equidad y sobre la calidad, va en aumento, a pesar de que se ha reconocido a la salud como un derecho humano fundamental. (Aday et al. 2013).

7.3.1 Modelo de Tanahashi

El cual es un proceso de acceso para obtener cobertura efectiva a los servicios de salud y tiene las siguientes etapas:

7.3.1.1 Disponibilidad

de servicios del programa o centro de atención, recursos humanos, equipos, insumos, infraestructura e información.

7.3.1.2 Accesibilidad

asociada a accesibilidad física como distancia, conectividad, y existencia y tiempo de transporte; organizacional/administrativa, relacionada con requisitos administrativos para la atención, y con la modalidad para obtener horas y horarios de atención, y financiera, relacionada con el costo de transporte, gasto de bolsillo y pérdida de ganancia en el trabajo.

7.3.1.3 Aceptabilidad

de los servicios, que depende de la percepción de las prestaciones, influenciada por factores sociales, culturales y religiosos, creencias, normas y valores, trato y privacidad.

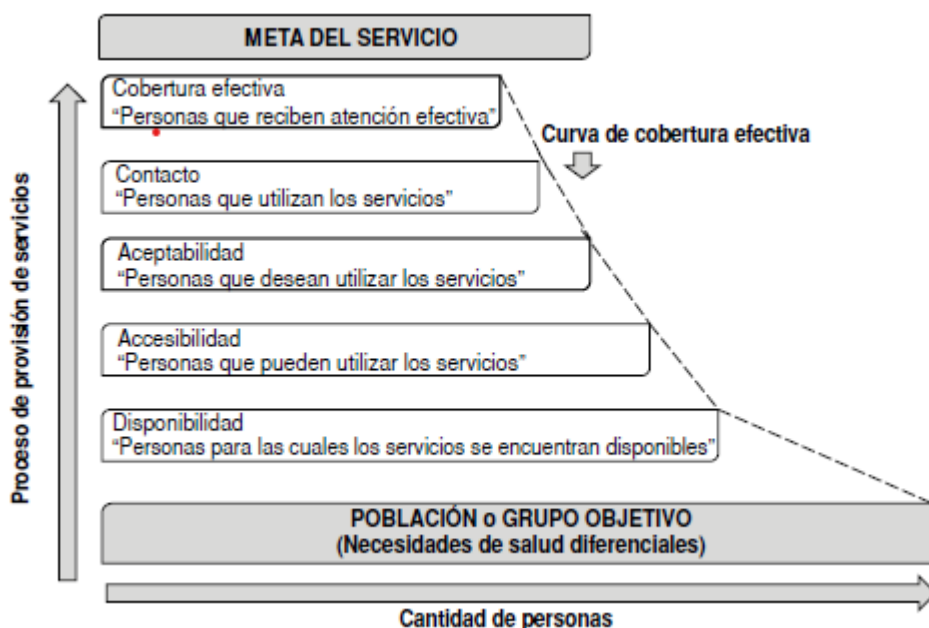
7.3.1.4 Contacto

con el servicio, es la continuidad de la atención dada por la adaptación de los servicios de salud al paciente y por la calidad de la atención.

7.3.1.5 Cobertura efectiva

El acceso o abandono de los servicios de salud puede explicarse por elementos facilitadores y obstáculos identificables en las distintas fases del modelo, donde hay grupos sociales (poblaciones más vulnerables) que enfrentan diversas barreras y no tienen contacto con los servicios. (Adaury et al. 2013).

Figura 1. Modelo de evaluación de equidad de acceso y barreras para lograr cobertura de salud universal con equidad



Fuente: Tomado de Tanahashi T. Health service coverage and its evaluation. Bull World Health Organ. 1978;56(2):295–303.

8. AUTOBIOGRAFIA ACERCA DEL DEFICIT DE ATENCIÓN SENSORIAL EN NIÑOS

Al cumplir mi hijo 8 meses de edad note un proceso involutivo en él, puesto que pronunciaba silabas como ma – ma y algunas escasas silabas más que dejo de pronunciar de un momento a otro, en un inicio pensé que era algo temporal, por lo que espere unos días, pero al notar que el cambio persistía, me preocupe y le comente a un amigo neurofisiólogo quien me recomendó consultar en la Liga contra la epilepsia, no porque lo que el presentara se encontrara dentro de esta patología, sino porque allí encontraría profesionales idóneos para que valoraran a mi hijo.

De inmediato solicite la cita y posteriormente mi hijo fue valorado por una neuróloga pediatra quien solicito una serie de exámenes, los cuales fueron complementados por su servicio de medicina prepagada, exámenes en los que descartaban patologías del oído, patologías cerebrales, le realizaron audiometrías, potenciales evocados, electroencefalogramas, mi angustia era tal que un neurólogo pediatra me dijo que ya mi hijo estaba siendo correctamente estudiado, que lo único que faltaría seria realizarle una biopsia cerebral, procedimiento que él no iba a ordenar y que yo no permitiría que le practicaran, note que lo dijo porque noto mi grado de angustia y mi necesidad de respuestas ante lo que yo notaba en mi hijo.

Posteriormente, mi hijo fue examinado nuevamente por la neuróloga pediatra de la Liga con los resultados de los paraclínicos todos dentro de la normalidad, quien me informo que Jacobo cursaba con algo que se llama: Déficit en la integración neurosensorial, que no es más que la dificultad que se tiene para integrar los estímulos que llegan al cerebro, procesarlos y responder de forma correcta ante dichos estímulos.

