

Estrategias de Terapia Ocupacional en infantes con trastornos del neurodesarrollo, durante el proceso de adquisición del control de esfínteres. Aportes desde la perspectiva de Integración Sensorial

Por: Lic. en TO Maria Guillermina Petracca

Universidad Católica de Santiago del Estero. UCSE.

Resumen

Según antecedentes teóricos y programas de intervención basados en evidencia, se infiere que los desafíos en el control de esfínteres (CE) de infantes con trastornos del neurodesarrollo (TND) están vinculados en parte a los Desórdenes de Procesamiento Sensorial (DPS) frecuentes en esta población. Por lo cual se plantea como objetivo del presente trabajo identificar y describir las estrategias instrumentadas por terapeutas ocupacionales (TO) de Santiago del Estero (SDE), en infantes con TND para el abordaje en el proceso de adquisición del CE y si las mismas implican aportes desde la perspectiva de integración sensorial, encontrando diversidad de categorías de estrategias inherentes al abordaje de TO en infancia. Arribando como resultado que el 100% de los TO refieren: "que en algún aspecto las estrategias de abordaje implementadas para el control de esfínteres en infantes con TND poseen aportes desde la perspectiva de integración sensorial (IS)", sin embargo, un 60% de ellos no posee capacitación especializada en el modelo de IS. Se deduce que, aunque los TO de SDE carecen de formación especializada, utilizan estrategias que incorporan dicha perspectiva. Esto refleja la necesidad de integración de conocimientos y prácticas, combinando diferentes enfoques para fomentar la autonomía e independencia de los infantes con TND que presentan desafíos en el proceso del control de esfínteres. Este trabajo tiene un enfoque metodológico mixto, implicando el proceso de recolección, análisis y vinculación de datos cuantitativos y cualitativos, con un diseño descriptivo, de campo y observacional, tomando la información brindada por los 15 terapeutas ocupacionales que integran la muestra.

Palabras clave

Terapia Ocupacional - infancia/infantes - trastornos del neurodesarrollo - control de esfínteres - Integración Sensorial.

RECIBIDO AGOSTO DE 2025 | EVALUADO NOVIEMBRE 2025 | PUBLICADO NOVIEMBRE DE 2025



Artículo publicado bajo Licencia Creative Commons (CC) Atribución NoComercial CompartirDerivadas Igual 3.0
http://creativecommons.org/licenses/by-nc-sa/3.0/deed.es_AR

Introducción

Las dificultades en el proceso del CE de infantes con TND que asisten a atención de TO en consultorio, impulsó a la búsqueda de nuevos aportes y perspectivas desde Terapia Ocupacional para acompañar a las familias e infantes, encontrando mayor desarrollo sobre la temática desde la perspectiva de Integración Sensorial (IS), y coincidiendo con el colectivo de Terapeutas Ocupacionales en la necesidad de implementar diversidad de estrategias para el logro de la independencia en la adquisición del CE, tanto para el abordaje en consultorio como también para brindarle a las familias.

Cabe destacar que dichos infantes se encuentran en edad de incluirse en el sistema educativo, que según Ley Nacional 26.206, lo que se establece como obligatorio a partir de los 4 años, momento en que las familias se enfrentan a la solicitud e incluso exigencia desde las instituciones escolares del logro del control de esfínteres e ingreso sin pañales al nivel inicial. Según lo declarado por OMEP (2022) en relación a dicho proceso y las demandas institucionales, afirman que el CE está íntimamente relacionado no solo a un proceso madurativo sino también a la adquisición progresiva de autonomía, lo cual es parte del proceso de desarrollo y de aprendizaje inmerso en el nivel inicial. Y a su vez coincide con lo referido por Shapira, I. et al. (2010) quienes mencionan que el CE es un proceso de aprendizaje que requiere considerar varios factores, entre ellos evaluar el desarrollo del infante y si está preparado para el control, si posee lenguaje, si conoce su esquema corporal, si posee habilidades motrices básicas, entre otras.

Por otra parte, según antecedentes teóricos desarrollados en el marco teórico del presente, el control de esfínteres en infantes con TND, puede presentarse como un proceso con dificultades en su adquisición, siendo que los infantes con TND presentan dificultades en distintas áreas del desempeño y el rango de los déficits varía, pudiendo darse de forma individual o en concomitancia a otros desafíos (DSM-V., 2014), como lo son los Desórdenes de Procesamiento Sensorial (DPS) que tienen impacto en los desafíos presentes en el proceso del CE. En relación a ello se encontró que existen programas vinculados al tratamiento de desafíos en proceso del CE con resultados favorables, como el "Programa Peque-beque" para el tratamiento del Rechazo a Efectuar Depositiones (RED) descrito por Beaudry Bellefeuille y Ramos Polo (2011), el cual incluye consideraciones recomendadas por la Sociedad Norteamericana de Gastroenterología, Hepatología y Nutrición Pediátrica, y también de Terapia Ocupacional basada en el enfoque de integración sensorial (ASI®), por lo cual se considera relevante revisar las estrategias utilizadas por TO en SDE para el abordaje del CE.

Tomando en consideración el aporte que la perspectiva de IS brinda a dicha problemática surge la pregunta: Cuáles son las estrategias utilizadas por terapeutas ocupacionales de Santiago del Estero en el abordaje del control de esfínteres, de infantes con trastornos del neurodesarrollo de 3 a 6 años, y si las mismas incluyen o no aportes desde la perspectiva de integración sensorial. La hipótesis con la que se inició este trabajo es que las estrategias utilizadas por terapeutas ocupacionales consideran aportes de la perspectiva de integración sensorial, tanto las estrategias de abordaje directo con el infante en consultorio como las brindadas para hogar, y que las mismas están vinculadas con varios aspectos del control de esfínteres: incrementar participación en la actividad de la vida diaria dentro de higiene y aseo, abordar el registro de la micción y defecación, propiciar el uso y conocimiento del ambiente del baño, favorecer el desempeño motor y postural, e incorporar la secuencia y hábito de ir al baño.

En base a lo mencionado los objetivos generales son: identificar y describir todas las estrategias utilizadas actualmente en infantes con TND de 3 a 6 años para el proceso de adquisición del CE, desde la perspectiva de integración sensorial instrumentadas por TO de SDE. Y los objetivos específicos: identificar estrategias relacionadas a las intervenciones brindadas en contexto de consulto-

rio, diferenciándolas de las brindadas para el contexto del hogar, e identificar cuáles se relacionan con la perspectiva de Integración Sensorial (IS) y cuales refieren a otros aspectos del neurodesarrollo, pudiendo describir en cada contexto (consultorio u hogar) las estrategias utilizadas de acuerdo a la perspectiva de IS.

Justificación y relevancia: A partir de los resultados arribados, este trabajo aporta a la disciplina conocimiento sobre el tratamiento e intervención de TO durante el proceso de adquisición del CE en infantes con TND. Tomando en cuenta ello, los TO pueden hacer uso de las estrategias identificadas e implementarlas según su criterio profesional y razonamiento clínico, realizando un análisis individual en cada caso. A su vez brinda conocimientos acerca de los aportes de la perspectiva de IS a la problemática, siendo de valor tanto para nuestra disciplina como para profesionales afines a la temática. Y finalmente serán las familias y los infantes beneficiarios directos de la implementación de diversidad de estrategias para el logro de la independencia en la adquisición del CE.

Marco Teórico

Los profesionales de Terapia Ocupacional utilizan su conocimiento de la relación transaccional entre la persona, su participación en ocupaciones valiosas y el contexto, para diseñar planes de intervención basados en la ocupación (AOTA, 2011), están capacitados en el análisis de ocupaciones y actividades, aplicando esta importante habilidad a lo largo del proceso de terapia ocupacional. Utilizan el análisis ocupacional que se realizará entendiendo "la situación específica de la persona y, por tanto, las ocupaciones específicas que la misma quiere o necesita hacer en el contexto real en el que se realizan estas ocupaciones" Schell et al., (2019, p. 322, como se citó en AOTA, 2020). Las ocupaciones son aquellas actividades cotidianas que las personas hacen como individuos, con sus familias y comunidades para darle significado y propósito a su vida, e incluyen lo que necesitan o desean hacer, o existe expectativa de que las hagan (WFOT, 2006). En base al Marco de Trabajo de Terapia Ocupacional (2020), se identifica una amplia gama de ocupaciones categorizadas en Actividades de la Vida Diaria (AVD), Actividades Instrumentales de la Vida Diaria (AIVD), manejo de la salud, descanso y sueño, educación, trabajo, juego, ocio y participación social. Dentro de cada una de estas nueve categorías de ocupación se incluyen ocupaciones específicas. Las Actividades de la Vida Diaria (AVD), son las centradas en el cuidado del propio cuerpo y realizadas rutinariamente, estas actividades son "fundamentales para vivir en un mundo social; permiten la supervivencia y el bienestar básicos" (Christiansen y Hammecker 2001, como se citó en AOTA 2020), una de dichas AVD es higiene del baño y aseo la cual incluye: obtener y utilizar los suministros de aseo, manejar la ropa, mantener la posición de aseo, trasladarse a y desde la posición de aseo, limpiar el cuerpo, atender las necesidades de la menstruación y la continencia, el control intencional de las evacuaciones intestinales y la micción (control de esfínteres) y, de ser necesario, utilizar equipo o agentes para el control de la vejiga.

