

**UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS DE GUATEMALA
ESCUELA DE CIENCIAS PSICOLÓGICAS**

CENTRO DE INVESTIGACIONES EN PSICOLOGÍA –CIEPs-

“MAYRA GUTIÉRREZ”

**“APORTES QUE BRINDA LA TERAPIA OCUPACIONAL Y
RECREATIVA CON LAS
DIFERENTES TÉCNICAS DE TRATAMIENTO EN LA INTEGRACION
SENSORIAL
A NIÑOS CON DIAGNÓSTICO DE ASPERGER”**

MARTA BRICEL HERNÁNDEZ MORALES

CLARA OLIVIA MAZARIEGOS HARRIS

GUATEMALA, JUNIO DE 2012

UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS DE GUATEMALA

**ESCUELA DE CIENCIAS PSICOLÓGICAS
CENTRO DE INVESTIGACIONES EN PSICOLOGÍA –CIEPs-
“MAYRA GUTIÉRREZ”**

**“APORTES QUE BRINDA LA TERAPIA OCUPACIONAL Y RECREATIVA
CON LAS DIFERENTES TÉCNICAS DE TRATAMIENTO
EN LA INTEGRACIÓN SENSORIAL A NIÑOS CON DIAGNÓSTICO DE
ASPERGER”**

**INFORME FINAL DE INVESTIGACIÓN PRESENTADO AL HONORABLE
CONSEJO DIRECTIVO
DE LA ESCUELA DE CIENCIAS PSICOLÓGICAS**

**POR
MARTA BRICEL HERNÁNDEZ MORALES
CLARA OLIVIA MAZARIEGOS HARRIS**

**PREVIO A OPTAR EL TÍTULO DE
TERAPISTAS OCUPACIONALES Y RECREATIVAS
EN EL GRADO ACADÉMICO DE
TÉCNICAS UNIVERSITARIAS**

GUATEMALA, JUNIO DE 2012

The seal of the University of San Carlos of Guatemala is a circular emblem. It features a central shield with a figure on horseback, a castle, and a lion. The shield is flanked by two columns with banners that read 'PLUS' and 'ULTRA'. Above the shield is a crown and a cross. The outer ring of the seal contains the Latin motto 'CETERAS ORBIS CONSPICUA CAROLINA ACADEMIA COACTEMMA INTER' and the name 'UNIVERSITAS SAN CAROLINI' at the top.

**CONSEJO DIRECTIVO
ESCUELA DE CIENCIAS PSICOLÓGICAS
UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS DE GUATEMALA**

**DOCTOR CÉSAR AUGUSTO LAMBOUR LIZAMA
DIRECTOR INTERINO**

**LICENCIADO HÉCTOR HUGO LIMA CONDE
SECRETARIO INTERINO**

**JAIRO JOSUÉ VALLECIOS PALMA
REPRESENTANTE ESTUDIANTIL
ANTE CONSEJO DIRECTIVO**



ESCUELA DE CIENCIAS PSICOLOGICAS
CENTRO UNIVERSITARIO METROPOLITANO -CUM-
9^a Avenida 9-45, zona 11 Edificio "A"
Tel. 24187530 Telefax 24187543
e-mail: uscepstic@usac.edu.gt

CC. Control Académico
CIEPs.
Archivo
Reg. 229-2011
DIR. 1,359-2012

De Orden de Impresión Informe Final de Investigación

13 de junio de 2012

Estudiantes
Marta Bricel Hernández Morales
Clara Olivia Mazariegos Harris
Escuela de Ciencias Psicológicas
Edificio

Estudiantes:

Transcribo a ustedes el **ACUERDO DE DIRECCIÓN UN MIL TRESCIENTOS CINCUENTA Y UNO GUIÓN DOS MIL DOCE (1,351-2012)**, que literalmente dice:

"UN MIL TRESCIENTOS CINCUENTA Y UNO: Se conoció el expediente que contiene el Informe Final de Investigación, titulado: **"APORTES QUE BRINDA LA TERAPIA OCUPACIONAL Y RECREATIVA CON LAS DIFERENTES TÉCNICAS DE TRATAMIENTO EN LA INTEGRACIÓN SENSORIAL A NIÑOS CON DIAGNÓSTICO DE ASPERGER"** de la carrera de: Terapia Ocupacional y Recreativa, realizado por:

Marta Bricel Hernández Morales
Clara Olivia Mazariegos Harris

CARNÉ No. 2007-13841
CARNÉ No. 2007-13934

El presente trabajo fue asesorado durante su desarrollo por Licenciada Verónica Estrada de Figueroa y revisado por Licenciada Meli Johana Cárcamo Duarte. Con base en lo anterior, se **AUTORIZA LA IMPRESIÓN** del Informe Final para los trámites correspondientes de graduación, los que deberán estar de acuerdo con el Instructivo para Elaboración de Investigación de Tesis, con fines de graduación profesional."

Atentamente,

"ID Y ENSEÑAD A TODOS"

Doctor César Augusto Lambour Lizama
DIRECTOR INTERINO



UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS DE GUATEMALA



ESCUELA DE CIENCIAS PSICOLÓGICAS

CENTRO UNIVERSITARIO METROPOLITANO - CUM-
9ª Avenida 9-45, zona 11 Edificio "A"
Tel. 24187530 Telefax 24187543
e-mail: usacpsic@usac.edu.gt



CIEPs 752-2012
REG: 229-2011
REG: 504-2011

FIRMA: *[Signature]* 13:50 229-11
INFORME FINAL

Guatemala, 11 de junio 2012

SEÑORES
CONSEJO DIRECTIVO
ESCUELA DE CIENCIAS PSICOLÓGICAS
CENTRO UNIVERSITARIO METROPOLITANO

Me dirijo a ustedes para informarles que la Licenciada Meli Johana Cárcamo Duarte ha procedido a la revisión y aprobación del INFORME FINAL DE INVESTIGACIÓN titulado:

“ APORTES QUE BRINDA LA TERAPIA OCUPACIONAL Y RECREATIVA
CON LAS DIFERENTES TÉCNICAS DE TRATAMIENTO EN LA
INTEGRACIÓN SENSORIAL A NIÑOS CON DIAGNÓSTICO DE ASPERGER.”

ESTUDIANTE: CARNE NO.
Marta Bricel Hernández Morales 2007-13841
Clara Olivia Mazariegos Harris 2007-13934

CARRERA: Terapia Ocupacional y Recreativa

El cual fue aprobado por la Coordinación de este Centro el día 04 de junio 2012 y se recibieron documentos originales completos el día 08 de junio 2012, por lo que se solicita continuar con los trámites correspondientes para obtener ORDEN DE IMPRESIÓN

“ID Y ENSEÑAD A TODOS”

[Signature]
Licenciado Marco Antonio García Enríquez
COORDINADOR



Centro de Investigaciones en Psicología-CIEPs. “Mayra Gutiérrez”

c.c archivo
Arelis

UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS DE GUATEMALA



ESCUELA DE CIENCIAS PSICOLÓGICAS
CENTRO UNIVERSITARIO METROPOLITANO -CUM-
5ª. Avenida 9-45, zona 11 Edificio "A"
Tel. 24187530 Telefax 24187543
e-mail. uscpsic@usac.edu.gt

CIEPs: 753-2012
REG: 229-2011
REG: 504-2011

Guatemala, 11 de junio 2012

Licenciado Marco Antonio García Enríquez,
Centro de Investigaciones en Psicología
-CIEPs.-"Mayra Gutiérrez"
Escuela de Ciencias Psicológicas

Licenciado García:

De manera atenta me dirijo a usted para informarle que he procedido a la revisión del INFORME FINAL DE INVESTIGACIÓN, titulado:

**"APORTES QUE BRINDA LA TERAPIA OCUPACIONAL Y RECREATIVA
CON LAS DIFERENTES TÉCNICAS DE TRATAMIENTO EN LA
INTEGRACIÓN SENSORIAL A NIÑOS CON DIAGNÓSTICO DE ASPERGER."**

| | |
|--------------------------------|------------|
| ESTUDIANTE: | CARNE NO. |
| Marta Bricel Hernández Morales | 2007-13841 |
| Clara Olivia Mazariegos Harris | 2007-13934 |

CARRERA: Terapia Ocupacional y Recreativa

Por considerar que el trabajo cumple con los requisitos establecidos por el Centro de Investigaciones en Psicología, emito **DICTAMEN FAVORABLE** el día 15 de mayo 2012 por lo que solicito continuar con los trámites respectivos.

Atentamente,

"ID Y ENSEÑAD A TODOS"

Licenciada Meli Johana Carsamo Duarte
DOCENTE REVISOR



Arelis./archivo



20 Avenida 5-09 Zona 11 Colonia Mirador I

Guatemala, 09 de febrero 2012

Licenciada
Mayra Luna de Álvarez
Coordinadora Centro de Investigación en Psicología
CIEPs "Mayra Gutierrez"
Escuela de Ciencias Psicológicas
CUM

Estimada Licenciada Álvarez:

Deseándoles éxitos frente a sus labores, por este medio se le informa que la estudiante Marta Brice
Hernández Morales, carné 200713841, realizó en esta institución entrevistas con los padres de familias
y terapia ocupacional con los niños como parte del trabajo de investigación titulado: **"APORTES QUE
BRINDA LA TERAPIA OCUPACIONAL Y RECREATIVA CON LAS DIFERENTES TÉCNICAS DE
TRATAMIENTO EN LA INTEGRACIÓN SENSORIAL A NIÑOS CON DIAGNOSTICO DE
ASPERGER"**. Durante el periodo del 7 de noviembre al 16 de diciembre del 2011, durante 3 veces por
semana a 8 niños que asisten a la Asociación.

La estudiante en mención cumplió con lo estipulado en su proyecto de investigación, por lo que
agradecemos la participación en beneficio de nuestra institución y de los niños que recibieron la terapia
durante ese tiempo.

Sin otro particular, me suscribo de usted.

Atentamente,


Marta Cecilia de Campbell
Presidenta



20 Avenida 5-09 Zona 11 Colonia Mirador I

Guatemala, 09 de febrero 2012

Licenciada
Mayra Luna de Álvarez
Coordinadora Centro de Investigación en Psicología
CIEPs "Mayra Gutierrez"
Escuela de Ciencias Psicológicas
CUM

Estimada Licenciada Álvarez:

Deseándoles éxitos frente a sus labores, por este medio se le informa que la estudiante Clara Olivia Mazariegos Harris, carné 200713934 realizó en esta institución entrevistas con los padres de familias y terapia ocupacional con los niños como parte del trabajo de investigación titulado: **"APORTES QUE BRINDA LA TERAPIA OCUPACIONAL Y RECREATIVA CON LAS DIFERENTES TÉCNICAS DE TRATAMIENTO EN LA INTEGRACIÓN SENSORIAL A NIÑOS CON DIAGNOSTICO DE ASPERGER". r**. Durante el periodo del 7 de noviembre al 16 de diciembre del 2011, durante 3 veces por semana a 8 niños que asisten a la Asociación.

La estudiante en mención cumplió con lo estipulado en su proyecto de investigación, por lo que agradecemos la participación en beneficio de nuestra institución y de los niños que recibieron la terapia durante ese tiempo.

Sin otro particular, me suscribo de usted.

Atentamente,


Marta Cecilia de Campbell
Presidenta

UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS DE GUATEMALA



ESCUELA DE CIENCIAS PSICOLOGICAS

CENTRO UNIVERSITARIO METROPOLITANO -CUM-
9ª Avenida 9-45, zona 11 Edificio "A"
Tel. 24187530 Telefax 24187545
e-mail: usnopsic@usac.edu.gt

Guatemala,
Marzo 19 del 2012.

Licenciado Marco Antonio García Enriquez
Coordinador
Departamento de Investigaciones Psicológicas
"Mayra Gutiérrez" -CIEPs-
CUM

Licenciado García:

Por este medio me permito informarle que he tenido bajo mi cargo la asesoría del Informe Final de Investigación, titulado: "APORTES QUE BRINDA LA TERAPIA OCUPACIONAL Y RECREATIVA CON LAS DIFERENTES TÉCNICAS DE TRATAMIENTO EN LA INTEGRACIÓN SENSORIAL A NIÑOS CON DIAGNÓSTICO DE ASPERGER", elaborado por las Estudiantes:

Marta Bricef Hernández Morales Carné No.: 200713841
Clara Olivia Mazariegos Harris Carné No.: 200713934

El trabajo fue realizado a partir del 17 de agosto del año dos mil once, previo a obtener el Título de la Carrera Técnica de Terapia Ocupacional y Recreativa, en el grado académico de Técnico Universitario. Esta investigación cumple con los requisitos establecidos por el CIEPs., por lo que emito DICTAMEN FAVORABLE y solicito se proceda a la revisión y aprobación correspondiente.

Atentamente,


Licenciada Verónica Estrada de Figueroa
ASESORA
Colegiada Activa No.: 1519

Licenciada
Verónica Estrada de Figueroa
Psicóloga Colegiada 1519
T.O.N.R.