Por lo que el paso a seguir fue ordenarle tratamiento con terapia física, terapia ocupacional, terapia de lenguaje y psicología, terapias que se realizaban por espacio de un poco más de dos horas dos veces a la semana. Al iniciar el proceso de diagnóstico, realización de paraclínicos e iniciación de tratamiento (terapias), mis emociones eran de angustia, temor, incertidumbre, preocupación debido a que llegue a pensar que mi hijo tenía alguna patología grave que hizo que perdiera parte de su neurodesarrollo, por mi mente pasaron patologías como el autismo, pensamiento que me angustiaba aún más, mis emociones eran tales y tan notorias que las personas notaban mi ansiedad por respuestas y por sentir que todo estaba

bien con mi hijo. Finalmente, Jacobo inicio el proceso de terapias, valoraciones por psicología, ingreso al jardín infantil, ha cursado los años académicos sin problema, aprendió a leer, escribir, sabe sumar, restar, esta nivelado con sus compañeros de clase, desde que ingreso al jardín ha estado acorde a los demás niños y en el momento cuenta con un neurodesarrollo normal y adecuado para sus casi 7 años e ingresara al colegio el año entrante.

Ahora que el tiempo ha pasado y que tuve la oportunidad de estar inmiscuida en el todo el proceso de mi hijo no puedo negar que aún siento algo de incertidumbre por que no quisiera que este déficit que presento y que fue tratado le impidiera adquirir conocimientos superiores a los largo de su vida académica, pero luego debo auto tranquilizarme y pensar que su neurodesarrollo es normal y su desempeño académico también y sobre todo acorde a su corta edad, no puedo seguir angustiándome por algo que ya fue manejado, pero al tratarse de mi hijo todo es personal y no puedo ser objetiva como cuando me encuentro frente a un paciente por que el amor que siento por el me nubla la razón en muchas ocasiones.

Adicionalmente, mi hijo ingreso al colegio este año y debimos informar acerca de sus antecedentes en salud, por lo que yo comente su antecedente neurológico, en el colegio nos solicitaron el cierre de su historia clínica en la que el especialista describiera que Jacobo ya no requería de más terapias, por lo que inicie a solicitar una cita con neuropediatría de la Liga contra la Epilepsia, me comuniqué con la liga y me informaron que en el momento la especialista no tenía agenda disponible por lo que inscribieron a mi hijo en una lista de espera y me informaron que me llamarían para asignarle cita a mi hijo, este proceso intente realizarlo hace aproximadamente 1 año y la respuesta fue la misma y hasta el momento no me han llamado para asignar la cita de mi hijo, cabe resaltar que esta cita se solicitó de manera particular y sin embargo no pude obtenerla (no quiero imaginar el resultado de haberla solicitado por la EPS).

Al no tener éxito en la solicitud de esta cita lo realicé a través de su póliza de salud, pedí la cita y la respuesta que obtuve fue igualmente decepcionante, solicité una cita en noviembre y a oportunidad más cercana era en tres meses, por lo que mi hijo tuvo su cita con neuropediatría hace un mes, lo más preocupante es que este es un servicio que se paga de manera adicional a su servicio de salud obligatorio EPS y sin embargo, la oportunidad es muy lejana. Esta es una de las barreras en el sistema de salud que he encontrado en la

consecución del tratamiento de mi hijo, finalmente, la neuro pediatra conceptuó que Jacobo no requería de más terapias, no obstante, en el colegio, la terapeuta y su directora de curso sugirieron la realización de terapias de lenguaje por la pronunciación incorrecta de algunos fonemas.

Las terapias ya fueron realizadas por mi hijo con éxito, en total 20 y al terminar las mismas la fonoaudióloga hablo con la terapeuta del colegio explicando que Jacobo no requiere de más terapias de lenguaje y que los fonemas que no pronunciaba de manera correcta, ya los articula de manera normal, por lo que fue dado de alta.