El presente trabajo da importancia al proceso del control de esfínteres, como actividad de higiene y aseo. Dicho proceso suele seguir una secuencia fisiológica común en la mayoría de los infantes: inicialmente se adquiere la continencia fecal nocturna, en segundo lugar, el control fecal diurno, después la continencia urinaria diurna y finalmente el control nocturno de la orina. La edad en la que se va produciendo el control de cada una de estas funciones dependerá tanto del infante, como de las actitudes y pautas educativas de sus cuidadores. Habitualmente las niñas adquieren el control algo antes que los niños, con un desfase que puede ir desde unos meses hasta 3 años de diferencia. A pesar de esta variabilidad, lo esperable es que el control de los esfínteres comience a ser entrenado sobre los 18 meses y se acabe de adquirir entre los 3 y los 5 años; a partir de entonces la falta de control urinario y fecal respectivamente se considera patológica, (AEPNYA, 2010).

En el último siglo, especialmente a partir de la segunda

mitad del S. XX, el aprendizaje del control de esfínteres ha cambiado significativamente tanto en la edad de comienzo como en los procedimientos utilizados. Como se refiere en Citoula (2017), los doctores Spock (1946) y Brazelton (1962) son quizás quienes más han contribuido en la evolución de este proceso, defendiendo la necesidad de utilizar métodos centrados en las necesidades y capacidades de cada infante, siendo que antes el proceso de aprendizaje se realizaba en base a las necesidades de las familias de mantener limpios a sus hijos. El cambio de concepción también ha considerado que es un procedimiento lento y sostenido en el tiempo, que debe focalizarse en el desarrollo de cada infante. Lo cual es coincidente con lo que refieren Shapira, et al. (2010), en cuanto a que el control de esfínteres es un proceso de aprendizaje que requiere la consideración de varios factores por parte de los adultos, que requiere evaluar si el infante está preparado para el control, si tiene lenguaje comprensible, si conoce su esquema corporal, si ha hecho elecciones previas y tiene habilidades motrices básicas, y esto representa inquietudes en los familiares del infante para el logro en el proceso de adquisición. Según Consolini (2023), se requiere preparar al niño para cada paso del proceso: hablar sobre ello, desvestirse, defecar y orinar, vestirse de nuevo, accionar el inodoro y lavarse las manos. El éxito en este entrenamiento, depende de identificar señales de preparación, como mantenerse seco por períodos largos, mostrar interés en el inodoro, expresar necesidad de usarlo y pedir un cambio de pañal cuando sea necesario. Además, el infante debe ser capaz de colocar objetos correctamente, comprender y ejecutar órdenes verbales simples.

Como refieren Shapira, et al. (2010), el infante debe estar maduro para lograr el control. No sólo tiene que comprender lo que se espera de él, sino tener la coordinación muscular necesaria para controlar los músculos intestinales y de la vejiga, y distenderlos a voluntad en el momento y en el sitio determinados. El éxito del control depende de la disposición e interés del infante en cooperar. Hasta que no parezca preparado desde el punto de vista físico y emocional no debe comenzarse, se debe respetar la iniciativa y el tiempo, cada infante tiene su ritmo propio de desarrollo y de aprendizaje. A su vez dichos autores, remarcan la importancia de que todos los cuidadores puedan tener un método consistente sobre el control de esfínteres y el método del horario es el método más frecuentemente usado. Una vez que el infante ha demostrado estar preparado, se le cuenta lo que sucederá eligiendo palabras que pueda comprender y decir con facilidad. El infante comienza a usar el inodoro y a sentarse en él completamente vestido; después se practica bajarse la ropa, sentarse en el inodoro durante ≤ 5 o 10 minutos y volver a vestirse. Se le explica varias veces el objetivo de dicha práctica y se enfatiza colocando los pañales mojados o sucios en el baño, cercano al inodoro. Una vez que se ha establecido esta relación entre el inodoro y la evacuación, el familiar trata de anticipar la necesidad de evacuación del infante y reforzar de forma positiva para conseguir una evacuación exitosa. También se alienta al infante a que practique usar el inodoro siempre que sienta la necesidad de evacuar. Se le debe enseñar a accionar el depósito de agua y a lavarse las manos después de cada evacuación. Para los infantes que no tienen horarios predecibles, este tipo de plan es difícil, y debe diferirse el entrenamiento hasta que puedan anticipar la evacuación por sí mismos. Es importante considerar que la ira o el castigo por los accidentes y la falta de éxito, son contraproducentes. Mencionan también que con los infantes que se niegan a sentarse en el inodoro deben volver a intentarlo después de comer, si la negativa persiste durante días, la mejor estrategia es posponer el entrenamiento en control de esfínteres durante algunas semanas. La modificación de la conducta otorgando una recompensa por el control de esfínteres exitoso es una opción; una vez establecido el patrón, se suspenden gradualmente las recompensas. Deben evitarse las luchas de poder, porque suelen provocar regresión de cualquier progreso que se haya realizado y pueden tensar la relación madre/padre-hijo. Los infantes que controlan esfínteres pueden dejar de hacerlo cuando presentan trastornos físicos o emocionales, o cuando

sienten la necesidad de recibir mayor atención o cuando nace un hermano. Es fundamental que una vez que los padres, abuelos, docentes y/o sus cuidadores tomen la decisión de retirar los pañales, lo acompañen y sostengan la postura de que el infante controle. Si no se ponen de acuerdo, es mejor esperar: no deben sacarle el pañal en casa y colocarlo para ir a hacer compras, los cambios confunden y son contraproducentes. En ese caso, preguntar si desea hacer pis, invitarlo al baño, sentarlo en una "pelela", y no retarlo si se le escapa el pis, una manera de darle seguridad es diciéndole: "No importa, ya va a salir bien, a mí me pasó lo mismo de pequeño, te lavo, te cambio la ropa y seguimos jugando". Existen bombachas y calzoncillos de aprendizaje que son útiles para favorecer este período de transición entre los pañales y la ropa interior. Ante cualquier situación especial (comienzo del Jardín, nacimiento de un hermanito, fallecimiento de algún familiar cercano, mudanzas, etc.) es esperable que se den retrocesos, (Shapira, I. et al., 2010).

Algunos problemas en torno al control de esfínteres pueden ser: incontinencia urinaria, enuresis, encopresis, estreñimiento, retención fecal o incontinencia fecal retentiva, estreñimiento y rechazo a efectuar deposiciones. (Figuroa, 2021; Di Guglielmo, 2023; Van den Berg. et. al., 2006; Beaudry Bellefeuille y Ramos, 2011).

La edad a la que los niños logran la continencia urinaria es variable, pero $> 90\%$ ya son continentes durante el día a los 5 años de edad, y dentro del proceso, lograr la continencia nocturna es lo que demanda más tiempo. La incontinencia urinaria se define como la emisión involuntaria de orina ≥ 2 veces/mes durante el día o la noche; la incontinencia puede ser intermitente o continua. La incontinencia urinaria durante el día se la refiere como incontinencia diurna (o humedad diurna) y la incontinencia urinaria de noche: enuresis (o mojar la cama). La enuresis afecta a alrededor del 30% de infantes de 4 años, al 10% de los de 7 años, al 3% de los de 12 años y al 1% de los de 18 años. Alrededor del 0,5% de los adultos siguen teniendo episodios de incontinencia nocturna. La enuresis es más frecuente en los varones y cuando hay antecedentes familiares, (Figuroa, 2021).