VEdF/susy
c.c.archivo

PADRINOS DE GRADUACIÓN

POR MARTA HERNÁNDEZ

Domingo Romero Reyes

Licenciado en Psicología

Terapista Ocupacional y Recreativo

Colegiado activo No. 4427

Verónica Estrada de Figueroa

Licenciada en Psicología

Terapista Ocupacional y Recreativo

Colegiado activo 1519

POR CLARA MAZARIEGOS

Dumbar Manuel Harris Menjivar

Licenciado en Ciencias Jurídicas y Abogado y Notario.

Colegiado activo No. 12258

Delmy Olivia Harris Menjivar

Licenciada en Ciencias Políticas con Orientación en Relaciones Internacionales

Colegiado activo No. 798

**ACTO QUE DEDICO
MARTA BRICEL HERNÁNDEZ MORALES**

A DIOS Y A MI VIRGENCITA:

Por iluminar mi camino y darme sabiduría para poder salir adelante.

A MIS PADRES:

Pedro Hernández y Victoria de Hernández. Por su apoyo incondicional, y por enseñarme, corregirme, cuidarme y sobre todo por amarme, gracias por eso y mil cosas más, por ustedes soy quien soy y puedo estar aquí de pie.

A MIS HERMANOS:

Wilson y Verni Hernández. Por cuidar de mí, por nunca dejarme sola y por no ser solamente mis hermanos, sino por ser como unos padres para mí. Gracias por sus buenos ejemplos y regaños. Los Amo.

A MIS CUÑADAS:

Karen y Glendy de Hernández. Por sus consejos, comprensión y sobre todo el cariño, gracias por ser las hermanas que nunca tuve.

A MIS SOBRINOS:

Antonio, Mafer, Johana, Paula y Alexandra. Gracias por ese amor tan puro e inocente, por hacerme reír, por cada uno de sus besos y abrazos. Ustedes son como mis hijos, los adoro chicos.

A MIS TÍOS:

Gracias por el cariño y apoyo, y en especial a mis tíos Hernández por enseñarme a ser parte de una gran familia.

A MIS PRIMOS:

Por estar siempre presentes en las buenas, en las malas y en las peores, los quiero mucho, son únicos.

A MI COMPAÑERA DE TESIS:

Clara Mazariegos. Gracias por permitirme elaborar esta tesis contigo, y sobre todo por tu cariño, te deseo lo mejor del mundo, te quiero mucho.

A MIS AMIGOS:

Gracias por estar siempre presentes, por su apoyo y gran cariño.

A MIS COMPAÑEROS DE PROMOCIÓN:

Gracias por compartir conmigo esos momentos inolvidables, los quiero mucho.

A MIS CATEDRATICOS:

Lic. Domingo, Lic. Tita, Lic. Vero y Lic. Otto, por enseñarme el significado de ser un T.O., y sobre todo amar esta carrera.

EN ESPECIAL Y A QUIEN DEDICO ESTA TESIS:

Mi Hijo. Mi angelito lindo este título te lo dedico a ti con todo mi amor, porque tú fuiste mi motor, mi motivo para salir adelante, gracias mi amor por enseñarme a luchar y ser una persona más humana. Por ti entre a esta carrera y por ti hoy estoy aquí culminando con esta meta. Gracias mi angelito lindo, te amo y siempre te llevaré en mi corazón y en mi mente.

**ACTO QUE DEDICO
CLARA OLIVIA MAZARIEGOS HARRIS.**

Dios: Por ser el dador de la sabiduría y permitirme llegar hasta este punto, darme salud para lograr cada uno de mis objetivos y guiarme cada uno de los días de mi vida.

A mis Padres Carlos Mazariegos y Clara de Mazariegos: Por haberme dado la vida, apoyado e incentivado a seguir adelante con mis estudios y cada uno de mis metas; por estar siempre allí cuando los necesito y enseñarme que la vida es mejor cuando perseveramos y construimos los valores importantes como persona. Por su educación para ser una persona exitosa, por el amor que día tras día me demuestran, porque a pesar de todo lo que soy, ellos siempre están dispuestos a motivarme, apoyarme y darme palabras de aliento.

A mis hermanas Yadira, Dora, Ingrid, Sayda, Carla y Viviana: Por los momentos, la paciencia y el apoyo que día a día me brindaron. Y por darme ánimos para alcanzar esta meta tan importante en mi carrera profesional.

A mis Cuñados, sobrinos y resto de mi familia: Por haber estado allí cada momento, directa o indirectamente y apoyarme en mi vida.

A Ti: Por compartir tu vida conmigo y regalarme tantos momentos de felicidad. Te quiero, gracias por existir en mi vida.

A Marta Hernández mi compañera de Tesis: Por aguantarme y apoyarnos entre las dos para poder realizar nuestro trabajo de tesis, concluyendo una de nuestras metas "Terapistas Ocupacionales y Recreativas Graduadas".

A Licda. Verónica de Figueroa y Licda. Meli Cárcamo: Por brindarme tiempo de sus ocupadas vidas, para la revisión y asesoría de mi tesis y así llegar a culminar con éxito dicho trabajo.

A los licenciados Licda. Melany, Lic. Domingo y Licda. Blanca: Por su sabiduría impartida en cada una de sus clases y apoyarme en mi formación profesional.

A mis padrinos: Por aceptar estar conmigo en este momento y compartir la felicidad que se siente llegar a ser una profesional.

A mis amigas y amigo: Por ser siempre mis cómplices, mis confidentes, quienes construyeron conmigo momentos de locura e inigualables en mi vida y estar compartiendo cada momento con alegrías y tristezas. Gracias por estar en mi vida.

AGRADECIMIENTOS A:

Universidad de San Carlos de Guatemala Escuela de Ciencias Psicológicas

Por brindarme día a día conocimientos y herramientas necesarias para ser profesional.

Padrinos:

**Licenciado Domingo Reyes,
Licenciada Verónica Estrada,
Licenciado Dumbar Harris,
Licenciada Olivia Harris,**

Por brindarme su apoyo en esta etapa profesional.

Nuestra Revisora:

Licda. Meli Johana Cárcamo

Por su paciencia, cooperación y ayuda en la elaboración de nuestra tesis.

Nuestros Catedráticos:

Licda. Bertha Melanie Girard Luna

Licda. Verónica Figueroa

Lic. Domingo Reyes

Licda. Blanca Peralta

Por transmitirnos el conocimiento que nos llevó a la etapa profesional.

Asociación Intégrame

Por abrirnos las puertas de su centro para llevar a cabo nuestro estudio.

ÍNDICE

| | Página |
|--|--------|
| Resumen..... | 9 |
| Prólogo..... | 11 |
| CAPÍTULO I..... | 13 |
| 1. Introducción..... | 13 |
| 1.1. Planteamiento del problema y marco teórico..... | 13 |
| 1.1.1. Planteamiento del problema..... | 13 |
| 1.1.2. Marco teórico..... | 15 |
| Breve reseña histórica..... | 16 |
| Terapia ocupacional en Guatemala..... | 18 |
| Principios de aplicación de la terapia ocupacional | 20 |
| La terapia ocupacional como socioterapia..... | 22 |
| Terapia ocupacional en pediatría..... | 24 |
| Terapia ocupacional y la integración sensorial. | 25 |
| Integración sensorial..... | 27 |
| Síndrome de Asperger..... | 29 |
| 1.2. Hipótesis de trabajo..... | 33 |
| CAPÍTULO II..... | 35 |
| 2. Técnicas e instrumentos..... | 35 |
| 2.1. Técnicas de recolección de la información..... | 35 |
| 2.1.1. Observación estructurada..... | 35 |
| 2.1.2. Entrevista estructurada..... | 35 |
| 2.1.3. La encuesta..... | 35 |
| 2.2. Instrumentos de recolección de datos..... | 36 |
| 2.2.1. Cuestionario..... | 36 |

| | |
|--|----|
| CAPÍTULO III..... | 37 |
| 3. Presentación, análisis e interpretación de resultados..... | 37 |
| 3.1. Características del lugar y la población | 37 |
| 3.1.1. Características del lugar | 37 |
| 3.1.2. Características de la población | 38 |
| 3.2. Presentación, análisis e interpretación de resultados..... | 38 |
| CAPÍTULO IV..... | 51 |
| 4. Conclusiones y recomendaciones..... | 51 |
| 4.1. Conclusiones..... | 51 |
| 4.2. Recomendaciones..... | 52 |
| Anexos..... | 53 |
| Glosario | |
| Bibliografía | |
| E-Grafías | |

RESUMEN

Aportes que brinda la terapia ocupacional y recreativa con las diferentes técnicas de tratamiento en la integración sensorial a niños con diagnóstico Asperger.

Autoras:

Marta Bricel Hernández Morales y Clara Oliva Mazariegos Harris.

El propósito de la investigación fue dar a conocer a la población guatemalteca lo que puede llegar a ser un niño con diagnóstico Asperger por medio de la integración sensorial. Y a la vez aportar conocimiento y ayuda a la Asociación Intégrame; ubicada en 20 Avenida, 5-09, Zona 11, Colonia Mirador I (a un costado de Miraflores).

En el espacio de dos meses, dentro de las instalaciones de la institución. Iniciando una charla taller, en la cual se le presento a los padres de familia la información necesaria para que ellos pudieran contribuir con la enseñanza de sus hijos en casa. Trabajando la técnica de la terapia de integración sensorial, con niños pacientes de diagnóstico Asperger de 07 a 12 años de edad. Con una cantidad 8 niños que recibieron terapia en dicha institución.

Entre los alcances que se dieron, fueron enseñar a los pacientes de la Asociación Intégrame una adaptación de la técnica de la terapia de integración sensorial, aportando el conocimiento y brindando un mejor control para que los niños con Asperger tengan una calidad de vida.

Las técnicas utilizadas:

Observaciones estructuradas, entrevista estructurada y encuestas.

Los instrumentos utilizados:

La ficha de observación, el registro de observación, cuaderno de notas, diario de campo y cámara fotográfica.

PRÓLOGO

El siguiente proyecto se realizó, con el propósito apoyar a la Asociación Intégrame, en lo que es la terapia ocupacional y recreativa, en el tratamiento de niños con diagnóstico Asperger.

Enseñando los diferentes aportes de las técnicas de integración sensorial. Se tuvo en cuenta que con la estimulación sensorial en el contexto ocupacional, proporcionan al niño oportunidades de recreación mediante una técnica específica para organizar toda la información en su cerebro, creando una buena base neurológica que nos permitió conseguir los niveles de desarrollo deseados en la integración de los procesos ocupacionales del paciente.

La terapia ocupacional y recreativa por medio de la estimulación sensorial proporcionó a los niños un espacio que les permitió interactuar de forma recreativa con una serie de materiales específicos, facilitándoles la difícil tarea de organizar toda la información dentro del cerebro.

La intervención se basó en la recreación, dirigida por las terapeutas ocupacionales y recreativas, pero a la vez por el mismo niño para lograr su autocontrol. La base neurológica que se creó durante la infancia sería la encargada de marcar el hilo conductor del futuro desarrollo de los niños que formaron el grupo de pacientes que se atendió en el proceso del trabajo de tesis, en la Asociación Intégrame.

La terapia ocupacional y recreativa se base en la técnica de integración sensorial, para mejorar la integración y reducir la sensibilidad sensorial; esto ayudó a los niños a organizar, concentrar, predecir y prepararse para el cambio. Se Pudo aumentar considerablemente la adaptabilidad de un niño y su flexibilidad, facilitando así una mayor participación en los programas educativos y ocupacionales.

Ahora, se cree que no hay ningún límite de edad en el descubrimiento de las ventajas de la integración sensorial, aunque los niños más pequeños muestren mayor mejoría.

La terapia de integración sensorial está diseñada por terapeutas ocupacionales especialmente dedicados al estudio de este proceso. Proporcionando experiencias que incrementen la integración en las áreas sensoriales de los pacientes con Asperger.

CAPÍTULO I

1. INTRODUCCIÓN

1.1. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA Y MARCO TEÓRICO

1.1.1. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA:

El Síndrome de Asperger se encuentra dentro del grupo de los trastornos generalizados del desarrollo, que incluyen un grupo de patologías caracterizadas por un retraso y un desvío en el desarrollo de las habilidades sociales, el lenguaje, la comunicación y del repertorio de conductas. Los niños con trastornos generalizados del desarrollo, de forma frecuente muestran un interés desmesurado hacia algunas actividades específicas, se resisten a los cambios y no responden de manera adecuada en el entorno social. Estos trastornos afectan a múltiples áreas del desarrollo, se manifiestan en etapas tempranas de la vida y causan una disfunción que persiste a lo largo del tiempo.

En nuestro país este concepto es poco conocido puesto que no hay investigaciones a profundidad de dicho tema, pero eso no significa que no existan casos relacionados con dicha patología.

Dentro del país son pocas las instituciones que se encargan de intervenir en el proceso de las terapias, teniendo en cuenta la Asociación Intégrame; en la cual se dedican ayudar a niños con diferentes diagnósticos; en los cuales se encuentra el

Asperger. Dicha institución vela porque las familias de escasos recursos y menos oportunidades, tengan un apoyo, para darles las terapias necesarias a sus hijos o hijas; y que en ellas se encuentre niños con diagnóstico Asperger.