9. MATRIZ DE ANÁLISIS

9.1 Déficit de Integración Sensorial

AUTOR	NOMBRE DEL ARTÍCULO	RESUMEN	CATEGORIA	AUTOBIOGRAFÍA
Agudelo, O. L., Martín, G. D., Rojas, A. I., Torrijos, O. L. y Correa R. A.	Integración Sensorial y Trastornos de Aprendizaje del Código Lectoescrito.	Explica la relación de la integración sensorial con los trastornos del aprendizaje (del código lectoescrito) y su importancia dentro del proceso de enseñanza.	Déficit de Integración Sensorial.	-Al cumplir mi hijo 8 meses de edad note un proceso involutivo en él, puesto que pronunciaba silabas como ma – ma y algunas escasas silabas más que dejo de pronunciar de un momento a otro, en un inicio pensé que era algo temporal.
Álvarez Otero Beatriz, Moreno Angarita Marisol, Zea Arias Patricia.	Percepciones de Terapeutas Ocupacionales sobre el Lenguaje y la Comunicación de los Niños con Déficit de Integración Sensorial.	Describe la percepción que tienen los terapeutas ocupacionales sobre las características lingüísticas y comunicativas de los niños con déficit de integración sensorial.	Déficit de Integración Sensorial.	-Solicite una cita en la Liga contra la Epilepsia y posteriormente mi hijo fue valorado por una neuróloga pediaatra quien solicito una serie de exámenes, en los que descartaban patologías del oído y patologías cerebrales, le realizaron audiometrias, potenciales evocados y electroencefalograma.
Dayle C. Armstrong, Donna Redman-Bentley, Mary Wardell.	Differences in Function Among Children With Sensory Processing Disorders, Physical Disabilities, and Typical Development.	Examinar el desempeño de niños con trastornos del procesamiento sensorial en comparación con niños con desarrollo normal y aquellos con discapacidades físicas.	Déficit de Integración Sensorial.	- Posteriormente, mi hijo fue examinado nuevamente por la neuróloga pediaatra de la Liga con los resultados de los paraclínicos todos dentro de la normalidad, quien me informo que Jacobo cursaba con algo llamado: Déficit en la integración neurosensorial, que es la dificultad que se tiene para integrar los estímulos que llegan al cerebro, procesarlos y responder de forma correcta ante dichos estímulos.
Delgado-Lobete L, Montes-Montes R, Rodriguez-Seoane S.	Prevalencia de Trastorno del Procesamiento Sensorial en niños españoles. Resultados preliminares y comparación entre herramientas de diagnóstico.	El cuestionario PSC es el más adecuada para determinar la presencia de TPS, mientras que el PS aporta información más relevante y exhaustiva para su uso en el ámbito clínico.	Déficit de Integración Sensorial.	
Delgado Villamil Lady Catalina, López Zambrano Georgy Dubraskha.	Integración Sensorial y Rendimiento Académico: Fundamentos Conceptuales y Propuesta de Intervención en el Aula.	Investigación de tipo exploratorio y descriptivo, se realiza una revisión teórica de la literatura existente, teniendo como base la IS.	Déficit de Integración Sensorial.	
Erazo Santander, Óscar Armando.	Dificultades en integración sensorial, afectividad y conducta en estudiantes de una escuela pública.	Estudio cuantitativo, que describe las variables de integración sensorial, aprendizaje, afectividad y conducta. El problema tiene una prevalencia del 46%.	Déficit de Integración Sensorial.	
Erazo Santander Oscar A.	Identificación, Descripción y Relaciones entre la Integración Sensorial, Atención y Conducta.	Describe variables de integración sensorial, atención y conducta en una muestra de 66 estudiantes de 7 a 10 años, 66 padres de	Déficit de Integración Sensorial.	

AUTOR	NOMBRE DEL ARTÍCULO	RESUMEN	CATEGORIA	AUTOBIOGRAFÍA
		familia y 12 docentes de un colegio oficial de Popayán, Cauca (Colombia).		
Erazo Santander Oscar A.	La integración sensorial, concepto, dificultades y prevalencia.	Trata la sensibilización conceptual del modelo teórico en integración sensorial descrito por la Dra. J. Ayres y además describe su propuesta de desarrollo y sus patrones de dificultad.	Déficit de Integración Sensorial.	-El paso a seguir fue ordenarle tratamiento con terapia física, terapia ocupacional, terapia de lenguaje y psicología, terapias que se realizaban por espacio de un poco más de dos horas dos veces a la semana. - Jacobo inicio el proceso de terapias, valoraciones por psicología, ingreso al jardín infantil, ha cursado los años académicos sin problema, aprendió a leer, escribir, sabe sumar, restar, esta nivelado con sus compañeros de clase, desde que ingreso al jardín ha estado acorde a los demás niños y en el momento cuenta con un neurodesarrollo normal y adecuado para sus casi 7 años de edad e ingreso al colegio, el cual cursa con éxito.
Galeano Sánchez Eduar, Infante Moyano Ingrid, Ruiz Rodríguez Francy, Vega Porras Yeinny.	Identificación, Evaluación e Intervención Clínica y Pedagógica del Trastorno de Procesamiento Sensorial.	Caracterizar el Trastorno de Procesamiento Sensorial, abordando signos, síntomas, evaluación, diagnóstico diferencial e intervención.	Déficit de Integración Sensorial.	
Pinzón Quintero Lina María.	Perfil Sensorial de una Población con Dificultades en el Aprendizaje Investigación Institucional.	Identifica el perfil sensorial de un grupo de niños y adolescentes con dificultades en el aprendizaje, escolarizados en la ciudad de Bogotá.	Déficit de Integración Sensorial.	
Pizarro M. Marina, Saffery Q. Katherine, Gajardo O. Pilar.	Trastorno del procesamiento sensorial. Una mirada conjunta desde la terapia ocupacional y la otorrinolaringología.	Ante la sospecha diagnóstica se debe derivar oportunamente a terapia ocupacional para su correcta evaluación y eventual manejo.	Déficit de Integración Sensorial.	
Pérez Robles Ruth.	Trastornos de Regulación del Procesamiento Sensorial: Una contribución a la validación de los criterios para su diagnóstico en la primera infancia.	El déficit se incluye en la clasificación diagnóstica: Diagnostic Classification of Mental Health and Development Disorders of Infancy and Early Childhood Classification.	Déficit de Integración Sensorial.	
Serna R. Sonia Esperanza; Torres L. Khrislie Katherine; Torres V. Mayra Alejandra.	Desórdenes en el procesamiento sensorial y el aprendizaje de niños preescolares y escolares: Revisión de la literatura.	Esta revisión identifica y analiza los conceptos sobresalientes en la literatura y las características de los estudios empíricos que se realizan en este campo.	Déficit de Integración Sensorial.	