La incontinencia fecal es la eliminación voluntaria o involuntaria de heces en lugares inapropiados, en infantes > 4 años (o equivalente de desarrollo) que no tienen una enfermedad ni un defecto orgánico, salvo el estreñimiento. La encopresis es un problema frecuente en la infancia; afecta a alrededor del 3-4% de los niños de 4 años y disminuye de frecuencia con la edad. La mayoría de las veces, la encopresis se debe a estreñimiento en infantes con factores predisponentes conductuales y físicos. Rara vez, se produce sin retención o estreñimiento, pero en estos casos deben considerarse otros procesos (p. ej., enfermedad de Hirschsprung, enfermedad celíaca) o problemas psicológicos. La retención de materia fecal y el estreñimiento causan dilatación del recto y el colon sigmoideo, que induce cambios de reactividad de los músculos y de sensibilidad de los nervios de la pared intestinal. Estos cambios reducen la eficacia de la función excretora del intestino e inducen mayor retención. Mientras las heces permanecen en el intestino, se absorbe agua, lo que endurece la materia fecal y torna más difícil y dolorosa su evacuación. Entonces, la materia fecal más blanda y más desligada puede filtrar alrededor del bolo de materia fecal endurecida, lo que provoca el rebasamiento. Por lo general, los infantes no pueden controlar el rebasamiento debido al efecto sobre la sensibilidad al estiramiento del recto, en la mayoría de los casos es involuntario. Tanto la filtración como el control intestinal ineficaz provocan accidentes fecales, (Di Guglielmo, 2023).

El estreñimiento infantil es un problema común en todo el mundo, la mayoría de los estudios informan tasas de prevalencia similares para niños y niñas. Se necesitan grandes estudios epidemiológicos con el uso de criterios de diagnóstico generalmente aceptados para definir la prevalencia precisa del estreñimiento, sin embargo, el estudio que refiere estas afirmaciones se basa en estudios epidemiológicos de la población general, la prevalencia del estreñimiento sin etiología orgánica obvia, e infantes de 0 a jóvenes de 18 años. (Van den Berg. et. al., 2006)

Por otra parte, el Rechazo a Efectuar Deposiciones (RED) también es un problema relativamente común entre los infantes de edad preescolar, que consiste en un rechazo voluntario de eliminar heces y que puede conducir a graves problemas de salud y afectar significativamente la calidad de vida de los infantes y de sus familias, (Beaudry B. y Ramos P., 2011).

Según Taubman. B, (1999, cómo se citó en: Bezos y Escribano, 2012) el rechazo a ir al baño puede estar referido a dos conductas asociadas que pueden requerir la intervención del pediatra: la retención de heces que causa el estreñimiento, lo que puede provocar impactación rectal y encopresis primaria; y en segundo lugar la falta de un aprendizaje exitoso para ir al baño incluso a los 42 meses de edad, lo cual puede ser una fuente de conflictos familiares y estrés. Asimismo, la retención fecal puede constituir un factor de predisposición a la infección del tracto urinario y la enuresis.

Estas dificultades en torno al control de esfínteres de infantes, se dan en etapa de desarrollo, durante la infancia, entendiendo como infancia el periodo de crecimiento y desarrollo comprendido desde la gestación hasta los 7 años aproximadamente, caracterizado por la rapidez de los cambios que ocurren. Esta primera etapa es decisiva en el desarrollo, pues de ella va a depender toda la evolución posterior del niño en las dimensiones motora, lenguaje, cognitiva y socioafectiva, entre otras (Jaramillo, L., 2007). Por lo cual el desarrollo infantil, su seguimiento de manera regular/periódica y la detección precoz de signos de alarma que señalen alteraciones en detrimento de su evolución normal, tienen repercusión crucial para lograr el máximo potencial de las capacidades y habilidades de cada ser humano y de la sociedad en su conjunto. Resulta, entonces, fundamental que el pediatra y todo médico o profesional de la salud que atiende infantes, conozca a profundidad las características propias del neurodesarrollo en las diferentes etapas de la vida del ser humano y en sus diferentes manifestaciones; no solo motoras gruesas, que son las que a menudo suelen priorizarse en los controles de crecimiento y desarrollo, sino en otras áreas como la motora fina, sensorial, lenguaje y socioemocional. En la actualidad, un aspecto que ha cobrado mucha importancia por su sólida base científica es el hecho que el neurodesarrollo exitoso tiene estrecha relación no solo con la genética, sino también con el ambiente de estimulación y afectividad que rodea al infante, los cuales influyen decisivamente en la mayor producción de sinapsis neuronales, e implica, a su vez, en la mayor integración de las funciones cerebrales, (Medina Alva, M.D.P., et. al., 2015).

Puede ocurrir que se presente en el transcurso del Neurodesarrollo del infante, un "Trastorno del Neurodesarrollo", tomando como referencia la descripción en DSM-V (2014), estos trastornos son un grupo de afecciones con inicio en el periodo del desarrollo, se manifiestan normalmente de manera precoz en el desarrollo a menudo antes que el infante empiece la escuela primaria y generan dificultades en distintas áreas del desempeño. El rango de los déficits del desarrollo varía desde limitaciones muy específicas del aprendizaje o del control de las funciones ejecutivas hasta deficiencias globales de las habilidades sociales o de la inteligencia, pueden darse de forma individual o en concomitancia. Los trastornos del neurodesarrollo incluyen: la Discapacidad Intelectual, Retraso Global del Desarrollo, Trastornos de la Comunicación, Trastorno por Déficit Atencional/Hiperactividad, los Trastornos Específicos del Aprendizaje, Trastorno del Espectro Autista y Trastornos Motores. En general los trastornos del neurodesarrollo se caracterizan por déficit en el desarrollo que produce deficiencias del funcionamiento personal, social, académico u ocupacional.

El desarrollo sensorial es la base del desarrollo, desde comienzos de la vida recibimos estímulos a través de los diferentes canales sensoriales, siendo fundamental resaltar que la integración sensorial es un mecanismo clave del cerebro que nos ayuda a crear una representación coherente del mundo y a manejar la constante sobrecarga de información que recibimos. (Velasco, et. al., 2011).

Ayres. J, (1998) definió: "La integración sensorial es la

organización de las sensaciones para su uso funcional", remitiendo a la Integración Sensorial (IS) como el proceso neurobiológico que organiza la información que se recibe del propio cuerpo y del medio ambiente para su uso en la vida diaria, lo cual facilita y posibilita el desempeño funcional. Se centra en tres sistemas sensoriales: el táctil, que responde e interpreta los diversos estímulos que se encuentran en el ambiente; el vestibular permite detectar movimientos y reaccionar a los mismos; y el propioceptivo se encarga de la percepción del movimiento y de la posición del propio cuerpo. La teoría de Integración Sensorial de Ayres, brinda un sólido fundamento para entender cómo la integración sensorial influye en el desarrollo e impacta en el desempeño ocupacional del infante. Por lo cual la información sensorial permite entender y decodificar el mundo circundante dando sentido a las experiencias de la vida diaria.

Según J. Ayres (1998), un Desorden de Procesamiento Sensorial o Desorden Integrativo Sensorial, refiere a que el cerebro no está funcionando de manera natural y eficiente, afectando particularmente a los sistemas sensoriales, es decir el cerebro no está procesando u organizando el flujo de impulsos sensoriales de manera que proporcione información precisa del propio cuerpo/ de sí mismo y del mundo que lo rodea, para transmitir adecuadamente las respuestas motrices y comportamentales.

Según Miller, et. al., (2007) se describen tres patrones clásicos de Desordenes de Procesamiento Sensorial (SPD): Desorden de Modulación Sensorial (SMD), Desorden de Discriminación Sensorial (SDD), Desorden Motor de Base Sensorial (SBMD), y a su vez cada patrón refinado en subtipos. Patrón 1: Una persona posee SMD cuando tiene dificultad para responder adecuadamente a la entrada sensorial, manifestando comportamientos en relación al grado, naturaleza o intensidad de la información sensorial recibida. Se observan respuestas desajustadas en relación a las demandas de la situación e inflexibilidad para adaptarse a los desafíos sensoriales de la vida cotidiana, dificultad para mantener la atención y lograr un control de las respuestas emocionales. Existen tres subtipos de SMD. Subtipo 1: Hiperrespuesta sensorial (SOR), las personas con SOR responden al estímulo de forma más rápida, con más intensidad o con una duración más larga que quienes tienen respuesta sensorial típica, esta hiperrespuesta puede ocurrir en un solo sistema sensorial (p. ej., defensa táctil) o en múltiples sentidos (p. ej., actitud defensiva sensorial). Subtipo 2: Hiporrespuesta sensorial (SUR), a las personas con SUR, les suele suceder que no responden a los estímulos sensoriales, parecen no detectar información sensorial. Esto puede manifestarse con apatía, letargo o falta de impulso interior para iniciar la socialización. Subtipo 3: Búsqueda sensorial/Deseo (SS), las personas con SS necesitan una cantidad o tipo inusual de información sensorial y parecen tener un deseo insaciable de dicha sensación. Se involucran enérgicamente en acciones que suman sensaciones más intensas a sus cuerpos en muchas modalidades (por ejemplo, comida picante, ruidos fuertes, objetos visualmente estimulantes, giro constante). En cuanto al Patrón 2: Desorden de discriminación sensorial (SDD) Las personas con SDD tienen dificultad para interpretar las cualidades de los estímulos sensoriales y tienen dificultad en percibir similitudes y diferencias entre estímulos, pueden percibir que los estímulos están presentes y pueden regular su respuesta a los estímulos, pero no pueden decir precisamente qué o dónde está el estímulo. SDD se puede observar en cualquier modalidad sensorial (predominante en cualquier sistema sensorial). En relación al Patrón 3: Desorden Motor de Base Sensorial (SBMD) Las personas con SBMD tienen dificultades posturales o de movimiento por los problemas sensoriales. Incluye dos subtipos. Subtipo 1: Trastorno postural (TP), dificultad para estabilizar el cuerpo durante el movimiento o en reposo responder a demandas del ambiente o tarea motora determinada. Subtipo 2: Dispraxia, el déficit para idear, planificar, secuenciar y/o ejecutar acciones novedosas. Parece torpe y con poca coordinación motora gruesa, fina u oral. Dispraxia puede darse en presencia de SOR o SUR, pero ocurre más comúnmente en la presencia de SUR o SDD