Tratamos de sensibilizar, concientizar y educar, fomentando la integración en la sociedad guatemalteca de personas con trastornos generalizados del desarrollo. Valorando el compromiso de trabajar solidaria, humilde y amorosamente para todos aquellos que lo necesiten. Teniendo el deber con los niños entre las edades de 7 a 18 años; hasta lograr un desarrollo en sus vidas.

Tomamos en cuenta que en la sociedad guatemalteca los niños con trastornos generalizados del desarrollo, son poco conocidos e incluso se tiene la vaga idea de que son personas ajenas a una vida propia, con actitudes negativas y que no tienen cambio en ellas. Observamos la necesidad de educar a la población guatemalteca en que las personas con este tipo de desórdenes en su conducta tienden a mejorar su calidad de vida, y se les brindó una terapia en la cual pudieron integrar su actividad sensorial. Y a la vez cambiaron la idea que se tenía de dichas patologías.

1.1.2. MARCO TEÓRICO

ANTECEDENTES

TERAPIA OCUPACIONAL Y RECREATIVA

La Terapia Ocupacional fue definida por la WFOT (Federación Mundial de Terapeutas Ocupacionales) como: "Profesión que se ocupa de la promoción de la salud y el bienestar a través de la ocupación. El principal objetivo de la Terapia Ocupacional es capacitar a las personas para participar en las actividades de la vida diaria. Los terapeutas logran este resultado mediante la habilitación de los individuos para realizar aquellas tareas que optimizarán su capacidad para participar, o mediante la modificación del entorno para que éste refuerce la participación¹.

El término Terapia Ocupacional y Recreativa son un poco difíciles de delimitar, ya que el contenido del mismo es muy amplio y tiene mucha relación con otras disciplinas, pero podemos nombrar a grandes rasgos su significado diciendo que: La Terapia Ocupacional y Recreativa son consideradas como el arte de dirigir la participación del hombre en algunas tareas seleccionadas para reforzar, acrecentar y restaurar su cumplimiento, facilitando el aprendizaje de las diversas habilidades y funciones para una mejor adaptación y productividad y así poder mantener la salud².

Los terapeutas ocupacionales poseen una formación extensa que les proporciona las habilidades y los conocimientos para trabajar con aquellos individuos o grupos de población que sufren la afectación de una estructura corporal o función, debido a algún cambio de salud y que por tanto hace que experimente limitaciones en su participación.

Los terapeutas ocupacionales establecen que la participación podría estar facilitada o restringida por entornos físicos, sociales, actitudinales y legislativos. Por ello la práctica de la Terapia Ocupacional podría estar dirigida a todos aquellos aspectos variables del entorno para mejorar la participación."

¹ La Conferencia Nacional de Directores de Escuelas Universitarias de Terapia Ocupacional, 2004: Libro Branco de la Diplomatura en Terapia Ocupacional. Pág. 18.

²Dr. Ruiz García, Heliodoro, 1972: La Terapia Ocupacional y La Laborterapia en las Enfermedades Mentales, Pág. 19-58.

BREVE RESEÑA HISTÓRICA

La Terapia Ocupacional surge acompañando los grandes movimientos sociales. Hacia fines del siglo XVIII, con el surgimiento del tratamiento moral de Pinel, en la etapa humanista, se comienza a ocupar el tiempo de los internados buscando su rehabilitación social. Esto ocurre en Francia; paralelamente en Inglaterra, los cuáqueros instauran casas de retiro en el campo considerando que el cambio de ambiente puede ser beneficioso para tratar las alteraciones mentales. En este período se produce un mejoramiento en los tratamientos de los enfermos mentales. Philippe Pinel, William Tuke y Vifanzio Chiarugi tenían a sus pacientes sin cadenas y les daban ocupaciones. En el siglo XIX, con la etapa industrial, aparecen las industrias hospitalarias, cuya fundamentación es la utilización de la mano de obra y no la rehabilitación. Esto fracasa porque al ser inferior la capacidad productiva, el crédito económico no es el mismo³.

A comienzos del siglo XX con el advenimiento de la etapa terapéutica, el Dr. Herbert Hall inicia en EE.UU. el estudio sobre el uso terapéutico de las actividades en la universidad de Harvard. El primer artículo escrito y publicado sobre T.O. que se conoce, aparece en 1992 en *The Archives of Occupational Therapy*: "La filosofía de la terapéutica ocupacional"?, por Adolph Meyer. El autor retoma los fundamentos del tratamiento moral tendiendo a crear patrones institucionales de vida y módulos de conducta similares a los que podía tolerar y aceptar la sociedad. Tomaba la "ocupación" como concepto central, y sostenía que los hábitos otorgaban un equilibrio en la organización del tiempo entre diferentes actividades: juego, trabajo, descanso y sueño. Dentro de esta misma escuela se destaca Eleanor Clarke Slagle, considerada fundadora de la terapia ocupacional. Toma como modelo las necesidades de la infancia y como fundamento los principios de trabajo, juego y relaciones humanas. Plantea un modo de reorganización de hábitos al que llamó "entrenamiento en hábitos". Dicho programa se llevó a cabo en hospitales mentales como medio de rehabilitación para los pacientes crónicos.

Luego, entrenaba gradualmente a sus pacientes en actividades recreativas y hábitos de trabajo. Louis Haas basó sus programas de tratamiento sobre el estudio de los problemas sociales, económicos y familiares con los que se enfrentará el paciente en el momento del alta hospitalaria. Trabajó con pacientes con tuberculosis e hizo hincapié en el entrenamiento de actividades estructuradas en el taller como ámbito de trabajo,

³ Romero Ayuso, Dulce María http://www.terapia-ocupacional.com/articulos/Rev_Hist_ocup_vincu_T.O.shtml

con el fin de que los pacientes recuperaran sus habilidades. El Dr. March, en 1932, describió un programa de terapéutica industrial con cerca de dos mil pacientes, efectuando un análisis laboral de cada tipo de trabajo posible en una comunidad hospitalaria. Diseñó un modelo de Historia Clínica que incluía capacidades, destrezas y potencial. Su objetivo fue la preparación de los pacientes para la reintegración a la comunidad. Cody Bryan también proponía a la terapia industrial como medio de preparar al paciente con una enfermedad mental para el mundo laboral. Las actividades que realizaban eran de acuerdo a sus intereses y eran formados para ejercer roles productivos. William Dunton sostenía que el ambiente hospitalario debía brindar un ejemplo ordenado de vida normal, donde el paciente podría aprender hábitos apropiados para la vida cotidiana. Mediante actividades tales como deportes y habilidades manuales en actividades artesanales de taller, se lograba un progreso tanto hacia la calidad de trabajador recuperando los hábitos de trabajo, como también hacia la calidad de ciudadano en la comunidad. Kidner se interesó en los efectos ambientales sobre el paciente tuberculoso. Los pacientes comenzaban con actividades como juegos y artesanías simples en la cama, que requerían poco esfuerzo físico (dentro de las capacidades de cada paciente) y mantenían sus intereses. Después, los pacientes pasaban al taller, y finalmente, eran empleados en trabajos industriales reales dentro de la institución.

La primera definición de terapia ocupacional fue dada por el creador del término, George Barton, en 1914: "Si hay una enfermedad ocupacional, por qué no hay terapia ocupacional". Barton era un arquitecto que tuvo tuberculosis, y al recuperarse se interesa en la rehabilitación de los pacientes basándose en talleres como ambiente de trabajo para diferentes actividades.

La guerra de Crimea condujo a la formación profesional de enfermeras. La Primera Guerra Mundial, el de fisioterapia, como así también se observaba la práctica de una terapéutica ocupacional que promovían tratamiento a los soldados de guerra. Dicha guerra puso de manifiesto lo grave de la responsabilidad del Estado frente a la rehabilitación. Esto sirvió de gran ayuda, ya que abrió el camino a una mejor comprensión del problema de los lisiados, así como para el reconocimiento de la necesidad de implementar más amplios programas. Pero la terapia ocupacional alcanza un mayor desarrollo como profesión durante la Segunda Guerra Mundial. Al principio de este período, se trabaja sobre el terreno psicológico y al final del siglo XIX se practicaba como terapéutica ocupacional, siendo la nación pionera Canadá. A partir de allí se

desarrolló en otros países: Inglaterra, Irlanda, Estados Unidos, Francia, Alemania, Suiza, Austria, Noruega, Portugal, Bélgica. La misma era utilizada de distintas formas.

Al estallar la Segunda Guerra Mundial, el problema de los lisiados de guerra atrajo nuevamente la atención del pueblo americano. Sin embargo, la situación era diferente a la de la otra guerra, ya que ahora existían servicios de rehabilitación para civiles y militares. Dicha guerra dio gran impulso a la medicina física y a la terapia ocupacional, robusteciendo el concepto de que el impedido no tiene que ser necesariamente un dependiente ni una carga pública. Las guerras tuvieron efectos trascendentales en la vida de los lisiados, hubo empleo para millares de individuos a quienes en tiempos normales hubiera sido muy difícil encontrarles trabajo sin haber tenido entrenamiento, guía ni ayuda para lograr una ocupación remunerada.

TERAPIA OCUPACIONAL EN GUATEMALA

Los acontecimientos más importantes en la historia de la Terapia Ocupacional en Guatemala se resumen a continuación:

1933 surge por primera vez en Guatemala un servicio de fisioterapia, contando con el Doctor Vicente Santolino, especializado en Francia y ayudado por dos auxiliares de enfermería por espacio de diez años en el Hospital Nacional San Juan de Dios. Diez años después 1943 Ingresan como auxiliares en fisioterapia Nery Gutiérrez y Transito Jiménez por cinco años.

1948 se abre el servicio de fisioterapia del Hospital dentro del Instituto Guatemalteco de Seguridad Social (IGSS) atendidos por el doctor Vicente Santolino y el auxiliar Nery Gutiérrez. Ese año se trasladó el servicio de fisioterapia del Hospital General San Juan de Dios al Centro de Recuperación No. 1, supervisado por el Dr. Santolino y atendido por la auxiliar de enfermería Candelaria Arrecis.

1951 fue becado el Dr. Miguel Ángel Aguilera Pérez por el Instituto de Seguridad Social (IGSS) y la Organización de Naciones Unidas, para que se especializara en Medicina Física y de Rehabilitación en los Estados Unidos de América, en New York con el padre de la rehabilitación el Dr. Howard Rusk-Lugnes. En noviembre el Dr. Vicente Santolino es sustituido por el Dr. Jorge OchaitaGomar, con amplia experiencia en el campo de la Medicina Deportiva y como médico auxiliar de Fisioterapia en el servicio de Fisioterapia.

1952 el 1 de enero el Dr. Miguel Ángel Aguilera Pérez ingresa como interno del departamento de Rehabilitación en el Hospital Bellview, siendo el primer médico latinoamericano aceptado en esa en esta unidad para entrenamiento en el campo de la rehabilitación (paraplégicos, tratamiento ambulatorio, manejo de amputados y prescripción de prótesis)

1953 regresa de su especialización el Dr. Miguel Ángel Aguilera Pérez, otorgándosele nombramiento como Director técnico y jefe de los servicios de rehabilitación del Instituto Guatemalteco de Seguridad Social (IGSS). Ese mismo año presta colaboración y ayuda técnica en forma honoraria a la unidad que dirigió el Dr. Monzón Malice. De 1933 a 1953 han transcurrido 20 años de haberse iniciado la rehabilitación en Guatemala, y aún se contaba con dos auxiliares en Fisioterapia sin notarse algún interés de mejorar la situación.

En Guatemala de la Asunción, se sabe que el Hospital de San Juan de Dios fue puesto a servicio público en octubre de 1778, no se sabe con certeza el día en que esto ocurrió; sin embargo a través de su existencia, se ha celebrado el día 24 de octubre, día de San Rafael Arcángel, como fecha festiva y a San Rafael se le ha tenido como Patrono del mismo, coyuntura que hace pensar que el hospital fue abierto el 24 de octubre de 1778. Luego de más de siglo y medio funcionando como institución de beneficencia, con la Constitución Política de la República, de 1945, pasó a ser estatal y desde entonces le ha sido asignado un presupuesto, que en el 2005 osciló los Q.120 millones⁴.

Por aparte, la carrera de Terapia Ocupacional y Recreativa que actualmente se imparte en la Escuela de Ciencias Psicológicas de la Universidad de San Carlos de Guatemala se fundó en el año 1976 y fueron el Licenciado Mario Ricardo Pellecer, fisioterapeuta, la señorita Miriam Colom, el señor Raúl Moraga y el licenciado Luis Rodolfo Jiménez, los primeros catedráticos.