9.2 Dinámicas Familiares

AUTOR	NOMBRE DEL ARTÍCULO	RESUMEN	CATEGORIA	AUTOBIOGRAFÍA
Maitta Rosado Inger Solange, Lazo-Moreira María Verónica, Moreno Mieles Karen Patricia.	Funcionalidad familiar y su relación con el área sensorial de los niños con trastorno del espectro autista.	Relación con la funcionalidad familiar y el sensorio de los niños con trastorno del espectro autista de la Fundación: “Un Lugar Para Tus Sueños, del cantón Portoviejo Ecuador.	Dinámicas Familiares.	- Mis emociones eran de angustia, temor, incertidumbre, preocupación debido a que llegue a pensar que mi hijo tenía alguna patología grave que hizo que perdiera parte de su neurodesarrollo, por mi mente pasaron patologías como el autismo, pensamiento que me angustiaba aún más, mis emociones eran tales y tan notorias que las personas notaban mi ansiedad por respuestas y por sentir que todo estaba bien con mi hijo.
Oliva Gómez Eduardo, Villa Guardiola Vera Judith	Hacia un concepto interdisciplinario de la familia en la globalización	Abordar a la familia desde la biología, sociología, psicología, economía a y el derecho, y concluir con una nueva conceptualización interdisciplinaria e incluyente de sus actuales tendencias de desarrollo.	Dinámicas Familiares.	
Ortega Silva Patricia, Torres Velázquez Laura Evelia, Reyes Luna Adriana, Garrido Garduño Adriana.	Discapacidad en hijos. Cambios en la dinámica familiar	Cambios de la dinámica familiar cuando entre sus miembros hay un hijo o hija con discapacidad.	Dinámicas Familiares.	

9.3 Barreras de Acceso a los Servicios de Salud

AUTOR	NOMBRE DEL ARTÍCULO	RESUMEN	CATEGORIA	AUTOBIOGRAFÍA
Hirmas Aday Macarena, Poffald Angulo Lucy, Jasmen Sepúlveda Anita María, Aguilera Sanhueza Ximena, Delgado Becerra Iris, Vega Morales Jeanette	Barreras y facilitadores de acceso a la atención de salud: una revisión sistemática cualitativa	Determinar si las barreras y los elementos facilitadores de acceso a la atención de salud son transversales a distintas poblaciones, países y patologías, e identificar en qué etapas del proceso de acceso a la atención sanitaria se presentan con más frecuencia.	Barreras de Acceso a los Servicios de Salud.	-Solicité una cita con neuropediatría de la Liga contra la Epilepsia, y no pude obtenerla a pesar de que esta la solicitaba de manera particular -Al no tener éxito lo realicé a través de su póliza de salud, solicité una cita en noviembre y la oportunidad más cercana era en tres meses.
Restrepo-Zea JH, Silva-Maya C, Andrade- Rivas F, VH- Dover, R.	Acceso a servicios de salud: análisis de barreras y estrategias en el caso de Medellín, Colombia.	Crear un concepto de acceso e identificar barreras y estrategias, desde la perspectiva de actores en Medellín.	Barreras de Acceso a los Servicios de Salud.	

10. ANÁLISIS

10.1 Déficit de Integración Sensorial en Niños, un Concepto Desconocido desde la Salud Pública

En la tabla anterior se observan los artículos que se tuvieron en cuenta para llevar a cabo el presente trabajo, estos a su vez relacionados con las respectivas variables, las cuales son: Déficit de integración sensorial y lo relacionado con este tema, dinámicas familiares y su afectación y las diferentes barreras a los servicios de salud que se pueden encontrar al intentar acceder al mismo, dichos artículos se relacionaron con la autobiografía que refleja el tema de una manera mucho más personal y cercana, dando así una mirada tanto cuantitativa como cualitativa de la problemática que atañe al presente estudio, lo que permite al lector tener dos diferentes visiones del tema.

En cuanto a los artículos del déficit de integración sensorial se encuentra la definición, signos, síntomas, evaluación, diagnósticos diferenciales y tratamiento, relacionando lo anterior con la autobiografía, en el momento en el que el niño dejó de decir ciertas sílabas, la madre del paciente se alarmó y consultó a neuropediatría, quien ordena una serie de paraclínicos para realizar diagnósticos diferenciales, resultados de paraclínicos que fueron normales, por lo que el niño fue llevado a la Liga contra la epilepsia en donde inició el proceso de diagnóstico de manera interdisciplinaria, lo que se relaciona con el tratamiento mencionado en los artículos, el cual se basa en realización de terapias (física, ocupacional y lenguaje), terapias que tuvo el paciente en su momento.

Lo anterior podría contrastarse con el sobre desconocimiento de la entidad entre el personal de salud, no es usual que un médico general para citar un ejemplo, sepa que significa el Déficit de Integración Sensorial, lo que genera consecuencias como demora en las remisiones a terapia (piedra angular del tratamiento del Déficit de Integración Sensorial), muchos profesionales podrán atribuir el comportamiento del niño a temas como desobediencia, mal comportamiento, rebeldía, mal ejemplo en el hogar, etc y lo anterior si se puede relacionar con el déficit pero no debe ser unicausal, por el contrario se debe tener en cuenta la complejidad de cada niño y tener en cuenta las diferencias de sus contextos.