vinculado al sistema táctil, propioceptivo o vestibular, visual.

Es importante recordar que estos patrones pueden ser concomitantes con otros de los patrones identificados y con otros trastornos del neurodesarrollo, como por ejemplo déficit de atención e hiperactividad, trastorno del espectro autista, entre otros (Miller et al, 2007). Con esto coinciden los signos y síntomas dentro de los criterios diagnósticos referidos en DSM V (2014), siendo que si bien el Desorden de Procesamiento Sensorial no se incluye como un tipo de trastorno del neurodesarrollo, muchos infantes lo pueden presentar en comorbilidad.

En relación a control de esfínteres, procesamiento sensorial y trastornos del neurodesarrollo, Nico. M.R (2011) ha estudiado específicamente en autismo, un tipo de trastorno del neurodesarrollo, la prevalencia de los trastornos del procesamiento sensorial, sueño, alimentación y evacuación en la infancia, y en cuanto a esta última variable refiere un relevamiento de dificultades/retraso para los infantes con autismo en la adquisición y proceso de entrenamiento del control de esfínteres. Complementando a partir de cuestionarios administrados a los padres información referida al comportamiento/conductas en torno al proceso de control de esfínteres, consignando la necesidad de mantener rituales, secuencias o conductas específicas. Asociadamente se releva una adquisición del control de esfínteres tardía, arrojando que solo el 53 % de los niños de 3 a 6 años con diagnóstico de autismo ha alcanzado independencia en la micción y defecación, referenciando a su vez la existencia de estudios previos que han reportado que solo un 50% de los infantes con diagnóstico de autismo de 3 a 6 años alcanza independencia en el control de esfínteres, lo cual representa una población considerable.

En relación al control de esfínteres y desórdenes de procesamiento sensorial, Beaudry Bellefeuille y Lane (2017) hacen mención a la Incontinencia Fecal Retentiva (RFI) como trastorno común en infantes. Resaltando que los comportamientos alrededor del baño pueden estar relacionados con la hiperrespuesta sensorial (SOR) siendo en parte responsable del rechazo al uso del inodoro los patrones de hiperrespuesta sensorial. Dicha investigación vincula, la relación entre RFI y SOR. Considerando lo reportado por los padres, se infiere que los niños con RFI muestran significativamente más comportamientos relacionados con SOR en comparación con los niños con desarrollo típico sin signos de SOR. Sensaciones tales como las relativas a la distensión anal, a estar sin ropa o a sentarse en un inodoro duro y frío pueden hacer que el infante defensivo táctil se sienta incómodo.

A su vez en otra investigación Beaudry y Ramos, (2011) hacen mención a diversos factores coadyuvantes implicados en el control de esfínteres, mas específicamente en la evacuación, mencionando entre ellas que la posición utilizada para la defecación estira la piel de la zona anal, y puede causar incomodidad. Según lo que los padres refieren mencionan que los infantes frecuentemente rechazan sentarse en el inodoro, siendo que enfrentarse a estímulos que resultan incómodos o generan rechazo eleva el nivel de alerta, impidiendo la relajación necesaria para defecar, lo cual es imprescindible. Por consiguiente si las sensaciones asociadas al acto de defecar son desagradables, elevan el nivel de alerta y generan tensión muscular, esto obstruye la capacidad de evacuar heces de modo natural y espontáneo al haber tensión muscular del suelo pélvico, musculatura implicada en la defecación. Mencionan que algunos infantes, cuando sienten la necesidad de defecar, optan por mantenerse de pie, saltar o moverse activamente hasta que la sensación de evacuar heces desaparece, reconociendo que el estímulo propioceptivo proporcionado por el movimiento es un recurso que utilizarían para modular su reacción a la sensación de evacuar, esa búsqueda de estímulo propioceptivo es una estrategia frecuente de quienes tienen dificultad para regular sus respuestas a los estímulos sensoriales, siendo que la propiocepción facilita la integración de otros tipos de sensaciones, otra estrategia frecuente es pedir un pañal cuando sienten la necesidad de defecar, para así evitar sentarse en el inodoro. Otro factor son los sonidos, que suelen amplificarse en los baños, lo cual puede elevar el nivel de alerta, siendo uno de los factores

responsables del rechazo por parte de los infantes que tienen hipersensibilidad auditiva a estar en el baño. También la altura del inodoro es otro factor a considerar, siendo que en la mayoría de los hogares no es la adecuada para los infantes y no tener los pies apoyados puede causar inseguridad y temor en infantes con hipersensibilidad vestibular incluyendo así otro factor sensorial importante en el uso del inodoro. También en cuanto a factores actitudinales mencionan que muchos niños con dificultades evacuatorias se los observa con ansiedad, poseen dificultad para manejar las exigencias y perciben que el entorno los desborda.

En cuanto al tratamiento del Rechazo a Efectuar Deposiciones (RED), según lo descrito por Beaudry y Ramos (2011), los niños que no responden al tratamiento convencional son derivados al programa "Peque-beque" por un gastroenterólogo pediátrico. Dicho programa incluye consideraciones recomendadas por la North American Society for Pediatric Gastroenterology, Hepatology and Nutrition, otras recomendaciones basadas en la evidencia, y también Terapia Ocupacional basada en el enfoque de la integración sensorial (ASI®). El infante llega al programa con una historia clínica detallada, inicialmente deben identificar todos los factores subyacentes relacionados con las dificultades de control de esfínteres, verificar que no existen causas orgánicas a las dificultades de evacuación, pesquisar si existen dificultades alimenticias y cuales son los hábitos en torno a la alimentación, ya que pueden remitir a insuficiente ingesta de líquidos o de fibra, analizar el estilo de vida del infante y de su familia, para determinar si los padres incluyen en la rutina diaria un momento específico para la defecación.

Según Kuhn, et.al., (1999), las intervenciones efectivas requieren que las deposiciones sean suaves y cómodas, así como también abordar el rechazo al baño. Se sugieren asientos programados diariamente para facilitar la experiencia, esto se logra conseguir principalmente mediante el uso de laxantes, controlado por el gastroenterólogo a lo largo de la duración del programa. En ocasiones es necesario volver a usar pañal, evitando agregar presión vinculada al control de esfínteres y favorecer la regularidad de las deposiciones como primer objetivo, siendo que pueden haber sido interrumpidas debido a un problema de estreñimiento o a un entrenamiento de control de esfínteres inadecuado o iniciado antes de tiempo. Por ejemplo, la escolarización cada vez más temprana, donde se exige que los infantes controlen esfínteres a edades en las cuales todavía no están fisiológicamente preparados para ello, constituye un factor favorecedor del desarrollo de este importante problema. En relación a esta situación, la Organización Mundial para la Educación Preescolar (OMEP) ha dado comunicados al respecto donde refieren que el cambiado de pañales es un requerimiento necesario cuando se acompaña a infantes de 45 días a 6 años y son derechos que garantizan el cuidado, sosteniendo que el cuidar y educar van de la mano, y que a su vez el control de esfínteres está íntimamente relacionado no solo a un proceso madurativo sino también a la adquisición progresiva de autonomía, lo cual es parte del proceso de desarrollo y de aprendizaje inmerso en el nivel inicial (OMEP, 2022).