⁴ Granados Toledo, Marlen Elisa, 2006: Propuesta para la Creación del Departamento de Terapia Ocupacional y Recreativo en la Unidad de Hematología Pediátrica del Hospital General San Juan de Dios", Pág. 6

PRINCIPIOS DE APLICACIÓN DE LA TERAPIA OCUPACIONAL

Entre los principios de la aplicación de la terapéutica ocupacional son los siguientes:

- La terapéutica ocupacional es un método de tratamiento del enfermo y del herido como medio de aprendizaje y de ejecución productiva.
- Los objetivos son los de suscitar el interés, el ánimo y la confianza y adiestrar el cuerpo y la mente en una actividad saludable, vence la importancia y restablece aptitudes de utilidad industrial y social.
- Al aplicarse la terapéutica ocupacional, el sistema y la precisión son tan importantes como en los otros métodos de tratamiento.
- El tratamiento debe ser preciso y administrado bajo constante vigilancia médica y en correlación con los demás tratamientos que recibe el enfermo.
- El tratamiento debe de ser para caso específico, de acuerdo con las necesidades del individuo.
- Aún cuando algunos enfermos se compongan y se comportan mejor solos, se aconseja generalmente el trabajo en grupo porque estimula el ejercicio de la adaptación social y por la influencia animadora del ejemplo y el comentario.
- La ocupación seleccionada debe de estar de los intereses y de la capacidad del enfermo.
- A medida que aumenta la fuerza y la capacidad del enfermo, el tipo de extensión de la ocupación debe arreglarse y graduarse en conformidad.
- La única medida digna de confianza del resultado del tratamiento es el efecto que produce sobre el paciente.
- La mano de obra subalterna o del empleo en una ocupación trivial para el sano puede ser ejecutada con el mayor provecho por el enfermo o lisiado, pero conviene procurarse que en lo posible el trabajo ejecutado por los pacientes se mejore o sea idéntico al que interesa a las personas normales.
- Los productos de los objetos bien hechos, útiles y atractivo o el cumplimiento de tareas útiles requieren un ejercicio saludable de la mente y el cuerpo, proporciona la mayor satisfacción y produce, de este modo, un resultado beneficioso.
- La novedad, variedad, individual y utilidad del producto acrecienta el valor de una ocupación como medida de tratamiento.

- La calidad, la cantidad y la posibilidad sobre la venta de estos objetos puede resultar provechosos para satisfacer y estimular al enfermo, más no debe permitir el oscurecer su verdadera utilidad a quienes enseñan la terapéutica ocupacional.
- El terapeuta ocupacional debe estar dotado como buen artesano y con habilidad para la instrucción; además debe ser comprensivo, interesarse sinceramente por el paciente, ser optimista y tener aspecto y maneras joviales.
- Los ejercicios, los juegos y la música son formas útiles en la terapéutica ocupacional y se clasifica de la siguiente manera:
 - ✓ Actividades de entrenamiento que se aplican por su valor a enfermos en reeducación física o en rutina de reeducación en los pacientes.
 - ✓ Actividades recreativas y de juegos tales como la música, juegos, danzas folklóricas, etc., que proporcionadas por el valor social y general para los pacientes.

La terapia ocupacional es un método activo, físico, psicológico, social y económico. Es importante incrementar al paciente el interés propuesto por el terapeuta pero sin exigir rendimiento, rapidez, perfección, etc., ya que es una terapia que se debe de adaptar a las capacidades e incapacidades del paciente, tomando en cuenta el tiempo, lugar y desarrollo de las actividades.

En el tratamiento es de interés que los fines sean fáciles de alcanzar y que estén de acuerdo al paciente influidos por la relación, capacidad, educación, edad, ambiente, desarrollo, sexo e incapacidades del paciente. Entre las técnicas a utilizar se pueden mencionar:

- Laborterapia
- Gimnoterapia
- Ludoterapia
- Musicoterapia
- Danzoterapia
- Figuras chinescas
- Técnicas manuales
- Títeres
- Pantomima
- Terapia acuática
- Teatro

Los objetivos de la Terapia Ocupacional esquemáticamente planteados son:

- Colaborar con el tratamiento del enfermo mental.
- Primeras enseñanzas e incremento de iniciativas en todos los pacientes, pero sobre todo en los pacientes más defectuales.
- Preparación y vocación del enfermo hacia una actividad laboral que pueda serle de utilidad fuera del hospital.
- Evitar la inactividad hospitalaria de los pacientes que permanecen largo tiempo en el hospital o a la vez evitar que se desamparen a la vida laboral del exterior.
- Ayudar como parte del tratamiento, a los pacientes nerviosos o agitados, mediante el empleo de estos en ocupaciones que mejoren el control de sí mismos.
- Adaptación de los pacientes a un horario laboral no riguroso, pero al que progresivamente han de ir adaptándose.

TERAPIA OCUPACIONAL COMO SOCIOTERAPIA

Esta tendencia está representada principalmente por P. Sivador y F. Tosquelles. P. Sivador, propone una serie de puntos a tener en cuenta en la prescripción y funcionamiento de la laborterapia, según su experiencia en el Hospital Ville-Evrard.

Busca las condiciones de vida más convenientes para aminorar y si puede de hacer desaparecer las manifestaciones patológicas que caracteriza la enfermedad.

LAS ACTIVIDADES LÚDICAS

El juego es una acción libre que se ejecuta y siente como situada fuera de la vida corriente. Esa acción se ejecuta dentro de un espacio determinado y se desarrolla dentro de un orden y reglas en los que reina una propensión a rodear de misterio a fin de separarse del mundo habitual.

El juego es toda una sociedad conformada y es elemento esencial para la integración social y de beneficio físico, que puede complementar uno al otro. Un niño y adulto deficiente mental o con retraso mental su diario vivir está limitado psicológicamente pero utilizando la técnica lúdica se le permite un desarrollo y desenvolvimiento.

El juego constituye un medio natural de autoexpresión, ya que se tiene la oportunidad de actuar expresando sus sentimientos acumulados en tensión, frustración, inseguridad, temor, perplejidad y confusión. Le brinda la seguridad al niño no sintiéndose presionado por situaciones que lo lleven a realizar situaciones inadecuadas.

El niño puede llegar a ser capaz de resolver sus propios problemas o conflictos internos, logrando tomar sentido y responsabilidad. El proceso de socialización constituye un gran instrumento en el desarrollo de interacción social, una acción de encuentro de comprobación de actitudes y sentimientos, así como capacidades y lo que es más posibilidad de convivencia.

La terapia de juego trata:

Recreación

Es un derecho de toda persona como posibilidad de alcanzar un equilibrio integral y que responde a un proceso educativo en donde el individuo canalice su descarga emocional, utilizando adecuadamente el tiempo libre, a nivel individual y comunitario adquiriendo hábitos y conocimientos.

La recreación en terapia ocupacional es un sistema para ser utilizado en todas las épocas del transcurso de la vida del hombre como el objeto de desarrollar, corregir, perfeccionar, mantener capacidad de movimiento generado el bienestar constante de la persona.

Respiración

La respiración tiene un papel de importancia decisiva, en especial en las actividades acuáticas donde es mayor su importancia por el esfuerzo continuo que se mantiene por el hecho del metabolismo y la presión del cuerpo en el agua, que se debe de eliminar dos puntos principales en la respiración: inspirar, espirar.

Gimnasia

Es el sistema de ejercicios racionalmente estudiados y practicados para ser utilizados en todas las épocas de la vida del hombre con el objeto de desarrollar, corregir, perfeccionar y mantener la capacidad de movimiento generando bienestar personal.

Los juegos educativos sirven para desarrollar el sentido del espacio y el sentimiento de la profundidad y también para integrar el sentimiento y el sentido del ritmo y del tiempo. Las actividades físicas y la sensación de bienestar que la acompañan comprenden un elemento sensorial útil para llegar al conocimiento de sí mismos.

TERAPIA OCUPACIONAL EN PEDIATRÍA

La Terapia Ocupacional es una profesión relacionada a la salud, basada en los principios de que cada individuo busca interactuar con su ambiente de manera competente y que la salud es el resultado de la habilidad de la persona para participar exitosamente en las tareas (ocupaciones) que son significativas y relevantes para ella, según su edad, intereses y roles de vida. Por ejemplo: jugar, aprender, cuidar de sí mismo son algunas de las tareas de las que se “ocupa” un niño.

La Terapia Ocupacional se encarga de la prevención, diagnóstico funcional, tratamiento e investigación de las ocupaciones diarias en las diferentes áreas: cuidado personal (autoalimentación, vestido, higiene), productividad (tareas relacionadas con las actividades pre-escolares y escolares) juego y esparcimiento (lúdicas), para incrementar la función independiente y mejorar el desarrollo de los niños que presentan dificultades en su desempeño diario. Incluye también la adaptación de las tareas o el ambiente para lograr la máxima independencia y mejorar la calidad de vida⁵.

Para que un niño desempeñe una tarea funcional, tal como: colocarse los zapatos, atarse los cordones, escribir al ritmo de sus compañeros en clase, existen habilidades subyacentes que son prerrequisitos, llamadas componentes del desempeño ocupacional.

Algunos de estos son: habilidades de destreza y coordinación fina, procesamiento perceptivo visual, procesamiento y modulación sensorial, planificación y organización motriz, los cuales posibilitan el éxito en el desempeño de una tarea.

Los componentes están presentes en cada una de las áreas del desempeño y que un componente afectado puede interferir en una o más áreas.

Es la profesión de la salud cuyo objetivo en el área pediátrica es estimular el desarrollo de destrezas normales y/o adaptativas de acuerdo al potencial de cada niño y

⁵Beaudry, Isabelle <http://www.ibeaudry.com/>

de esta manera proveer un desarrollo neurofisiológico, emocional y social funcional previniendo incapacidades que interfieran con su funcionamiento.

Mediante observaciones clínicas y el uso de evaluaciones específicas el terapeuta ocupacional identifica las deficiencias y necesidades de cada niño desde el punto de vista neuromuscular, sensorial integrativo, actividades del diario vivir y necesidad de equipo adaptado.

El tratamiento en terapia ocupacional para cada niño es individual y depende de los hallazgos encontrados durante el proceso de evaluación. El Terapeuta interviene no solo con el niño que recibe los servicios sino con la familia del niño. Se ayuda a los padres a entender y aceptar la condición del niño; se crea conciencia de la importancia del tratamiento a ofrecerse, se orienta y adiestra sobre el manejo del niño en el hogar y de esta manera ayudar en la habilitación del niño.

Mediante ejercicios terapéuticos, juegos, actividades terapéuticas adaptadas se proveen experiencias al niño impedido que puedan estimularle y/o desarrollarle patrones de funcionamiento dentro de sus limitaciones, hacia un desarrollo lo más normal posible. A través de la intervención con este paciente se pueden identificar otras áreas de disfunción y deficiencia que son secundarias a su condición. Algunas de estas deficiencias pueden ser: problemas sensor-integrativos, retraso en el desarrollo de destrezas del diario vivir, retardo mental, problemas emocionales y de conducta. De haber la necesidad el terapeuta recomienda, provee y/o construye equipo adaptado necesario para lograr un funcionamiento más independiente de acuerdo a sus capacidades y limitaciones.

En términos generales la intervención del terapeuta ocupacional con esta población tiene el propósito de promover un desarrollo físico, mental, social y emocional de acuerdo a la edad del paciente.

TERAPIA OCUPACIONAL Y LA INTEGRACIÓN SENSORIAL

Hoy en día la **Terapia Ocupacional** es algo muy habitual, pero quizás nadie sabe exactamente de dónde nació. La fundadora, creadora y quien planteó las bases para un modelo de Terapia Ocupacional fue **Eleanor Clarke Slagle**(1871-1942), una mujer que revolucionó el mundo de la asistencia, desde un enfoque humano. Dada la importancia que su trabajo y legado para el mundo de la intervención terapéutica, en 1954 se

crearon las "Eleanor Clarke Slagle Lectures". Y fue precisamente en la conferencia de 1963, donde la Dra. Anna Jean Ayres presentó el primer documento específico centrado en la estimulación sensorial⁶.

Desde 1963 ha pasado mucho tiempo y se ha avanzado mucho en el conocimiento y las técnicas sobre la estimulación sensorial, que por cierto, siempre han estado rodeadas de mucha controversia. Es por ello que entre la última documentación sobre el tema, hemos seleccionado el estudio de revisión que, en el año 2009, realizó **Nancy Pollock**, del "**CanChild Centre for Childhood Disability Research**", centro perteneciente a la "**Mc-Master University**" de Hamilton, Ontario (Canadá).

En este estudio se desglosan las principales bases para la definición y correcta aplicación de una disfunción sensorial en un niño.

La integración sensorial es una teoría. Al igual que con todas las teorías, la integración sensorial tiene un conjunto de suposiciones subyacentes que se proponen para explicar los fenómenos observados. Como se describió por primera vez por Ayres (1972), la integración sensorial es definida como "la organización de la información sensorial para su uso". Es un proceso neurológico que nos permite dar sentido a nuestro mundo, al recibir, registrar, modular, organizar e interpretar la información que llega a nuestro cerebro desde nuestros sentidos. Ayres (1972) se basó en la hipótesis de que algunos niños tienen una deficiencia en la integración sensorial que se manifiesta en las dificultades observadas en el comportamiento intencional. Esta disfunción en la integración sensorial, puede explicar por qué algunos niños tienen problemas para aprender nuevas habilidades, para auto organizarse, regular su atención, participación en las actividades y juegos en la escuela o participar en experiencias sociales positivas. Ayres, y muchos que han seguido sus teorías, han trabajado para establecer la validez de esta teoría a través de la investigación en ciencias clínicas y básicas.