En el presente caso se descartaron diagnósticos relacionados con hipoacusia por medio de audiometría y potenciales evocados, epilepsia por medio de un electroencefalograma o presencia de masas cerebrales ocupantes de espacio u otras lesiones cerebrales por medio de una resonancia nuclear magnética, por lo que el diagnóstico de Déficit de Integración Sensorial fue un diagnóstico de descarte, como se menciona en los artículos y como ocurrió en el caso que nos compete, los pacientes deben ser correctamente estudiados antes de relacionar los síntomas con el déficit.

Ante signos y síntomas en un paciente pediátrico primero se debe realizar un correcto interrogatorio preguntando por posibles antecedentes personales y familiares que pueden hacer pensar al profesional médico en la causa del posible déficit, sin embargo al mismo tiempo se debe realizar el descarte de otros diagnósticos que en algunos casos pueden tener más impacto en la vida del paciente, por lo tanto en algunos casos se hace necesario solicitar ayudas diagnósticas (laboratorios o imágenes diagnósticas) para dilucidar una patología más no un síndrome.

En esta autobiografía con fortuna no se relata el caso de tantos niños que continúan con trastornos de aprendizaje a diferentes niveles como lo mencionan los artículos, del proceso lecto escritor y demás, el paciente ha tenido una evolución favorable, su paso por el jardín infantil fue positivo y cursa con éxito el colegio. Ahora bien, por lo relatado en este aparte es importante tener un puente eficaz entre los centros educativos y los centros asistenciales en salud, se hace relevante capacitar a los docentes para identificar de manera básica lo primordial den cuanto al déficit en las aulas de clase, para de esta manera realizar un hilo conductor informando a los padres y esto a su vez consultando con sus hijos.

Los docentes y los centros asistenciales deben ser un soporte y un canal muy importante para ayudar en la correcta identificación y por lo tanto en el manejo del Síndrome en los niños, para de esta manera disminuir las estadísticas de deserción escolar y por lo tanto disminuir las consecuencias de vivir en un país en donde la desescolarización es normal en ciertos sectores de la sociedad, si un niño no entiende los conceptos que los docentes intentan enseñarle o no entiendo al leer o al escribir es muy posible que este niño no tenga la suficiente motivación para asistir a clases y así mismo puede abandonar las aulas de clase, si a este mismo niño le falta apoyo por parte de sus padres y/o cuidadores, por desconocimiento del

temas de los mismos, es más posible que estos niños pueden desertar de la educación y tomar otras opciones de vida no saludables e ilegales en muchos casos.

10.2 Dinámicas Familiares y su Abordaje desde su Concepción

Ahora bien, al relacionar la variable dinámica familiar con el relato de la autobiografía se observa que las emociones de la madre fueron de incertidumbre, angustia, ansiedad, temor, preocupación, debido a que se relacionaron los síntomas con patologías graves, los pensamientos se dirigían a diagnósticos como el autismo, algo que generaba aún más preocupación y necesidad de obtener respuestas alrededor de lo que notaba en su pequeño hijo. Al pensar que un niño pueda estar cursando con síntomas que se encajen dentro del espectro autista es una situación preocupante y angustiante, puesto que la incertidumbre por el futuro de ese ser aumenta.

Los pensamientos de padres con niños diagnosticados con síndromes del espectro autista, son de estrés, tristeza, angustia y de gran preocupación por el futuro y su bienestar, pero debe ser mucho más angustiante confundir signos y síntomas propios del déficit de integración sensorial con un diagnóstico de autismo, aunque podrían tener relación no se trata de entidades iguales, su relación se basa en la desintegración sensorial que puede existir y en el tratamiento con terapias, pero no se debe sobre diagnosticar trastornos del espectro autista por las consecuencias que esto tiene, por lo anterior se hace aún más importante el entrenamiento y capacitación al personal de salud en dichos temas.

Uno de los artículos menciona la variable de dinámicas familiares, y se resalta que las familias deben ser abordadas desde la psicología, sociología, biología, este abordaje multidisciplinario se debe realizar para manejar de mejor manera todas las emociones que los miembros de un núcleo familiar puedan llegar a sentir con respecto al diagnóstico y para disminuir la incertidumbre que genera la novedad en un entorno, sea novedad negativa o positiva, el aporte desde la psicología es de gran importancia debido a que dicha profesión no solo aborda al niño sino también a sus padres y/o cuidadores.

Los abordaje y les brinda herramientas con las que puede sobre llevar de una manera correcta la novedad ante lo que encuentra en su hijo y ante los avatares del síndrome en un niño,

aprenden a manejar las emociones desbordadas de los niños, los llantos que en muchas ocasiones son incontrolables, las “pataletas”, “rabieta” o comportamientos pocos adecuados en público, en los que parece que los padres perdieran toda autoridad ante su hijo, con dichas herramientas el desespero que los adultos pueden llegar a sentir ante ciertas reacciones sobre dimensionadas de un niño son mucho más fáciles de controlar.

En cuanto al manejo que se debe realizar a la familia desde la economía, esto es de vital importancia puesto que, al realizar un diagnóstico médico en un miembro de la familia, se impactara y se verá afectado el factor dinero o economía, como en el caso presente, en el que de manera particular los padres (cuidadores) del niño tuvieron que acceder de manera particular al tratamiento del síndrome, el cual se basaba en terapias 2 veces a la semana, lo que hace que los miembros del hogar incurran en gastos inesperados.