Retomando el programa utilizado para el tratamiento del RED, mencionado en Beaudry y Ramos (2011), los infantes derivados son evaluados por un Terapeuta Ocupacional quien realiza una valoración e identifica los factores sensoriales que pueden estar en la raíz de su conducta de rechazo. Asimismo, se mantiene una entrevista con los padres y se les formulan las preguntas del Cuestionario Perfil Sensorial de W. Dunn, con el objetivo de recabar información relativa al procesamiento sensorial del niño. El cuestionario del Perfil Sensorial de W. Dunn es utilizado para la detección de problemas del procesamiento sensorial y permite obtener una puntuación que compara a infantes con un grupo normativo. La entrevista con los padres incluye también preguntas sobre la alimentación, considerando que los que aceptan menos de 20 alimentos diferentes tienen una alimentación selectiva. También se utiliza un cuestionario sobre los hábitos de defecación, desarrollado por Beaudry Bellefeuille, I., et. al (2019) para obtener informa-

ción sobre la presencia de dolor y sobre los aspectos conductuales del infante relativos a la expulsión de heces. Esta información es utilizada para determinar ciertos aspectos individualizados de la intervención. Una vez que todos los factores coadyuvantes han sido identificados, se inicia la intervención directa de Terapia Ocupacional. Los problemas sensoriales específicos subyacentes son abordados utilizando los principios del enfoque de la integración sensorial (ASI®). Las principales estrategias del tratamiento incluyen actividades que proporcionan grandes cantidades de estímulo propioceptivo, tacto profundo y vibración. Por ejemplo, saltar mientras se está sentado en un balón terapéutico, trepar, sentarse en almohadones con vibración, pasar por lugares estrechos y suaves. Los infantes generalmente participan semanalmente en dos sesiones individuales de 45 minutos cada una y durante un período de 16 semanas. Los primeros 30 minutos de cada sesión se basan en ASI® y los últimos 15 minutos en un aprendizaje específico de hábitos de defecación. Durante dicho período se llevan también a cabo adaptaciones y estrategias para el hogar. Se diseña para cada infante un programa que incluye actividades que proporcionan tacto profundo y estímulo propioceptivo para ser desarrollado en casa. Si el infante sigue un ritual particular que le ayuda en la defecación, como ponerse un pañal o esconderse, no deben impedírsele y a los padres se les recuerda que resulta de máxima importancia mantener las deposiciones blandas y regulares. No se utilizan recompensas por mantener sin manchar la ropa interior o los pañales, puesto que eso puede fomentar la retención de heces, se les aconseja que si el infante se mancha lo limpien sin mostrar enojo o molestia a ello, tratando de mantener la calma y no aplicar castigos. También se sugiere preparar el baño teniendo en cuenta las características sensoriales del infante, ejemplo: proporcionarle una peleta o inodoro adaptado de forma apropiada, con un asiento cómodo que permita que los pies se apoyen firmemente en el suelo, suele ser la mejor opción, en otros casos, se sugiere cubrir el asiento del inodoro con un material suave y proporcionar un apoyo pies, es común que muchos infantes con RED tengan dificultad para aceptar sentarse en la peleta o en el inodoro. Entre las actividades terapéuticas para favorecer la aceptación de sentarse se encuentran juegos con muñecos en los que el infante los sienta en una peleta o inodoro y él representa el papel de cuidador, otra actividad puede ser que el infante se siente en la peleta o inodoro, sin quitarse la ropa, mientras juega con su juguete preferido. Este modo de afrontar el rechazo permite que acepte gradualmente la situación gracias a que se retiran gran parte de los estímulos que le resultan desagradables, reemplazándolos por otros que sí son de su agrado. Una vez que se ha llevado a cabo la preparación del baño y que el infante acepta sentarse en la peleta o inodoro en la clínica, se asesora a la familia para que puedan hacer lo mismo en su domicilio. Se pone en práctica gradualmente una rutina de momentos para sentarse en la peleta o en el inodoro; se anima al infante a que lo haga de 3 a 5 veces al día, al principio, puede sentarse durante períodos muy breves (30 segundos) y sin quitarse la ropa. Durante los períodos de sentarse en la peleta o en el inodoro se le da un juguete o libro especial y alguno de sus padres le presta atención individualizada, gradualmente el tiempo de permanecer sentado se va incrementando hasta alcanzar los 5 minutos y asimismo, cada vez se le va quitando un poco más de ropa, programando períodos 15 o 20 minutos después de cada comida, con el fin de aprovechar el reflejo gastrocólico, el cual consiste en contracciones propagadas, de elevada amplitud, transportan el bolo en sentido oral-anal, ocurren tras las comidas y al despertar, es la activación motora del colon distal en respuesta a la ingesta, que facilita el vaciamiento del contenido colónico. Según Serra Pueyo, J. (2000) este reflejo consiste tanto en un aumento de la actividad motora fásica del colon izquierdo como en un aumento de la contracción sostenida, tónica, del mismo, y es inducido por estímulos mecánicos, como la distensión del antro gástrico, aunque parece que estímulos químicos, como los lípidos intra duodenales, también podrían inducirlo, y a su vez el reflejo gastrocólico está mediado por vías nerviosas colinérgicas. Una vez que el infante ya modula las sensaciones más eficazmente y

tolera los hábitos de eliminación de heces, la defecación en el inodoro o peleta suele producirse espontáneamente. Considerando esta efectividad del "Programa Peque-beque" de Beaudry Bellefeuille, I., Ramos Polo, E. (2011), toma relevancia revisar las estrategias de abordaje utilizadas por Terapeutas Ocupacionales en Santiago del Estero para el abordaje del control de esfínteres, pudiendo registrar si las mismas incluyen aspectos de procesamiento sensorial como componentes importantes a considerar en el abordaje del control de esfínteres desde Terapia Ocupacional

Metodología

Se implementó un diseño descriptivo describiendo en el objeto de estudio cómo se ponen en juego las variables/ejes de análisis que se relacionan: las estrategias de abordaje para el control de esfínteres utilizadas por los Terapeutas Ocupacionales de Santiago del Estero, tanto en consultorio como las brindadas para el hogar, y cómo estas consideran o no, aportes de la perspectiva de Integración Sensorial, pudiendo correlacionar las estrategias actualmente utilizadas con la perspectiva de Integración Sensorial (IS). De campo porque se entrevistaron a Terapeutas Ocupacionales (TO) de Santiago del Estero, observacional tanto que se toma la información brindada por los mismos TO, describiendo las variables tal y como ha sido referido por los/las entrevistados/as. Transversal siendo que la variable tiempo no influye ni modifica la información recolectada en las entrevistas. Tiene un enfoque metodológico mixto, implicando el proceso de recolección, análisis y vinculación de datos cuantitativos y cualitativos para responder al planteamiento del problema: Cuáles son las estrategias utilizadas por terapeutas ocupacionales de Santiago del Estero en el abordaje del control de esfínteres, de infantes con trastornos del neurodesarrollo de 3 a 6 años, y si las mismas incluyen o no aportes desde la perspectiva de integración sensorial, basándome en teoría fundamentada sobre los aportes de la perspectiva de Integración Sensorial al proceso de control de esfínteres.

Considerando a Rubio y Varas (2004), se genera la siguiente matriz de datos, realizando la selección de la muestra conformada a partir de 15 Lic en Terapia Ocupacional del universo de TO matriculados en la provincia de Santiago del Estero, que se encuentran actualmente en ejercicio profesional activo en territorio santiagueño, desempeñándose con población pediátrica/infancias de entre 3 a 6 años con Trastornos del Neurodesarrollo (TND), durante los años 2022 y 2023, período en el cual se realiza el presente TIF. Se trabajó con una muestra probabilística con probabilidades conocidas de selección, se solicitó acceso a información referente a los Lic. en Terapia Ocupacional que se encuentran registrados con matrícula provincial, en el libro correspondiente a "certificados" del sector Asesoría Médico Legal de la Subsecretaría de Salud del Ministerio de Salud de la Provincia de Santiago del Estero, encontrando 29 (veintinueve) Terapeutas Ocupacionales y Lic. en Terapia Ocupacional, de los cuales son 21 (veintiuno) los que se encuentran residiendo en la provincia, actualmente en actividad, brindando servicio en territorio santiagueño. Se solicita el registro de Terapeutas Ocupacionales de Santiago del Estero en la Asociación Civil de Terapeutas Ocupacionales de Santiago del Estero (ACTOSE) quienes reportan un total de 15 (quince) Lic. en Terapia Ocupacional que actualmente ejercen en el territorio santiagueño y trabajan con población pediátrica/infancias de entre 3 a 6 años con trastorno del neurodesarrollo.