A través de estas últimas décadas, los investigadores han explorado muchos aspectos de la integración sensorial en una variedad de poblaciones, incluidos los niños con un desarrollo típico, niños con dificultades de aprendizaje, autismo, síndrome de Asperger o con trastorno por déficit de atención e hiperactividad (TDAH). Además, las evaluaciones de la integración sensorial se han desarrollado y evaluado las estrategias de tratamiento. Gracias a todo este trabajo, las diferentes ideas y concepciones acerca

⁶ Sanz Valer P., Rubio Ortega C., <http://www.revistatog.com/num13/pdfs/historia1.pdf>

de la integración sensorial han evolucionado y los autores han comenzado a utilizar diferentes términos para describir sus puntos de vista de la integración sensorial y proponer nuevos modelos.

La mayoría de los profesionales que utilizan la terapia de integración sensorial son terapeutas ocupacionales y, como tal, los objetivos de la intervención tienen como finalidad potenciar la capacidad del niño para participar en las ocupaciones diarias que sean significativas y satisfactorias para ese niño en su contexto natural. La ruta hacia el logro de ese objetivo se define individualmente, pero pueden ser clasificadas como objetivo, ya sea para remediar deficiencias subyacentes o para permitir la participación a partir de la acomodación y la adaptación; esencialmente dos caminos diferentes con un mismo destino.

Ha habido más eficacia en la investigación de las terapias de integración sensorial que en cualquier otra intervención terapéutica en el campo de la terapia ocupacional. Sin embargo, la evidencia obtenida hasta la fecha es débil en el mejor de los casos. Las limitaciones en la metodología son uno de los factores clave en este bajo nivel de evidencia.

En resumen, el tema de la integración sensorial sigue siendo polémico. Sus fundamentos teóricos, su existencia como un trastorno distinto, y la eficacia de los métodos de tratamiento basado en la teoría, están siendo objeto de debate.

INTEGRACIÓN SENSORIAL

La integración sensorial es un concepto desarrollado en un principio por Jean Ayres (1979), y se refiere al proceso neurológico de recoger la información sensorial del mundo, combinándolo con la información interna sensorial, y la fabricación de respuestas adaptativas al ambiente. Las respuestas adaptativas son un componente esencial para la vida. Tupper (1999) explicó que el mundo es un lugar que cambia constantemente y la mayoría de la gente responde espontáneamente sin pensar mucho y sin mucha tensión. Pero, para la gente que interpreta mal la información sensorial o quien la interpreta despacio, el mundo es un lugar muy poco fiable y por lo tanto, bastante espantoso. Ellos carecen de la posibilidad de responder fácilmente. Cuanto más severo sea el problema de integración sensorial, menos tolerancia tendrá la persona la

tensión y al cambio. El individuo puede "retirarse de" o oponerse agresivamente a las situaciones para impedir sentirse abrumado. Ya que no podemos convertir el mundo en un lugar más fiable, debemos trabajar para aumentar su gama de reacciones - su flexibilidad. El objetivo de la terapia de integración sensorial debe llevar a la gente hacia un repertorio de habilidades más amplio, " un acercamiento más organizado al mundo " (Tupper).

La terapia de integración sensorial está diseñada para mejorar la integración y reducir la sensibilidad; esto ayuda a la gente organizar, concentrarse, prever y prepararse para el cambio. Puede aumentar considerablemente la adaptabilidad de un niño y su flexibilidad, facilitando así una mayor participación en los programas educativos. Ahora, se cree que no hay ningún límite de edad en el descubrimiento de las ventajas de la terapia, aunque los niños más pequeños muestren mayor mejoría. (Ayres, 1979; Tupper, 1999).

La terapia de integración sensorial está diseñada por terapeutas ocupacionales especialmente entrenados. Proporciona experiencias sensoriales en aquellas áreas deficitarias. Fácilmente se pueden enseñar algunos ejercicios al personal de la escuela y a los padres para que el niño pueda recibir sus ventajas en la escuela y en casa. Por ejemplo, la estimulación de presión como compresiones conjuntas en casa o el masaje de la mano en la escuela pueden ayudar al niño cuando está sobre-estimulado, ansioso o agresivo. Ejercicios de frotamiento o de cepillado son también provechosos para algunos niños. Los profesores deberían consultar con el terapeuta ocupacional en su distrito en cuanto al uso de estos instrumentos para estudiantes particulares.

Integración Sensorial. La sensibilidad extrema frente a algunas clases de estímulos sensoriales es común entre los niños con Asperger. (Tupper, 1999) y Atwood (1998) declararon que el sonido y el tacto son las sensibilidades más comunes y que, para muchos de estos niños, "sensaciones ordinarias son percibidas como insoportablemente intensas. La mera anticipación de la experiencia puede conducir a la ansiedad intensa o el pánico". Esta hipersensibilidad causa problema a los niños en su adaptación a la escuela.

Por ejemplo, a los estudiantes Asperger puede no gustarles el sonido de las campanas de la escuela o pueden mostrarse agresivamente opositores cuando el profesor intenta engatusarlos para que se unan a una actividad que implique el contacto físico con otros. Los profesores de los niños dotados AS harían bien en respetar estas sensibilidades y trabajar con los padres y terapeutas para enseñar estrategias de

adaptación a los niños. Algunos estímulos sensoriales pueden ser evitados o reducidos al mínimo, pero esto no es posible con la mayor parte de ellos. Llevar tapones para los oídos de silicona cuando sean necesarios o auriculares con música puede ser una buena idea para ayudar a algunos estudiantes. Otros podrían beneficiarse de la terapia de integración sensorial para reducir su reacción defensiva al contacto físico.

SÍNDROME DE ASPERGER

En 1944, un pediatra austriaco llamado Hans Asperger observó a cuatro niños en su práctica que tenían dificultad para integrarse socialmente. Aunque su inteligencia parecía ser normal, los niños carecían de habilidades no verbales de comunicación, no podían demostrar empatía por los demás, y eran torpes físicamente. Su forma de hablar era inconexa o demasiado formal, y el interés absorbente en un solo tema dominaba sus conversaciones. El Dr. Asperger llamó a la afección “psicopatía autista” y la describió como un trastorno de la personalidad principalmente marcado por el aislamiento social.

Las observaciones de Asperger, publicadas en alemán, no se conocieron ampliamente hasta 1981, cuando la médica inglesa Lorna Wing publicó una serie de estudios de casos de niños que mostraban síntomas similares, lo que llamó síndrome de “Asperger”. Los escritos de Wing fueron ampliamente publicados y popularizados. El Síndrome de Asperger se convirtió en una enfermedad con diagnóstico distinto en 1992, cuando fue incluida en la décima edición publicada del manual de diagnóstico de la Organización Mundial de la Salud, *Clasificación Internacional de Enfermedades (ICD-10)*, y en 1994 fue agregado al *Manual Diagnóstico y Estadístico de Trastornos Mentales IV (DSM-IV)*, el libro de referencia diagnóstica de la Asociación Psiquiátrica Americana.

El síndrome de Asperger es un trastorno del desarrollo que se caracteriza por:

Intereses limitados o una preocupación inusual con un objeto en particular hasta la exclusión de otras actividades

- rutinas o rituales repetitivos
- peculiaridades en el habla y el lenguaje, como hablar de manera demasiado formal o monótona, o tomar las figuras retóricas literalmente

- comportamiento social y emocionalmente inadecuado y la incapacidad de interactuar exitosamente con los demás
- problemas con comunicación no verbal, inclusive el uso restringido de gestos, expresiones faciales limitadas o inadecuadas, o una mirada peculiar y rígida
- movimientos motores torpes y no coordinados.⁷

Asperger es un trastorno del espectro autista, uno de un grupo distintivo de afecciones neurológicas caracterizadas por un mayor o menor impedimento en las habilidades del lenguaje y la comunicación, al igual que patrones repetitivos o restringidos de pensamiento y comportamiento. Otros trastornos incluyen el autismo clásico, síndrome de Rett, trastorno desintegrativo de la niñez, y el trastorno generalizado del desarrollo no especificado (generalmente conocido como PDD-NOS en inglés)⁸.

Los padres generalmente sienten que hay algo inusual respecto a su hijo con Asperger cuando llegan a su segundo o tercer cumpleaños; algunos niños pueden exhibir síntomas en la infancia. A diferencia de los niños con autismo, los niños con AS mantienen sus habilidades tempranas de lenguaje. Los retrasos de desarrollo motor, como gatear o caminar tardíamente, y torpeza, a veces son el primer indicador del trastorno.

La incidencia de Asperger no está bien establecida, pero los expertos en estudios de población estiman conservadoramente que dos de cada 10,000 niños tienen el trastorno. Los varones tienen tres a cuatro veces más probabilidades que las niñas de tener Asperger.

Los estudios en niños con Asperger sugieren que sus problemas con socialización y comunicación continúan en la edad adulta. Algunos de estos niños desarrollan síntomas psiquiátricos adicionales y trastornos en la adolescencia y la edad adulta.

Aunque se diagnostica principalmente en niños, Asperger se está diagnosticando cada vez más en adultos que buscan atención médica para afecciones de salud mental

⁷ Adaptación del Manual Diagnóstico y Estadístico de Trastornos Mentales IV y de la Clasificación Internacional de Enfermedades - 10

⁸ NINDS, http://espanol.ninds.nih.gov/trastornos/el_Sindrome_de_Aasperger.htm

como depresión, trastorno obsesivo-compulsivo y trastorno de hiperactividad con déficit de atención (ADHD, siglas en inglés). No se han realizado estudios para determinar la incidencia de Asperger en poblaciones de adultos.

El síntoma más distintivo de Asperger es el interés obsesivo del niño en un objeto o tema único hasta excluir cualquier otro. Algunos niños con Asperger se han convertido en expertos en aspiradoras, marcas y modelos de automóviles, hasta objetos tan peculiares como freidoras. Los niños con Asperger quieren saberlo todo sobre su tema de interés y sus conversaciones con los demás serán sobre muy poco más. Su experiencia, alto nivel de vocabulario, y patrones de lenguaje formales los hacen parecer como pequeños profesores⁹.

Los niños con Asperger reunirán grandes cantidades de información factual sobre su tema favorito y hablarán incesantemente sobre esto, pero la conversación puede parecer como una colección de hechos y estadísticas al azar, sin punto o conclusión.

Su habla puede estar marcada por la falta de ritmo, una inflexión peculiar, o un tono monótono. A menudo los niños con Asperger carecen de la capacidad de modular el volumen de su voz para emular los alrededores. Por ejemplo, deberán ser recordados de hablar suavemente cada vez que entren a una biblioteca o un cine.

A diferencia del gran retraimiento del resto del mundo que es característico en el autismo, los niños con Asperger están aislados debido a sus malas habilidades sociales y pocos intereses. De hecho, tal vez se acerquen a otras personas, pero hacen imposible la conversación normal debido al comportamiento inadecuado o excéntrico, o tratando de hablar solamente de su interés único.

Los niños con Asperger generalmente tienen antecedentes de retrasos de desarrollo en las habilidades motoras como pedalear una bicicleta, agarrar una pelota o trepar un equipo de juegos de exteriores. A menudo son torpes y tienen mala coordinación con una marcha que puede parecer forzada o dando brincos.

Muchos niños con Asperger son muy activos en la niñez temprana, y luego desarrollan ansiedad o depresión como adultos jóvenes. Otras afecciones que a menudo coexisten con Asperger son ADHD, trastornos con tics (como el síndrome de Tourette), depresión, trastornos de la ansiedad y trastorno obsesivo-compulsivo.

⁹Neihart, M., *Gifted Child Quarterly*, Vo. 44, Pag. 222-230

La investigación actual señala a las anomalías cerebrales como la causa de Asperger. Usando técnicas avanzadas de imágenes cerebrales, los científicos han revelado diferencias estructurales y funcionales en regiones específicas de los cerebros de niños normales comparados con niños con Asperger¹⁰. Estos defectos más probablemente están causados por la migración anormal de células embrionarias durante el desarrollo fetal que afecta la estructura cerebral y el “cableado” y luego va a afectar los circuitos neurales que controlan el pensamiento y el comportamiento.

Por ejemplo, un estudio encontró una reducción de la actividad cerebral en el lóbulo frontal de niños con Asperger cuando se les pidió que respondieran a tareas que requerían el uso de criterio. Otro estudio encontró diferencias en la actividad cuando se les pidió a los niños que respondieran a expresiones faciales. Un estudio diferente que investigó la función cerebral en adultos con Asperger reveló niveles anormales de proteínas específicas que se correlacionan con comportamientos obsesivos y repetitivos.

Los científicos han sabido siempre que debía haber un componente genético en Asperger y en los otros trastornos autistas debido a su tendencia hereditaria. Se observó evidencia adicional para el vínculo entre las mutaciones genéticas heredadas y Asperger en la mayor incidencia de familiares que tienen síntomas de comportamiento similar a Asperger pero de forma más limitada. Por ejemplo, tenían dificultades leves con la interacción social, el lenguaje y la lectura.

Sin embargo, nunca se ha identificado un gen específico para Asperger. En cambio, la investigación más reciente indica que es probable que haya un grupo común de genes cuyas variaciones o supresiones hacen que una persona vulnerable desarrolle Asperger. Esta combinación de variaciones o supresiones genéticas determinará la gravedad y los síntomas de cada persona con Asperger.