Para lo anterior es de vital importancia que el servicio de salud este preparado para manejar a los pacientes de manera multidisciplinaria, con calidad y a costos accesibles o en los casos en los que sea necesario las terapias podrían ser subsidiadas, el éxito del tratamiento también radica en la frecuencia y adherencia a las terapias, el número de sesiones dependerá de cada caso en particular, pero idealmente deben ser semanales y si una familia no cuenta con el dinero que se requiere para que su hijo acceda a las terapias, se afectara su evolución, no solo se debe tener en cuenta el copago por la terapia, también se debe tener en cuenta el valor del transporte, la alimentación que se puede consumir en el transcurso del tiempo, etc.

10.3 Barreras de Acceso y las Posibles Consecuencias por la Falta de Oportunidad

Finalmente, relacionando las barreras de acceso a los servicios de salud con el relato autobiográfico, se encontró que a pesar de la posibilidad de los padres de solicitar las citas médicas de manera particular, medicina prepagada y póliza de salud (servicios de salud que no pertenecen al régimen obligatorio), no fue rápido obtener las citas médicas, presentándose una barrera importante puesto que las citas no fueron obtenidas oportunamente, por el contrario el acceso a la última cita con neuropediatría tardo tres meses después de la solicitud de la misma, lo que coincide con una de las barreras nombrada en los artículos y es la falta de oportunidad en la consecución de las citas médicas.

Una de las barreras de acceso a los servicios de salud más común es la inadecuada oportunidad de acceso a las especialidades médicas e incluso a atenciones por medicina general, son los anteriores profesionales el canal directo al acceso al encuentro del paciente con los terapeutas, ya sea de terapia física, ocupacional o lenguaje, y si esa primera puerta de entrada cuenta con retrasos lo demás se verá afectado, así mismo el acceso al tratamiento, a la consecución de las terapias y la adherencia a las mismas.

Por lo tanto, se deben generar planes de acción por parte de los servicios de salud (régimen contributivo, régimen subsidiado, EPS, planes complementarios, medicinas prepagadas, pólizas, consulta particular), se debe realizar una articulación eficiente para disminuir la tardanza en el inicio de las atenciones ya sea por medicina general o por medicina especializada y esto se verá reflejado en la evolución positiva de los niños con el Déficit.

Todo lo anterior hace parte de la relación que se realizó entre los artículos consultados y la autobiografía en la que se relata la vivencia de una familia de un niño con Déficit de Integración Sensorial, encontrando similitudes del presente trabajo, lo que confirma lo mencionado en la revisión de literatura llevada a cabo, por lo tanto, se confirma lo escrito en la revisión de literatura con respecto a la vivencia del relato autobiográfico.

11. CONCLUSIONES

Es importante conocer la definición del Déficit de Integración Sensorial, para así realizar un correcto diagnóstico y así mismo realizar un tratamiento adecuado y oportuno, esto por cuanto predomina un gran desconocimiento de la definición del Déficit de Integración Sensorial entre los profesionales médicos, debido a dicho desconocimiento se puede presentar un sobre diagnóstico de patologías que se encuentren dentro del trastorno del espectro autista o del trastorno de hiperactividad y déficit de atención, este sobre diagnóstico puede tener consecuencias en cuanto a temas de estigmatización hacia el niño o hacia su familia, tratamiento incorrecto o uso de fármacos innecesarios.

También se puede concluir que existe una relación entre el Déficit de Integración Sensorial y los trastornos de lecto escritura en la época escolar, se pueden presentar problemas de atención y conducta en niños con déficit de integración sensorial en las aulas de clase, por esto es de vital importancia generar herramientas para que el cuerpo docente de los diferentes centros educativos puedan detectar señales de alerta en estudiantes con un aprendizaje diferente o que cursen con comportamientos diferentes en el ambiente escolar, lo anterior no para estigmatizar a esta población si no para realizar una detección temprana del posible déficit.

Ahora bien, si un niño presenta el Déficit esto puede afectar su rendimiento escolar, por esto es importante tener en cuenta que la piedra angular del tratamiento del déficit de integración sensorial son las terapias (física, ocupacional o lenguaje), lo anterior teniendo en cuenta el tipo de afectación de cada niño, también se observó que existe una relación entre los niveles de deserción escolar con la presencia del Déficit de Integración Sensorial no identificado y por lo tanto no tratado o tratado de manera inoportuna.

Esta conducta sumada a las consecuencias del diagnóstico pueden crear cambios en las dinámicas familiares cuando se tiene un niño que curse con el Déficit de Integración sensorial, debido a que se altera la concepción de vida que la familia tenía previamente, los cambios en las dinámicas familiares pueden ser de tipo emocional (aparecen sentimientos como angustia, incertidumbre, tristeza etc), organizacional (se altera la estructura que la

familia tenía para sus rutinas diarias) o económico (se incurren en gastos adicionales, normalmente gastos no esperados, ni calculados, que pueden ser importantes).

Debido a los anteriores cambios que se presentan en las dinámicas familiares es importante brindar acompañamiento psicológico, legal y económico a las familias que tengan hijos con el Déficit, lo anterior por cuanto surgen dudas y problemas al nivel ya mencionado que no son fáciles de resolver sin la debida asesoría, esta puede ser brindada por los mismos centros de salud que se encarguen de realizar el tratamiento basado en terapias y consultas psicológicas al paciente.