Se trabaja con todo el conjunto de Lic en Terapia Ocupacional que cumplen el criterio de inclusión y exclusión siendo el total: 15 Lic en TO ya que es un universo posible de abarcar. Los criterios de inclusión que se consideraron para la selección de la muestra son los siguientes: Licenciados/as en Terapia Ocupacional, matriculados en la provincia de Santiago del Estero y residentes actualmente, que trabajan con población de infantes con trastornos del neurodesarrollo y que presentan desafíos en el proceso de control de esfínteres, que al momento del TIF brinden servicio como mínimo

a un infante de 3 a 6 años de edad, con trastorno del neurodesarrollo que presenta desafíos en el proceso de control de esfínteres y que implementan estrategias para el abordaje de control de esfínteres en consultorio y brindan estrategias para el hogar. En cuanto a los criterios de exclusión se considera a Lic. en Terapia Ocupacional que prestan servicio eventualmente en Santiago del Estero, que para abordar el control de esfínteres deriva al área de Psicología u otros profesionales, o ser Lic. en TO que trabajan con abordaje grupal y en dispositivos que no incluyen terapia uno a uno.

Variables. Las variables suficientes se utilizaron para caracterizar a la muestra: edad, género, lugar de formación, años de experiencia en la profesión, lugar de desempeño (público/privado/ambas), formación de posgrado, formación en Integración Sensorial, formación específica sobre la temática de control de esfínteres, otro tipo de formación en la población de infantes que puede dar herramientas para el abordaje de esta temática.

Las variables/ejes de análisis específicas relacionadas al abordaje de control de esfínteres en infantes con trastornos del neurodesarrollo de 3 a 6 años que se utilizaron fueron:

- Formas de indagar/pesquisar los desafíos en el control de esfínteres.
- Estrategias e intervenciones utilizadas para abordar el control de esfínteres como actividad de la vida diaria dentro de higiene y aseo.
- Estrategias e intervenciones utilizadas al momento de abordar el registro para el control de esfínteres (tanto para micción como para defecación)
- Estrategias e intervenciones realizadas para favorecer el uso y conocimiento del ambiente del baño.
- Estrategias e intervenciones para favorecer el desempeño motor y postural en el proceso de control de esfínteres.
- Estrategias e intervenciones llevadas a cabo para favorecer la secuencia y hábito de ir al baño.
- Otras estrategias para abordaje de control de esfínteres brindadas en contexto del consultorio.
- Otras estrategias para abordaje de control de esfínteres brindadas para el contexto del hogar.

A partir del análisis de las respuestas obtenidas en cada uno de estos ejes de análisis, y la descripción de la diversidad de estrategias implementadas por parte de cada Lic. en TO entrevistado se establecieron y organizaron metodológicamente categorías según el "tipo de estrategia implementada", a continuación se las menciona, sin embargo las mismas se desarrollan con detalle en los resultados y conclusiones.

Categorías: estrategias vinculadas al procesamiento de la información sensorial (táctil, propioceptiva, vestibular, visual, o en conjunto), estrategias que consideran aspectos del neurodesarrollo, estrategias que consideran aspectos conductuales, estrategias que consideran hábitos y AVD, estrategias de reconocimiento y uso de elementos/herramientas, estrategias vinculadas a secuenciar la actividad, estrategias de organización de la rutina diaria, estrategias que involucren el uso del pañal y retirada paulatina respetuosa, estrategias de autoeducación a la familia, estrategias que consideran generalización de logros, estrategias de visita al hogar y monitoreo, estrategias de observación específica de algun/os aspectos del control de esfínteres, estrategias para abordar componentes motores específicos, estrategias de trabajo en equipo/interdisciplina, estrategias de adaptación/modificación de la actividad y/o ambiente, estrategias de anticipación.

Fuente e instrumentos: Se trabajó con fuentes primarias ya que se realizaron las entrevistas directamente a los Lic. en TO que conforman la muestra, se utilizó como instrumento una encuesta personal cara a cara, realizándose de manera virtual sincrónica considerando que muchos Lic. en TO residen en el interior de la provincia o presencial con los Lic. en TO de Santiago del Estero capital y se solicitó el consentimiento informado. La encuesta incluye

13 preguntas orientadas a la temática del control de esfínteres (CE) en infantes con trastornos del neurodesarrollo (TND) entre 3 y 6 años para la recopilación de información sobre las estrategias utilizadas, pudiendo indagar sobre la implementación de las mismas, como también preguntas iniciales de información referida en las variables suficientes, lo cual permite realizar un análisis necesario a fin de lograr el objetivo de sistematización de estrategias utilizadas para el abordaje del control de esfínteres en infancias con trastornos del neurodesarrollo. Se selecciona este tipo de encuesta permitiendo el control directo de la información por parte del entrevistador, pudiendo dar la posibilidad del diálogo en las preguntas abiertas que se realizan. En cuanto a extensión y complejidad posee preguntas abiertas y descriptivas como también preguntas cerradas. Se ha realizado pilotaje previo y a partir de ello se han mejorado las preguntas, obteniendo a partir de dicha prueba también posibles categorías a considerar para los ejes de análisis. Las entrevistas se realizaron entre junio y agosto de 2023.

Aspectos éticos: Todos los participantes firmaron un consentimiento informado previamente a su participación en el TIF, como prueba del respeto a su autonomía donde se tuvo en cuenta la Guía para Investigaciones en Salud Humana del Ministerio de Salud de la Nación (2011). Se considera que el bienestar y los derechos de los participantes es el valor primordial, y de recibir los resultados al finalizar el trabajo, por encima del interés específico del TIF para el conocimiento de la ciencia. De esta forma se garantizan los derechos de quienes integran la muestra como la confidencialidad de la información administrada para los fines científico académico.

Resultados

Del total de la muestra integrada por 15 Lic. En Terapia Ocupacional, 4 tienen entre 25 y 30 años, 7 tienen entre 31 y 40, 4 tienen entre 41 y 50 años. En cuanto al género autopercebido 14 refieren femenino y 1 masculino. En cuanto a lugar de formación 9 se formaron en universidad pública y 6 en universidad privada, de los cuales: 3 egresaron en la Universidad Nacional de La Rioja (UNLAR), 3 en Universidad Nacional del Litoral (UNL), 5 en Universidad Santo Tomás de Aquino de Tucumán (UNSTA), 1 en la Universidad de Buenos Aires (UBA), 1 en la Universidad Nacional de Quilmes (UNQUI), 1 en la Universidad Nacional de San Martín (UNSAM), 1 estudió en el extranjero (Colombia) y homologó su título en Argentina. En cuanto a los años de experiencia en la profesión 6 tienen más de 10 años de experiencia, 7 entre 5 y 10 años, y 2 menos de 5 años de experiencia. Del total de la muestra 2 se desempeñan en ámbito público, 13 en ámbito privado, de los cuales 6 trabajan en instituciones (CET, Centro de Día o Fundación), 3 en Escuela de Ed. Especial, 13 en consultorio privado, (cabe destacar que 9 de los que trabajan en consultorio particular, combinan este tipo de atención con el trabajo en otros dispositivos). En cuanto a formación de posgrado: 2 poseen formación de posgrado sin concluir, el resto no posee formación de nivel de posgrado. Del total de Lic. en Terapia Ocupacional 4 poseen nivel 3 de formación en Integración Sensorial (IS) avalada por la Asociación de Integración Sensorial Argentina (AISA), 2 nivel 2, 0 nivel 1, y 9 no poseen ningún nivel de formación en IS, 5 poseen solo capacitación general sobre IS. En cuanto a capacitación específica sobre control de esfínteres 5 poseen capacitación específica, 2 han realizado supervisión con colegas en la temática y 8 no poseen capacitación específica en la temática. En cuanto a otro tipo de formación en población de infantes que consideran que puede dar herramientas para el abordaje de esta temática refieren diversidad de capacitaciones: Capacitaciones y Diplomaturas en TEA, capacitación en Modelo Sentidos, capacitación en Neurodesarrollo Infantil, capacitación en Modelo Dir Floortime, cursos de TO en pediatría, Diplomatura en Atención Temprana, Abordaje de TO en Pediatría.

A continuación se presentan los resultados de los ejes de análisis específicos en relación al abordaje de control de esfínteres (CE) en infantes con trastornos del neurodesarrollo (TND) de 3 a 6 años.