¹⁰Aguilera Pérez, Maricarmen, 2006: Asperger Un Pensar Diferente, Primera Edición, Santiago de Chile, Pág. 91.

1.2. HIPÓTESIS DE TRABAJO

De acuerdo a los resultados obtenidos, se concluye que se aprueba la hipótesis en la cual se plantea que: “Los niños con diagnóstico Asperger responden mejor en su tratamiento ocupacional, utilizando la teoría de la terapia de integración sensorial”. Teniendo en cuenta, la utilidad de dicha teoría. Por tal razón es necesaria la incorporación en la vida de los pacientes, para una mejor calidad de vida en los niños diagnosticados con el síndrome de Asperger.

Variable Independiente:

- Integración Sensorial: es la función que cumple el Sistema Nervioso al procesar todo lo que captan nuestros órganos sensoriales (vista, oído, tacto, olfato, gusto).

Indicadores:

- La alimentación: es el proceso mediante el cual los seres vivos consumen diferentes tipos de alimentos con el objetivo de recibir los nutrientes necesarios para sobrevivir.
- Relajación: es la disminución o la desaparición de la tensión.
- Integración: es una forma de organización. Integrar es unir y asociar incontables pedazos de información en un todo significativo.
- La recreación: es un derecho de toda persona como posibilidad de alcanzar un equilibrio integral y que responde a un proceso educativo en donde el individuo canalice su descarga emocional, utilizando adecuadamente el tiempo libre, a nivel individual y comunitario adquiriendo hábitos y conocimientos.
- La respiración tiene un papel de importancia decisiva, en especial en las actividades acuáticas donde es mayor su importancia por el esfuerzo continuo que se mantiene por el hecho del metabolismo y la presión del cuerpo en el agua, que se debe de eliminar dos puntos principales en la respiración: inspirar, espirar.
- Actitudes: es una forma de respuesta, a alguien o a algo aprendida y relativamente permanente

CAPÍTULO II

2. TÉCNICAS E INSTRUMENTOS

2.1 Técnicas de recolección de la información:

2.1.1 Observación estructurada

Se utilizó la observación para conocer los estadios de los niños, en cuanto a costumbres, hábitos, conductas y necesidades que por medio de la observación sirvieron para conocer más de cerca lo que hacían durante su estancia dentro del centro.

Concretamente, se aprovechó un día de escuela para padres, para tomar información sobre la atención que recibieron los niños, los servicios que presto la asociación, principalmente relacionados con la recuperación de los niños. Además, la información que se obtuvo de los datos acerca de las actividades realizadas por padres y niños durante el tiempo que se encontraban en el centro.

2.1.2. Entrevista estructurada

Se utilizó la entrevista estructurada, a familiares de los pacientes, terapeutas y voluntarios para conocer la opinión, de los resultados de la terapia de integración sensorial.

2.1.3. La Encuesta

Se utilizó la encuesta con padres, para saber que tanto conocimiento tenían en relación a la terapia de integración sensorial y de Terapia Ocupacional.

2.2. Instrumentos de recolección de datos:

2.2.1. Cuestionario:

Los cuestionarios se utilizaron con los pacientes con la finalidad de medir y de obtener resultados del funcionamiento de las terapias de integración sensorial, dadas en el proceso.

- La ficha de observación
- El registro de observación
- El cuaderno de notas
- El diario de campo
- La cámara fotográfica

CAPÍTULO III

3. PRESENTACIÓN, ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN DE RESULTADOS

3.1 Características del lugar y la población

3.1.1 Características del lugar

- Ubicación: 20 Avenida, 5-09, Zona 11, Colonia Mirador I (a un costado de Miraflores) Teléfono: (502) 4190-8287
- Horario de 9:00 a.m. a 1:00 p.m.
- Correo electrónico: integrameguatemala@gmail.com
- Sitio web: <http://www.integrame.org.gt>

Visión:

Lograr convertirse en una eficiente entidad de ayuda para familias con miembros diagnosticados con algún TGD (Trastorno Generalizado del Desarrollo) por medio de la cual se consiga el desarrollo integral y la integración social y laboral de las personas con estos diagnósticos.

Misión:

Asociación civil, no lucrativa, pionera, consciente de la responsabilidad social para apoyar y orientar especialmente a familias de escasos recursos.

Objetivos:

Sensibilizar, concientizar y educar, fomentando la integración en la sociedad guatemalteca de personas con TGD (Trastorno General del Desarrollo).

- Brindar a personas de escasos recursos diagnósticos a bajo precio y servicios profesionales especializados a través de una intervención multidisciplinaria.
- Apoyar emocional y psicológicamente a las familias.
- Optimizar responsablemente los recursos percibidos.
- En cumplimiento de la misión que nos ha sido encomendada a través de nuestros hijos, valorar el compromiso de trabajar solidaria, humilde y amorosamente para todos aquellos que lo necesiten.

3.1.2. Características de la población

La población se encuentra contemplada en niños con diagnóstico Asperger entre las edades de 05 a 12 años a los cuales se les brindaron terapia con la finalidad de desarrollar su integración sensorial. También cuenta con charlas impartidas a los padres de familia en las que se dan a conocer temas de interés para una completa intervención, en casa.

Presentación, análisis e interpretación de resultado

El trabajo se realizó en las instalaciones de la asociación Intégrame, tomando en cuenta las diferentes edades de la población, se realizaron sesiones de terapias de una hora por paciente. Siendo atendidos en un margen de ocho pacientes con una temporalidad de dos meses.

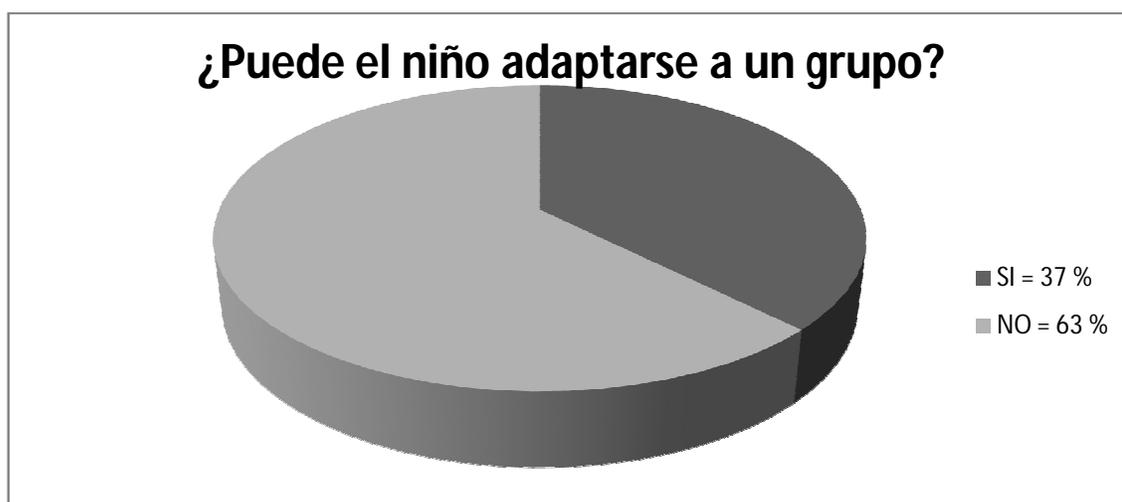
Se realizó un taller con padres de familia en el cual se informó e instruyó como poder trabajar con sus hijos diagnosticados Asperger en la integración sensorial. Teniendo como resultado el mejor manejo en dicha técnica por parte de los padres de familia.

Para la realización de la actividad se programaron sesiones de terapia en donde se incluyeron los siete sentidos que toma como base la terapia de integración sensorial (vista, olfato, oído, tacto, gusto, kinestésico y vestibular).

Las técnicas a utilizar fueron diversas entre las cuales podemos mencionar: estimulación sensorial con granos básicos como maíz, arroz, frijol y maicillo; también dactilopintura o pintura de manos con espuma y harina; estimulación visual con diferentes contrastes de colores; estimulación auditiva con ritmos y sonidos variados; estimulación de espacio corporal en columpios, colchonetas y pelotas.

Las técnicas de integración debido a las necesidades de los pacientes, se le dio un mayor auge a desarrollar habilidades para estimular el sentido del tacto; teniendo satisfacción en el resultado.

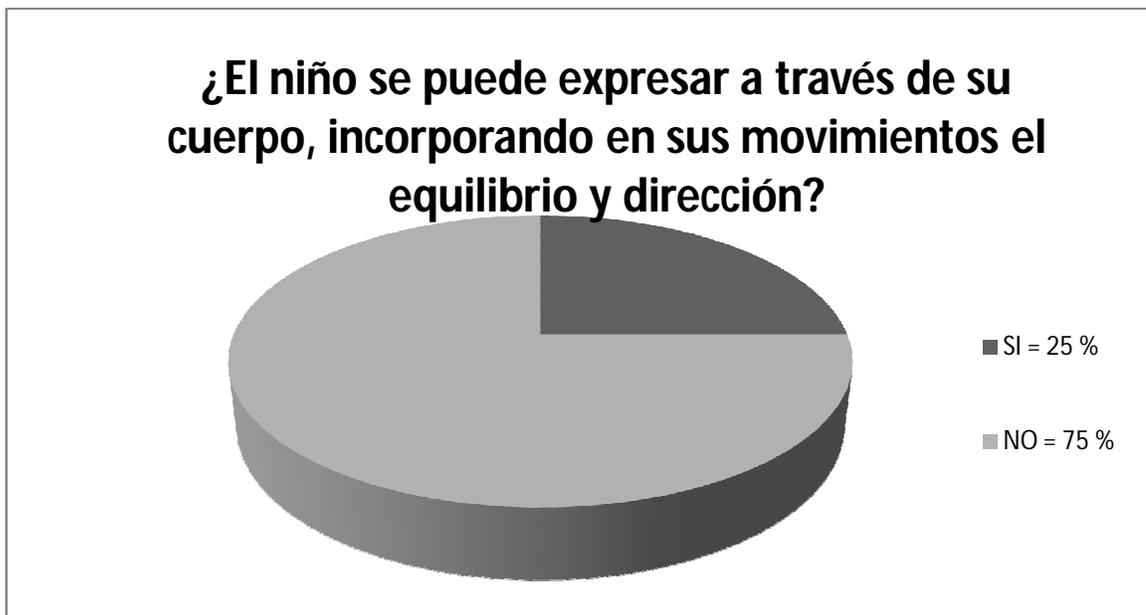
Gráfica No. 1



Fuente: Lista de cotejo, realizada a madres con niños diagnosticados Asperger, de la Asociación Intégrame, año 2011.

Interpretación: en respuesta a esta pregunta el 37 % de las madres contestaron que sus hijos si se pueden adaptar a un grupo ya sea en la escuela o en alguna reunión. Y el 63 % contestaron que sus hijos no se pueden adaptar. Para las madres es algo muy difícil el poder tener a sus hijos en lugares donde haya mucha gente y que ellos logren estar tranquilos. Ellas deben de comprender a los niños e intentar imaginarse como es que ellos se sienten para poder apoyarlos en este sentido. La terapia sensorial por medio de la terapia ocupacional puede ayudar a que el niño se integre a su entorno con mayor facilidad.

Gráfica No. 2



Fuente: Lista de cotejo, realizada a madres con niños diagnosticados Asperger, de la Asociación Intégrame, año 2011.

Interpretación: en un 25 % los niños si pueden expresarse a través de su cuerpo y en un 75 % no lo pueden hacer. Es difícil para las madres el comprender lo que quieren o desean los niños cuando no se pueden expresar a través de movimientos corporales, equilibrio y dirección, ya que su lenguaje verbal es muy escaso. Con calma y firmeza las madres deben ayudar a sus hijos para un mejor desenvolvimiento.

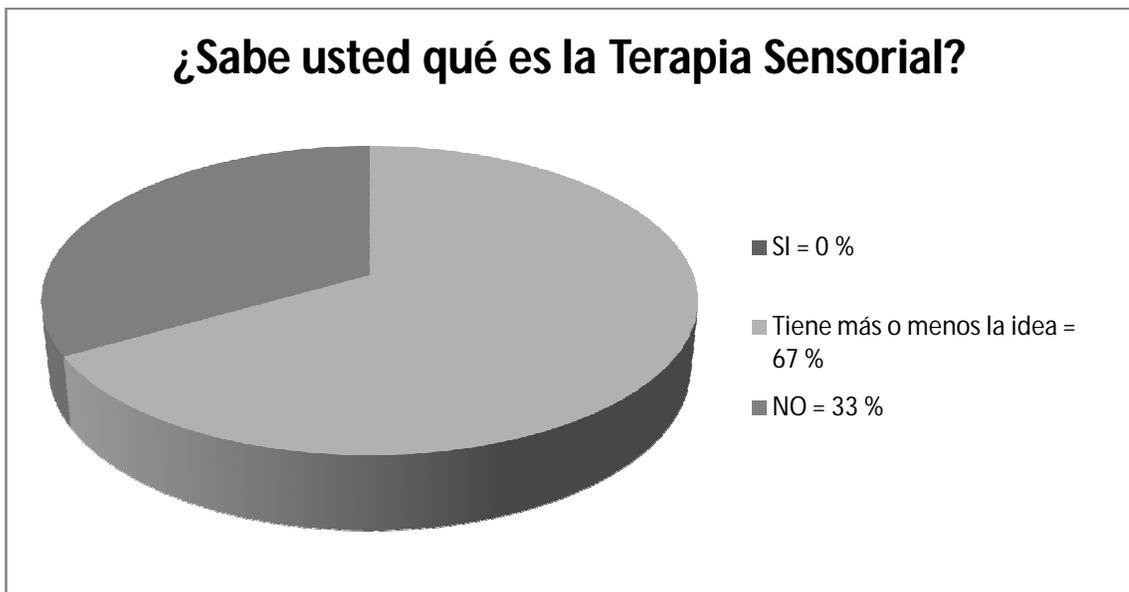
Gráfica No. 3



Fuente: Lista de cotejo, realizada a madres con niños diagnosticados Asperger, de la Asociación Intégrame, año 2011.