Finalmente, se evidencia que existen varias barreras de acceso a los servicios de salud como: la falta de oportunidad en las citas médicas, el costo económico de la atención en salud, la tardanza en el diagnóstico, etc), lo anterior retrasa el inicio del tratamiento del paciente, en muchas IPS no se trabaja de manera multidisciplinaria y se realiza un abordaje individual en los pacientes, fragmentando así sus valoraciones, y sin comunicación entre neuropsiquiatría, terapia y psicología, lo que constituye una barrera para el diagnóstico temprano.

12. RECOMENDACIONES

- 12.1 Realizar actualizaciones al talento humano en salud (neuropediatras, peditras, médicos generales, terapeutas, enfermeras, psicólogos, etc) acerca de la definición, síntomas, signos, diagnóstico y correcto tratamiento del déficit de integración sensorial, para así evitar pasar por alto este síndrome y por lo tanto poder evitar sus consecuencias y disminuir la tasa de sobre diagnóstico de patologías como el Trastorno de Déficit de Atención e Hiperactividad y Trastornos del Espectro Autista.
- 12.2 Realizar capacitaciones a docentes de educación preescolar, educación primaria y bachillerato, con énfasis en los docentes que dictan clase a los primeros cursos de formación educativa, capacitación en la que se deben brindar herramientas para detectar grandes diferencias con niños que presenten un neurodesarrollo normal, para así realizar un puente efectivo, entre los padres y los centros educativos y de esta manera iniciar un proceso de identificación del síndrome de manera oportuna.
- 12.3 Tener como personal permanente en los colegios profesionales en terapia ocupacional e idealmente también terapia de lenguaje y física, para que de esta manera los docentes tengan un apoyo y acompañamiento en el proceso de identificación de niños con dificultades en el aprendizaje.
- 12.4 Crear campañas de no estigmatización a niños con problemas de aprendizaje o conductas, por el contrario de manera conjunta con los padres y educadores buscar el motivo de lo anterior, para así encontrar la solución y tratar al niño de eficazmente.
- 12.5 Crear programas de manejo interdisciplinario por todas las profesiones de terapia, junto con neuropediatría, pediatría o medicina general en el caso de no contar con especialidades o subespecialidades en las IPS públicas y privadas de Bogotá para de esta manera realizar un tratamiento en el que el niño sea manejado de manera integral y no segmentada.

- 12.6 Estudiar a fondo las causas de la deserción escolar, sin juicios acerca de cada niño y no solo atribuir el mal comportamiento académico como una gran causante de la deserción.
- 12.7 Crear estrategias para prevenir la deserción escolar en todos los grados de básica primaria y básica secundaria.
- 12.8 Otorgar herramientas a las familias de niños con Déficit de Integración Sensorial para superar los cambios en las dinámicas familiares que puedan instaurarse.
- 12.9 Realizar apoyo psicológico a los padres y/o cuidadores de niños con déficit de integración sensorial, para apoyar en el manejo de emociones alrededor del déficit y los comportamientos del niño.
- 12.10 Realizar talleres dirigidos a padres y/o cuidadores en las IPS tanto públicas como privadas acerca de la identificación del Déficit de Integración Sensorial en población pediátrica.
- 12.11 Realizar talleres dirigidos a padres y/o cuidadores en los centros educativos tanto públicos como privados acerca de la identificación del Déficit de Integración Sensorial en población pediátrica.
- 12.12 Mejorar la oportunidad de citas médicas con la subespecialidad de neuropediatría (abolir la necesidad de la remisión a pediatría), haciendo de esta consulta el primer eslabón entre el centro educativo y el servicio de salud, solo donde no se cuente con neuropediatría que el paciente tenga acceso rápido a pediatría o medicina general.

13. BIBLIOGRAFÍA

Agudelo Valdeleón, Olga Lucía. Martín Parada, Gloria Denyce. Rojas Rojas, Ada Ivonne. Torrijos Rivera, Olga Lucía. Correa López, Rolan Arcadio. Integración Sensorial y Trastornos de Aprendizaje del Código Lectoescrito. Revista Educación y Desarrollo Social. 2018. Vol. 12, n.º 2.

Álvarez Otero, Beatriz. Moreno Angarita, Marisol. Zea Arias, Patricia. Percepciones de Terapeutas Ocupacionales sobre el Lenguaje y la Comunicación de los Niños con Déficit de Integración Sensorial. Rev.Fac.Med. 2010. Vol. 58 No. 4.

Dayle C. Armstrong, Donna Redman-Bentley, Mary Wardell. Differences in Function Among Children With Sensory Processing Disorders, Physical Disabilities, and Typical Development. 2013. Pág. 315-321.

Delgado-Lobete L, Montes-Montes R, Rodríguez-Seoane S. Prevalencia de trastorno del procesamiento sensorial en niños españoles. Resultados preliminares y comparación entre herramientas de diagnóstico. TOG (A Coruña) [revista en Internet]. 2016 (19p.). Disponible en: <http://www.revistatog.com/num24/pdfs/original4.pdf>

Delgado Villamil Lady Catalina, López Zambrano Georgy Dubraskha. Integración Sensorial y Rendimiento Académico: Fundamentos Conceptuales y Propuesta de Intervención en el Aula. Informe Final de Investigación como Requisito Parcial para Optar al Título de Especialista en Neuropsicología. Institución Universitaria Politécnico. 2018.