Lic en TO contra Cantidad de Infantes con TND

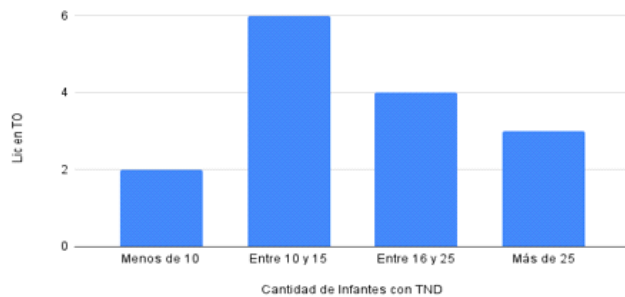


Gráfico 1: Relación entre Lic. en TO y cantidad de infantes que atienden con Trastornos Del Neurodesarrollo (TND).

A partir del gráfico 1 se puede concluir que más del 85% de los Terapeutas Ocupacionales entrevistados atienden a más de 10 infantes con Trastornos Del Neurodesarrollo (TND).

Lic en TO y Porcentaje de Infantes con Desafíos en CE

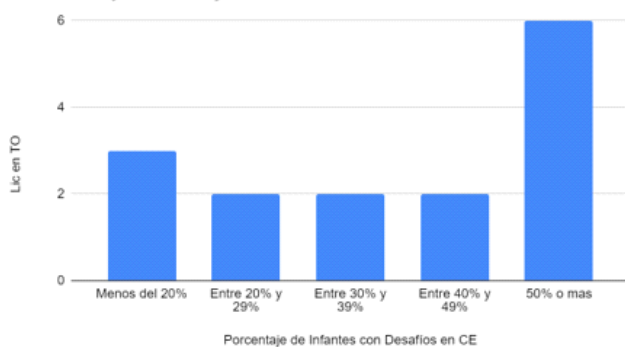


Gráfico 2: Relación entre Lic. en TO que atienden infantes con TND y porcentaje de infantes que poseen desafíos del control de esfínteres (CE).

A partir del gráfico 2 se puede concluir que el 80% de los Lic en TO entrevistados refieren que más del 20% del total de infantes que atienden presentan desafíos en el CE. A su vez se registraron diversidad de desafíos en el CE, los cuales se iban repitiendo en el discurso de los colegas:

Lic en TO y Tipo de Desafío en el Control de Esfínteres

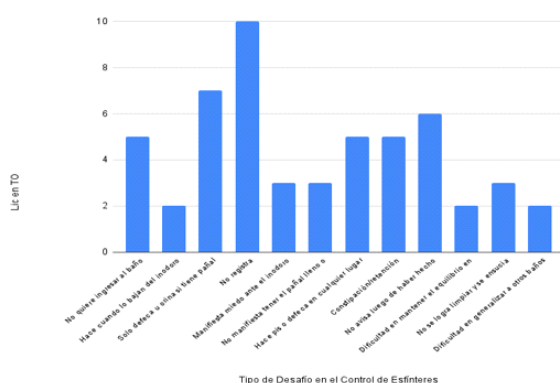


Gráfico 3: Relación entre Lic. en TO que atienden infantes con TND con desafíos en el CE y los tipos de desafíos que presentan.

En cuanto a formas de indagar/pesquisar los desafíos en el control de esfínteres. Los 15 TO refieren preguntarlo en entrevista, de los cuales también 6 TO utilizan a su vez algún cuestionario de la historia ocupacional del infante que complementa información, y a su vez 2 TO también refieren pesquisar durante el juego en la

evaluación con el niño/a.

Análisis de los resultados

A partir de la información recabada, se han encontrado variadas categorías dentro del análisis de datos, que remiten a diversos tipos de estrategias tanto las utilizadas en el espacio de consultorio como las sugeridas para implementar en el hogar.

A continuación, se presenta el análisis de la información recabada y estrategias, cotejadas con la teoría que da sustento a ello.

Como refiere Citoula (2017), el CE es un procedimiento lento y sostenido en el tiempo, que debe focalizarse en el desarrollo de cada infante, esto guarda relación con las estrategias que consideran aspectos del neurodesarrollo como refiere TO 1: "Propuestas de jugar con texturas, agua, trasvasado" y "trabajar sobre noción de las partes del cuerpo" como también con estrategias que consideran aspectos conductuales como refiere TO 10 "que le digan baño, y lo lleven, para que empiece a identificar el baño como lugar que se hace caca, pis, utilizando poco lenguaje y guiando" o como refiere TO 1: "Cada vez que se sienta de cuclillas, que le pregunten/ofrezcan si quiere hacer", TO 2 "Cortar el juego y ofrecer ir al baño, "hora de ir al baño".

A su vez se considera al CE dentro de las Actividades de la Vida Diaria (AVD), centradas en el cuidado del propio cuerpo y realizadas rutinariamente, por lo cual toma importancia la implementación de estrategias de juego sobre los hábitos de la vida cotidiana como refiere TO 13: "Uso de actividades de entrenamiento de AVD: cierres, botones, ropa para vestir muñecos, hacer higiene con muñecos", y estrategias para el reconocimiento de elementos específicos utilizados en la actividad como refiere TO 4: "Realizar actividades in situ en el baño, reconocer y utilizar elementos que hay en el baño".

Por otra parte los TO realizan el análisis de la actividad/ocupación entendiendo "la situación específica de la persona y, por tanto, las ocupaciones específicas que la misma quiere o necesita hacer en el contexto real en el que se realizan" (Schell et al., 2019, p. 322, como se citó en AOTA, 2020), por lo cual, es relevante considerar estrategias vinculadas a secuenciar la actividad en pasos y que involucren al niño/a en los pasos dentro las actividades, como refiere TO 15: "observar en qué pasos de la actividad requiere más ayuda y en qué pasos de actividad puede realizar con mayor independencia", estrategias para incorporar el hábito de ir al baño, como refiere TO 4: "involucrar al niño en cada actividad, si es necesario ayudar mano sobre mano", estrategias de organización dentro de la rutina diaria: como refiere TO1 y TO 2 "Uso de grilla de horarios de registro" y "ofrecer ir al baño, "hora de ir al baño".

Por otra parte, retomando lo referido por la Organización Mundial para la Educación Preescolar, el cambiado de pañales es un requerimiento necesario cuando se acompaña a infantes de 45 días a 6 años y son derechos que garantizan el cuidado, sosteniendo que el cuidar y educar van de la mano, y que a su vez el control de esfínteres está íntimamente relacionado no solo a un proceso madurativo sino también a la adquisición progresiva de autonomía, lo cual es parte del proceso de desarrollo y de aprendizaje inmerso en el nivel inicial (OMEP, 2022). Se considera entonces, importante la implementación de estrategias que involucren el uso del pañal y retirada paulatina como refiere TO 15: "Que realicen acercamientos paulatinos al baño, (...) realizar toda la secuencia de cambiado en el baño" y TO 14: "Uso de horarios sostener el mismo tiempo para ir, si ya retiene que pueda estar sin pañal para ir registrando".

A su vez es menester considerar, que el éxito del control depende de la disposición e interés del infante en cooperar, cada infante tiene su ritmo propio de desarrollo y de aprendizaje, (Shapira, et al., 2010), por lo cual es importante también un acompañamiento sostenido hacia la familia, implementando estrategias de autoeducación, como refiere TO 1: "El proceso es madurativo y que lleva su tiempo, considerar el tiempo de cada niño/a. Abordar de distintas áreas". y TO 2: "Explicar a los padres el

desglose de todo lo que hacemos y lo que entra en juego a la hora de estar sentado en el inodoro y hacer". Implementar estrategias que consideran generalización de logros: TO 5: "Fotos reales de toda la secuencia/pasos específicos para ir al baño en la casa sacamos y luego las vamos pegando en cada paso, haciendo transición luego de foto real al paso específico". y TO 12: "que la familia acompañe en el baño en otros ambientes para que pueda generalizar". Y a su vez se pueden considerar estrategias de visita al hogar y monitoreo como refiere TO 6: "Consulta como es el baño, solicito fotos y videos del baño, considerando según su participación en ese ambiente específico del hogar (que lo conozcan)", y TO 11: "consultar y saber como es el baño si es dentro de la casa, fuera, como adaptar y acompañar a la familia en esa rutina, como también saber cual es el acceso al agua. Conocer distintos baños y generalizar".

Según Shapira, et al. (2010), el infante debe estar maduro para lograr el control. No sólo tiene que comprender lo que se espera de él, sino tener la coordinación muscular necesaria para controlar los músculos intestinales y de la vejiga, y distenderlos a voluntad en el momento y en el sitio determinados. Por lo cual, se consideran estrategias que involucran una observación detenida de algunos aspectos: como refiere TO 10: "Que la familia empiece a registrar qué signos dan cuando tienen ganas, o cuando están haciendo". y TO 12: "qué signos da, de qué está haciendo. El antes, después y durante si notan algo", y también estrategias para abordar componentes motores específicos: como refiere TO1: "trabajo sobre control postural, que se puedan sostener en distintas bases y en el inodoro". y TO 5: "Trabajo transiciones, control motor, equilibrio en sentado y movilidad funcional".