Interpretación: el 12 % de las madres dicen que sus hijos si demuestran agrado por las actividades que requieren expresión corporal. Y el 88 % dice que no, ya que sus hijos no están acostumbrados a tener este tipo de actividades. Estas actividades son de suma importancia para los niños ya que se les haría más fácil el poder expresarse, y estimular el tacto y el sentido vestibular. Por lo tanto es de manera fundamental el incorporar la terapia de integración sensorial en las actividades de los niños para que estos desarrollen mejor su expresión corporal.

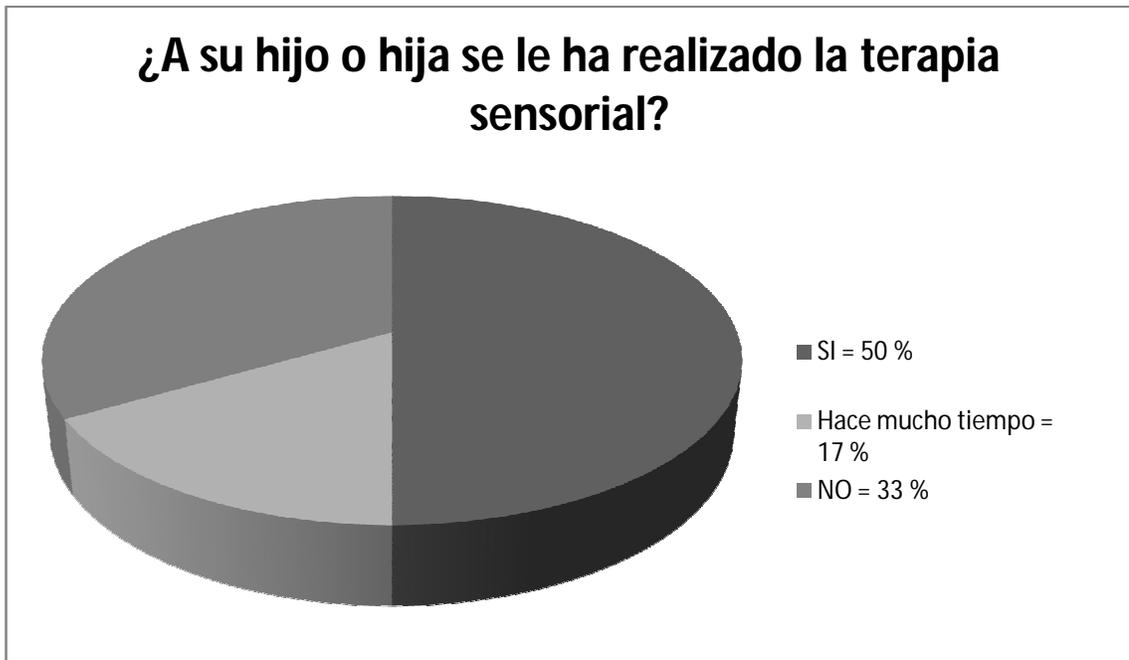
Gráfica No. 4



Fuente: Cuestionario aplicado a padres de familia durante la Escuela Para Padres de la Asociación Intégrame, año 2011.

Interpretación: el 67 % de estas personas contestaron que tenían la idea de lo que es la terapia sensorial y el 33 % que no sabían en que consiste. Es muy importante que los padres tengan conocimiento de lo que es la terapia sensorial y los beneficios que ésta les brinda a sus hijos, para un mejor desarrollo y así poder comprender las dificultades que tienen los niños para interpretar y organizar la información que les llega a través de los sentidos. Los Terapistas Ocupacionales y Recreativos tienen la labor de dar a conocer a través de todos los medios posibles la técnica de integración sensorial, para que la población que lo necesite esté informada sobre la misma.

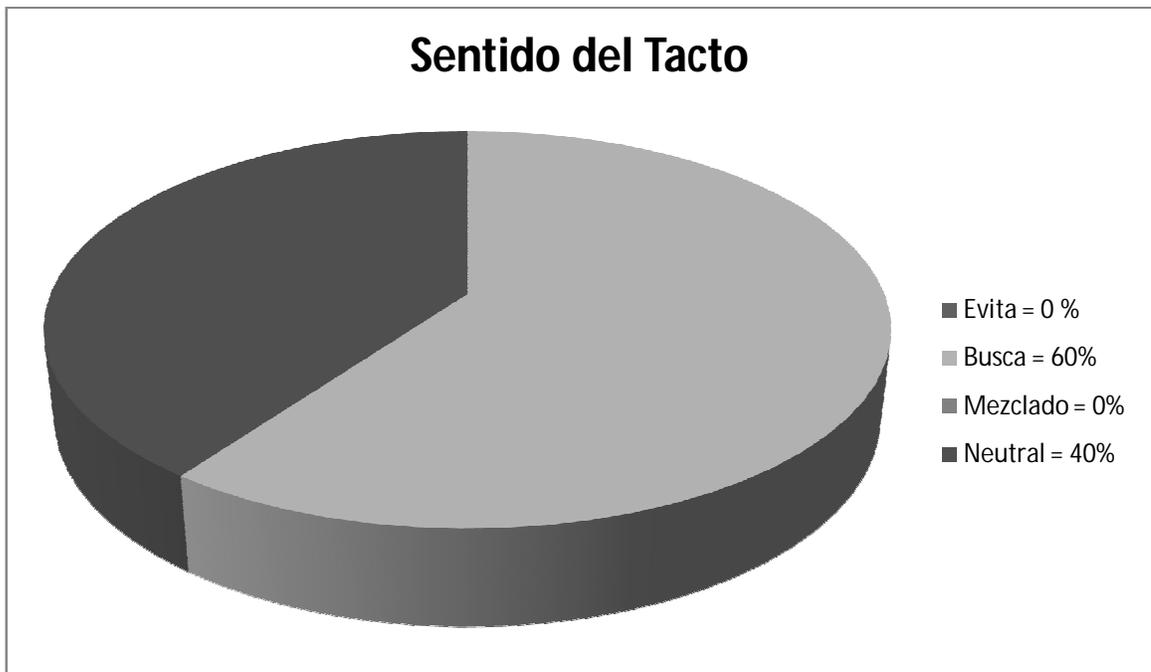
Gráfica No. 5



Fuente: Cuestionario aplicado a padres de familia durante la Escuela Para Padres de la Asociación Intégrame, año 2011.

Interpretación: la presente gráfica representa que un 50 % de los padres dicen que sus hijos si han recibido terapia sensorial y un 17 % dicen que si la recibieron pero hace mucho tiempo atrás, el 33 % restante dicen que no han recibido esta terapia. Es importante que estos niños con diagnóstico Asperger tengan su terapia sensorial no solamente por un corto tiempo, sino que logren tener una terapia completa para su bienestar en presente y un futuro; para tener una mejor calidad de vida tanto para el niño diagnosticado Asperger como los familiares con quienes convive.

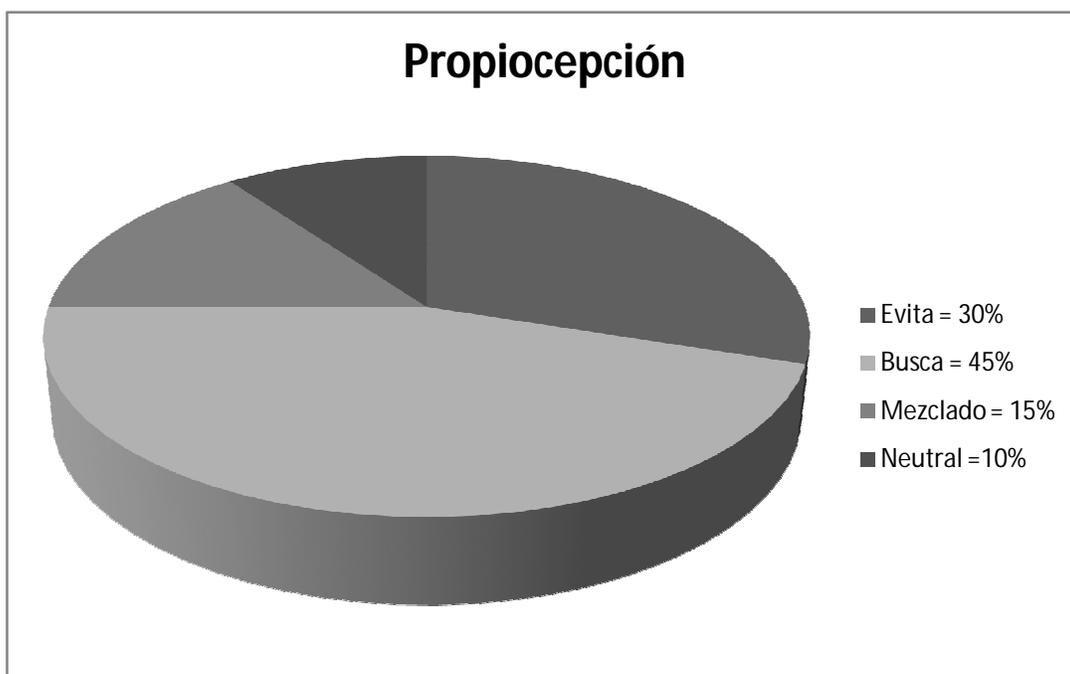
Gráfica No. 6



Fuente: Encuesta sensorial aplicada a padres de familia de la Asociación Intégrame, año 2011.

Interpretación: el resultado obtenido en la presente gráfica muestra que el 40 % de los pacientes son neutrales en la interacción con diferentes texturas mientras que el 60 % tiende a buscar el uso de diferentes texturas en su piel o sentido del tacto. Debido que brinda una sensación gratificante para el organismo, sintiendo relajación o estimulación al contacto con la piel.

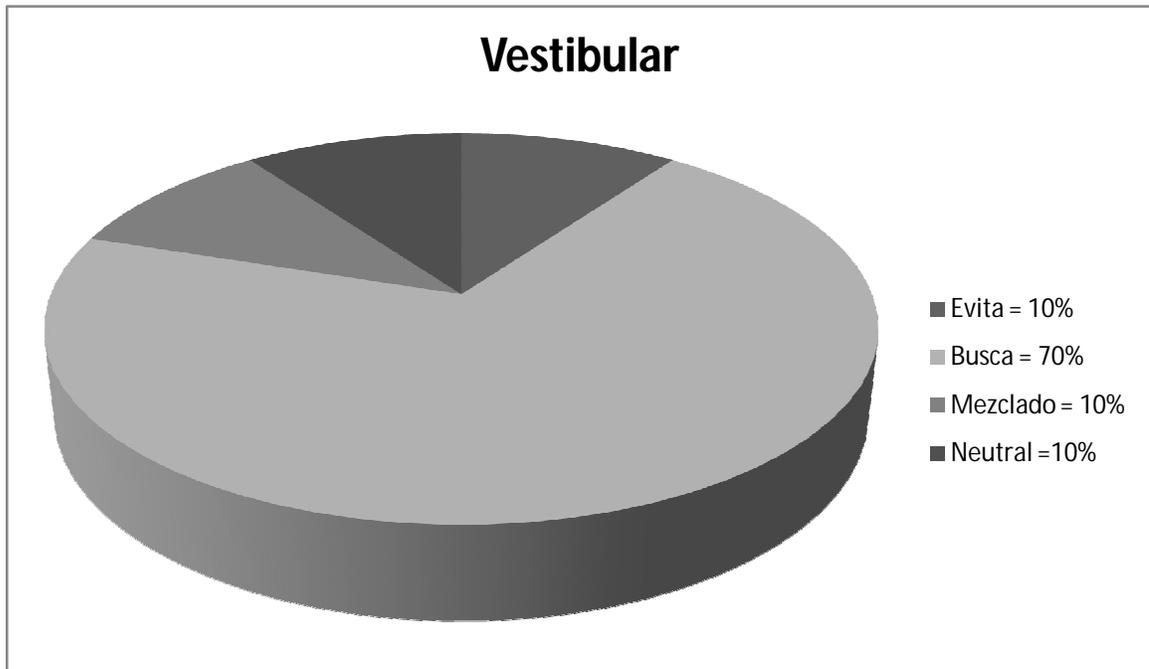
Gráfica No. 7



Fuente: Encuesta sensorial aplicada a padres de familia de la Asociación Intégrame, año 2011.