Erazo Santander, Óscar Armando. Dificultades en Integración Sensorial, Afectividad y Conducta en Estudiantes de una Escuela Pública. Revista de Investigación y Pedagogía. Maestría en Educación. Uptc. 2018. Vol. 9. Núm. 20. Pág. 143-165.

Erazo Santander, Óscar Armando. Identificación, Descripción y Relaciones entre la Integración Sensorial, Atención y Conducta. Revista Colombiana de Ciencias Sociales. 2016. 7(1), 21-48.

Erazo Santander, Óscar Armando. La integración sensorial, concepto, dificultades y prevalencia. Revista de Psicología – GEPU. 2016. Vol. 7. No. 2.

Galeano Sánchez Eduar, Infante Moyano Ingrid, Ruiz Rodríguez Francly, Vega Porras Yeinny. Identificación, Evaluación e Intervención Clínica y Pedagógica del Trastorno de Procesamiento Sensorial. 2021 Pág. 1-34.

Hirmas Aday M, Poffald Angulo L, Jasmén Sepúlveda AM, Aguilera Sanhueza X, Delgado Becerra I, Vega Morales J. Barreras y Facilitadores de Acceso a la Atención de Salud: Una Revisión Sistemática Cualitativa. Rev Panam Salud Publica. 2013;33(3):223–9.

- Maitta Rosado Inger Solange, Lazo-Moreira María Verónica, Moreno Mieles Karen Patricia. Funcionalidad familiar y su relación con el área sensorial de los niños con trastorno del espectro autista. *Polo del Conocimiento*. 2020. Vol. 5, No 10. Pág. 22-36.
- Oliva Gómez Eduardo, Villa Guardiola Vera Judith Justicia. Hacia un Concepto Interdisciplinario de la Familia en la Globalización. *Juris*, 2014. Vol. 10. N° 1. Pág. 11-20.
- Ortega, P., Torres, L. E., Reyes, A. & Garrido, A. Discapacidad en Hijos. Cambios en la Dinámica Familiar. *Revista Psicología Científica*. 2012 14(6). <https://psicolcient.me/qvdj8>
- Pinzón Quintero Lina María. Perfil Sensorial de una Población con Dificultades en el Aprendizaje Investigación Institucional. Escuela Colombiana de Rehabilitación. 2015. Pág. 1-77.
- Pizarro M. Marina, Saffery Q. Katherine, Gajardo O. Pilar. Trastorno del Procesamiento Sensorial. Una Mirada Conjunta desde la Terapia Ocupacional y la Otorrinolaringología. *Rev. Otorrinolaringología. Cir. Cabeza Cuello* 2022; 82: 114-126
- Pérez Robles Ruth. Trastornos de Regulación del Procesamiento Sensorial: Una Contribución a la Validación de los Criterios para su Diagnóstico en la Primera Infancia. Universidad Autónoma de Barcelona Tesis Doctoral. 2012. Pág. 1-73.
- Restrepo-Zea JH, Silva-Maya C, Andrade-Rivas F, VH-Dover, R. Acceso a Servicios de Salud: Análisis de Barreras y Estrategias en el Caso de Medellín, Colombia. *Rev. Gerenc. Polít. Salud*. 2014; 13(27): 242-265. <http://dx.doi.org/10.11144/Javeriana.rgyps13-27.assa>
- Serna R. Sonia Esperanza; Torres L. Khristie Katherine; Torres V. Mayra Alejandra. Desórdenes en el Procesamiento Sensorial y el Aprendizaje de Niños Preescolares y Escolares: Revisión de la Literatura. *Revista Chilena de Terapia Ocupacional*. 2017. Vol. 17, N°2, Pág. 83–91.

14. ANEXOS

ANEXO 1 - TIPOLOGÍA DE BUSQUEDA Y OPERADORES BOLEANOS

- “Sensory AND integration AND déficit”
- “Sensory AND processing AND disorder”
- “Sensory AND integration”
- “Sensory AND processing AND regulation AND disorder” OR “Sensory AND integration AND déficit”
- “Sensory processing disorder” AND “Children”
- “Sensory processing regulation disorder” AND “Children”
- “Sensory integration” AND “Children”
- “Sensory integration deficit” AND “Children”
- “Sensory processing disorder” AND “Healthy children”
- “Sensory processing regulation disorder” AND “Healthy children”
- “Sensory integration” AND “Healthy children”
- “Sensory integration deficit” AND “Healthy Children”
- “Sensory processing disorder” AND “Barrier to access health services”
- “Sensory processing regulation disorder” AND “Barrier to access health services”
- “Sensory integration” AND “Barrier to access health services”
- “Sensory integration deficit” AND “Barrier to access health services”
- “Sensory processing disorder” AND “Family dynamics”
- “Sensory processing regulation disorder” AND “Family dynamics”
- “Sensory integration” AND “Family dynamics”
- “Sensory integration deficit” AND “Family dynamics”

- “Sensory processing disorder” AND “Family dynamics affectation”
- “Sensory processing regulation disorder” AND “Family dynamics affectation”
- “Sensory integration” AND “Family dynamics affectation”
- “Sensory integration deficit” AND “Family dynamics affectation”