Interpretación: en el ámbito de propiocepción, el 10 % de las madres de los pacientes contestaron que los niños son neutrales al realizar actividades como saltar, empujar, golpear, rebotar o colgarse; el 15 % de los pacientes realizan juegos mezclados (por tiempos lo realizan y por tiempos no); el 30 % evita realizar este tipo de juegos y el 45 % buscan poder realizarlos. Debido a que dichos juegos presentan conductas relajantes con las cuales pueden controlar sus conductas impulsivas.

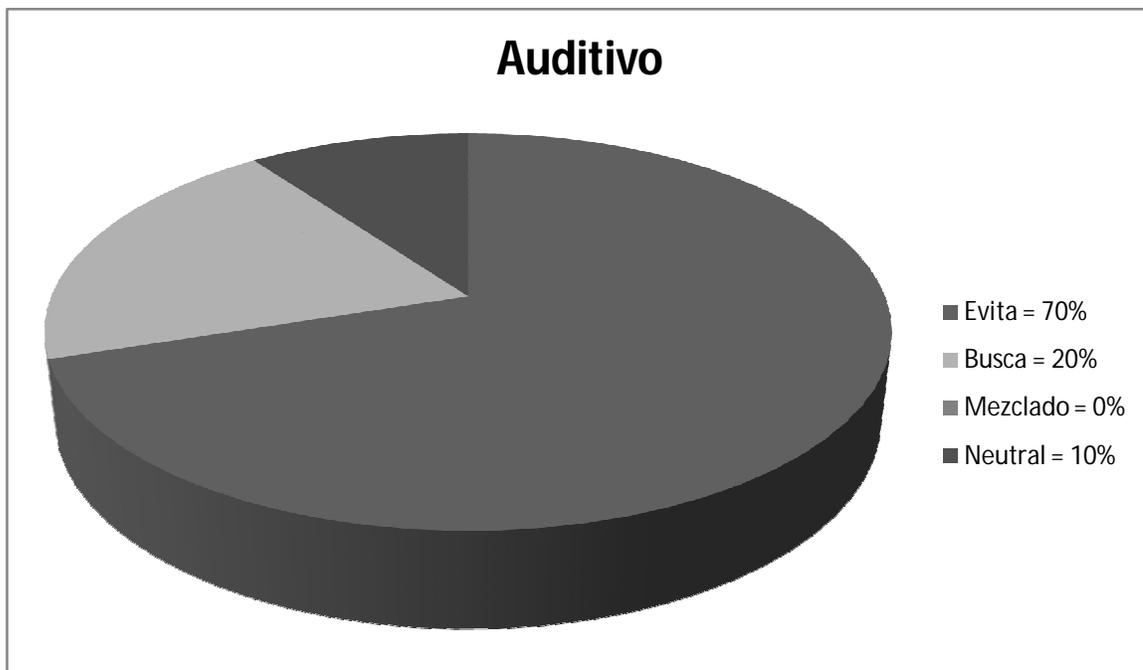
Gráfica No. 8



Fuente: Encuesta sensorial aplicada a padres de familia de la Asociación Intégrame, año 2011.

Interpretación: en la gráfica que a continuación se presenta el 10 % de los pacientes tienden a evitar las actividades de motricidad fina como: escribir, abotonarse, ensanchar chaquiras en hilo, ensamble de juegos; el 10 % realiza actividades mezcladas (en ocasiones si y en ocasiones no); el 10 % tienen a ser neutros; mientras que el 70 % de los pacientes buscan realizar dichas actividades. Las actividades motoras finas le proporcionan al niño con diagnóstico Asperger un mejor control de sus movimientos con las manos, lo que les da una estimulación para poder desarrollar mejor la escritura. Por lo cual es de vital importancia aplicarlas para que se puedan desenvolver de una mejor manera.

Gráfica No. 9



Fuente: Encuesta sensorial aplicada a padres de familia de la Asociación Intégrame, año 2011.

Interpretación: los resultados obtenidos de la gráfica del sentido auditivo, muestra que el 10 % de los pacientes tienden a ser neutrales en los sitios muy ruidosos o con mucha gente, como restaurantes, fiestas o tiendas concurridas; el 20 % busca estar en sitios como los antes mencionados y el 70 % prefiere estar alejado de estos sitios. Teniendo en cuenta que los pacientes con Asperger prefieren estar aislados y con menos ruido, debido a la poca sociabilización que en ellos se da. Por tal razón es necesario educar a los pacientes con dicho trastorno, para que sus familiares puedan llevarlos a lugares concurridos, sin tener que andar con miedo a la irritación que el niño pueda presentar.

ANALISIS GLOBAL

Al analizar los resultados obtenidos en los diferentes instrumentos aplicados a la muestra establecida, los cuales se utilizaron para la recopilación de datos, en el estudio de la técnica de la integración sensorial se logró observar que los niños con diagnóstico Asperger, pacientes de la Asociación Intégrame, han tenido muy poca estimulación sensorial por diferentes factores, entre los cuales están: la falta de conocimiento de esta técnica sensorial; la falta de recursos económicos; y la falta de personal especializado en esta técnica.

Tomando en cuenta el estudio realizado se pudo observar que los niños que han recibido la terapia de integración sensorial, responden mejor a la integración social y a la adaptación de diferentes ambientes con ayuda de la coordinación de los sentidos (vista, olfato, gusto, tacto, oído, vestibular, y propiocepción). Siendo esta un gran aporte para los padres de los niños con diagnóstico Asperger y con ella bríndales una mejor calidad de vida.

Los Terapistas Ocupacionales y Recreativos tienen la responsabilidad social de informar sobre la terapia de la integración sensorial a la población guatemalteca en general y a su vez enfocarse a la población meta que posee algún familiar con el trastorno trabajado en esta investigación, para enseñarles tips y así estos los emulen para poder sobrellevar de una mejor manera dicha situación.

CAPÍTULO IV

4. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES:

4.4 CONCLUSIONES:

- ✓ La terapia ocupacional y recreativa se basa en la integración sensorial como mediador de los procesos de cognición sensorial, para lograr un mejor desenvolvimiento en la vida cotidiana de los niños con diagnóstico de Autismo. Desarrollando así mejor habilidades de organización de las sensaciones para producir conductas adaptativas y aprendizajes. Permite el adecuado funcionamiento del cerebro y del cuerpo.
- ✓ La integración sensorial es el proceso neurológico que organiza la sensación de nuestro propio cuerpo y del ambiente y hace posible el uso del cuerpo de forma efectiva dentro del ambiente. La integración sensorial es procesamiento de información y el cerebro debe integrarla. Es la habilidad de organizar la información sensorial para su uso.
- ✓ La terapia ocupacional y recreativa desarrolló la técnica de integración sensorial acompañada de siete sentidos (audición, olfato, gusto, tacto, visión, kinestésico y vestibular), los cuales le brindan un mejor desarrollo a los niños con diagnóstico Autista en su desenvolvimiento personal.

4.2 RECOMENDACIONES:

- ✓ Es importante la aplicación de la terapia de integración sensorial dentro de las salas de terapia ocupacional y recreativa, en las instituciones y organizaciones que trabajan con pacientes con diagnóstico Asperger.

- ✓ Utilizar adecuadamente las diferentes técnicas de integración sensorial, tomando en cuenta los sentidos que determinan dicho proceso, para facilitar el desempeño ocupacional de los niños con diagnóstico Asperger.

- ✓ Dar a conocer la técnica de la terapia de integración sensorial por medio de la terapia ocupacional y recreativa. Teniendo en cuenta que es necesario que lo realice un terapeuta ocupacional y recreativo para un mejor conocimiento y práctica de dicha técnica.

- ✓ Aportarles los conocimientos teóricos y prácticos necesarios a los padres, madres, familiares y encargados de los niños con diagnóstico Asperger, para poder estimular en casa los diferentes sentidos, para lograr una mejor estimulación de dicha técnica.

ANEXOS

ANEXOS

GLOSARIO

- **Habilidades Sociales:** conjunto de conductas, asociadas a los animales, puestas de manifiesto en las relaciones con otros seres de la misma especie. Estas conductas se basan fundamentalmente en el dominio de las habilidades de comunicación y requieren de un buen autocontrol emocional por parte del individuo. En muchas enfermedades mentales el área de las habilidades sociales es una de las más afectadas, por lo que su trabajo en la rehabilitación psicosocial es importantísimo. Las habilidades sociales se forman desde el hogar e influye la escuela. Hay diferentes tipos de habilidades sociales: entre los diferentes tipos que se pueden entrenar existe la asertividad, la empatía (ponerse en el lugar del otro), la comunicación no verbal, la planificación, el establecer metas y objetivos, la resolución de problemas, entre otras. Las habilidades sociales son estrategias aprendidas de forma natural. Las habilidades sociales se adquieren mediante reforzamiento positivo y directo de las habilidades.
- **Integrar:** es unir y asociar incontables pedazos de información en un todo significativo.
- **Integración:** La integración es un fenómeno complejo, sin definición unívoca, que se produce como consecuencia de la adaptación de las respuestas del individuo a los requerimientos del medio y de la interacción entre ambos. Es un proceso

dinámico y a la vez, el producto o resultado de este proceso. Algunos autores prefieren denominar a este proceso como asimilación, para referirse a la adaptación de los individuos a una determinada jerarquía de normas sociales.

- **Integración Sensorial:** proceso complejo que permite a una persona tomar, organizar e interpretar información que recibe de su cuerpo y del mundo externo. Este proceso neurobiológico innato permite al cerebro integrar e interpretar estímulos sensoriales, tales como, los sentidos del gusto, olfato, tacto, visión y audición, otras experiencias sensoriales que nuestro sistema nervioso también recibe e integra como el sentido del movimiento, la percepción corporal, y la fuerza gravitacional. Toda la información que nos llega del ambiente la recibimos a través de nuestros sentidos sensoriales.
- **Patologías:** es una situación física o mental a la que se enfrenta el ser humano y que debido al no saber manejarla le impide desarrollarse y actuar con normalidad ante los otros semejantes.
- **Sensaciones:** son energías que activan células nerviosas e inician procesos neurales. El estímulo sensorial activa a los receptores que luego envían la información a ser procesada en el cerebro.
- **Síndrome de Asperger:** El síndrome de Asperger a menudo se considera una forma de autismo de alto funcionamiento. Las personas con este síndrome tienen dificultad para interactuar socialmente, repiten comportamientos y, con frecuencia, son torpes. Puede haber retardo en los hitos del desarrollo motriz.

- **Terapia Ocupacional:** El arte y la ciencia de dirigir la respuesta del hombre a la actividad seleccionada para favorecer y mantener la salud, para prevenir la incapacidad, para valorar la conducta y para tratar o adiestrar a los pacientes con disfunciones físicas o psicosociales".
- **Trastorno General del Desarrollo:** Grupo de trastornos caracterizados por alteraciones cualitativas de las interacciones sociales recíprocas y modalidades de comunicación, así como por un repertorio de intereses y de actividades restringido, estereotipado y repetitivo. Estas anomalías cualitativas constituyen una característica pervasiva del funcionamiento del sujeto, en todas las situaciones

BIBLIOGRAFÍA

Escuela privada de Terapia Física y Terapia Ocupacional, 2001: Historia y Evolución de la Terapia Física y Ocupacional en Guatemala y sus actuales demandas. Facultad de Medicina de la Universidad Francisco Marroquín, Guatemala, Pp. 77

Jiménez, Luis Rodolfo, 1999: Texto de Terapia Ocupacional I., Escuela de Ciencias Psicológicas, Universidad de San Carlos de Guatemala, Pp. 300

Granados Toledo, Marlen Elisa, 2006: Propuesta para la creación del Departamento de Terapia Ocupacional y Recreativa en la Unidad de Hematología Pediátrica del Hospital General San Juan de Dios., Tesis por la Escuela de Psicología de la Universidad de San Carlos de Guatemala., Pp. 45

López-Ibor Aliño, Juan J, 2005: Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales, Masson, Primera Edición, Barcelona España, Pp. 1,043

Ruiz Leyva, Pablo, 2009: El Autismo, Primera Edición, España. Pp. 69

Conferencia Nacional de Directores de Escuelas Universitarias de Terapia Ocupacional. 2004, Libro Blanco de la Diplomatura en Terapia Ocupacional. Universidad de Zaragoza, España Pp. 95

Fundació Privada Congost Autisme, 2002: Autismo La Garriga 25 años de un Proyecto, Primera Edición, Barcelona, 2002, Pp. 75

Aguilera Pérez, Maricarmen, 2006: Asperger Un Pensar Diferente, Primera Edición, Santiago de Chile, Pp.149

Martin Borreguero, Pilar, 2004: El Síndrome de Asperger, ¿Excentricidad o Discapacidad Social?, Primera Edición, Madrid, España. Pp. 200

Smith Myles, Brenda, 2000: Asperger Syndrome and Sensory Issues, Primera Edición, Kansas, EE.UU., Pp. 79

E-Grafías

Federación Asperger España,
<http://asperger.es/publicaciones.php?id=3&cap=123&cat=3>

NINDS, http://espanol.ninds.nih.gov/trastornos/el_Sindrome_de_Aasperger.htm

Romero Ayuso, Dulce María,
http://www.terapiaocupacional.com/articulos/Rev_Hist_ocup_vincu_T.O.shtml