Se sabe que ante cualquier situación especial (comienzo del Jardín, nacimiento de un hermanito, fallecimiento de algún familiar cercano, mudanzas, etc.) es esperable que se den retrocesos en el control de esfínteres, (Shapira, et al., 2010). Algunos problemas en torno al control de esfínteres pueden ser: incontinencia urinaria, enuresis, encopresis, estreñimiento y retención fecal o incontinencia fecal retentiva, estreñimiento y rechazo a efectuar deposiciones. (Figuerola, 2021; Di Guglielmo, 2023; Van den Berg. et. al., 2006; Beaudry Bellefeuille y Ramos, 2011), por lo cual se consideran importantes las estrategias que impulsen el trabajo en equipo, las diversas miradas profesionales y derivaciones oportunas, como refiere TO 11: "Derivación a Psicología, ver alimentación chequear eso. Consulta al Pediatra", o como refiere TO 14: "Derivar a especialista si se sostiene la dificultad renal o gastrointestinal (para evitar malas experiencias a lo largo del tiempo)". Por lo cual el desarrollo infantil, su seguimiento de manera regular y la detección precoz de signos de alarma que señalen alteraciones en detrimento de su evolución normal, tienen repercusión crucial para lograr el máximo potencial de las capacidades y habilidades de cada ser humano y de la sociedad en su conjunto. Resulta, entonces, fundamental que el pediatra y todo médico o profesional de la salud que atiende infantes, conozca a profundidad las características propias del neurodesarrollo en las diferentes etapas de la vida del ser humano y en sus diferentes manifestaciones (Medina Alva, M.D.P., et. al., 2015).

A su vez, puede ocurrir que se presente en el transcurso del Neurodesarrollo del infante, un "Trastorno del Neurodesarrollo" que según DSM-V (2014), son un grupo de afecciones con inicio en el período del desarrollo y generan dificultades en distintas áreas del desempeño, por lo cual parte de las estrategias consideradas por los terapeutas ocupacionales en el trabajo sobre el control de esfínteres considera la adaptación de la actividad y/o ambiente: como refiere TO 3: "Ayudar con el uso de un banquito si tiene inodoro" y TO 4: "y adaptador de inodoro". También refieren TO 5: "usar papel servilleta que es más grande", y TO 6: "uso de adaptador de inodoro con asas a los costados y contención lumbar para sostén de tronco activo". Considerando también como refiere TO 9: "Que el cambio de pañal sea en el baño. Que pueda participar lo máximo posible, sea bajando pantalón, tirar pañal en cesto". Incrementar el tiempo en el ambiente del baño: como refiere TO 8: "Siempre dejaba la puerta del

baño abierta con luz prendida para acercarnos, ir, mirar, explorar el espacio y entrar, paulatinamente ir a hacer algo en el baño, mirarse en el espejo, lavarse manos, (...) paulatinamente jugar a tocar botón con tapa baja, para que no moleste el sonido". Modificaciones ambientales e incorporación del baño en la sesión de consultorio: como refiere TO 1: "tener fotos del ambiente del baño. Incorporar el uso del ambiente del baño dentro de la rutina de la sesión" y TO 4: "Uso del baño para actividades en sesión, lavarse manos". Estrategias que involucran anticipación, como refiere TO 13: "Le paso a la familia la secuencia para que ponga en el baño" y TO 15: "y, a su vez ir marcando el paso a paso en las diferentes actividades y propuestas diarias, como considerar organizar la rutina y hábitos en secuencias."

En general los trastornos del neurodesarrollo se caracterizan por déficit en el desarrollo que produce deficiencias del funcionamiento personal, social, académico u ocupacional, (DSM-V., 2014). A su vez el desarrollo sensorial es la base del desarrollo, desde comienzos de la vida recibimos estímulos a través de los diferentes canales sensoriales, siendo fundamental resaltar que la integración sensorial es un mecanismo clave del cerebro que nos ayuda a crear una representación coherente del mundo y a manejar la constante sobrecarga de información que recibimos. (Velasco, et. al., 2011). Por lo cual para trabajar sobre el impacto en el procesamiento de información sensorial se consideran estrategias que involucran el abordaje sobre algunos sistemas sensoriales de forma aislada o en conjunto trabajando al mismo tiempo sobre varios canales sensoriales. Se ha relevado también la implementación de estrategias visuales, como refiere TO 11: "Con juegos y actividades simuladas usando secuencias visuales como apoyo". Estrategias que utilizan información sensorial propioceptiva realizando juegos y ejercicios que activen la zona pélvica y suelo pélvico, actividades y juegos en distintas posturas con manejo del cuerpo en el espacio reducido, juegos donde se sienten de cuclillas, pararse y agacharse, juegos con distintas posiciones corporales y distintas partes del cuerpo tipo "yogui juego", juegos de apretar y soltar, soplar y retener aire, uso de burbujas y actividades de soplido con diversos materiales ligeros (pelotas telgopor, plumas, etc), actividades o juegos con carga de peso, incluir componentes de rotación y flexión de tronco, con extensión de miembros superiores para realizar alcances hasta la pelvis en la parte posterior, como refiere TO 1: "juegos en cuadrupedia, trabajo sobre mayor registro de partes del cuerpo". Estrategias que utilizan información sensorial táctil, realizando tanto en casa como en consultorio juegos con diversidad de texturas, pegajosas, líquidas y semisólidas, de diversos colores incluyendo el marrón y amarillo, juegos de registro y discriminación táctil encontrar entre varios objetos escondidos, tocar y encontrar, uso de manta de peso sobre zona pélvica que de mas información en la zona. Juegos con masas de color marron, para jugar como que es "caca", actividades con masas húmedas o mas secas, con textura y lisas, uso de espuma, juegos con arena y agua. Uso de almohadones con semillas y almohadones con vibración en zona pélvica. Sumar juegos en patio, parque y salidas a plaza: las texturas del pasto, arena, tierra aumentan el registro táctil. Uso de ropa apretada o boxer y pantalones más ajustados de lo convencional en lo cotidiano. Como refiere TO 7: "En cuanto a lo táctil jugar con masas, de color marron, para jugar como que es "caca", actividades sensoriales con masas mas húmedas, mas secas, mas moldeables o menos". Estrategias que utilizan información sensorial vestibular: trabajando sobre el control postural, que se puedan sostener en distintas bases de sustentación amplias y reducidas, y luego probar en el inodoro, si presentan dificultades en el equilibrio trabajar paulatinamente el acercamiento a la integración de sensaciones vestibulares vinculadas a despegar los pies del piso y bases en altura, como refiere TO 12: "Trabajar el equilibrio, pies apoyados, perder el miedo a altura del inodoro". Estrategias que utilizan información sensorial propioceptiva y táctil en conjunto: Aplicación Tapping en zona pélvica. Uso de almohadones con vibración, uso de pelotero y lycra para aumento de registro propioceptivo y táctil general. Como refiere TO 2: "Apretar y soltar,

actividades con distintas partes del cuerpo y manos, en distintas posturas. A nivel oral: soplar y retener, con fuerza abdominal y diafragmática" y también TO 4: "Uso de manta de peso sobre zona pélvica a partir de actividades o juegos con carga de peso". Estrategias que utilizan información sensorial propioceptiva, vestibular y táctil (incluyendo praxias): Realizar juegos de disfraces uso de prendas de ropa, colocarse y quitarse, hacer secuencias de movimiento y secuencias en juego, colocando vendas alrededor de la cintura, bajar y subir o con aros colocarse en el cuerpo y quitarse. Sumar estas actividades en circuitos con pasos en una determinada secuencia lógica, trabajando sobre la planificación motora, componentes perceptivos motores en circuitos. Trabajar en conjunto: transiciones, control motor, equilibrio en sentado y movilidad funcional. Como refiere TO 3: "El esfínter es un músculo, trabajar la musculatura de la zona, abordar cuestiones posturales y de equilibrio" y TO 9 también refiere: "Desde IS, trabajar registro con equipamiento de IS. Trabajo en zona abdominal y zona pélvica. Incluyendo "Interocepción" a partir del trabajo de zona media (CORE).

En base a lo anteriormente mencionado, dichas estrategias cotejadas responden a distintos inputs sensoriales que a su vez se abordan en conjunto, no únicamente de forma aislada, siendo que por ejemplo, para abordar el control de esfínteres como actividad de la vida diaria dentro de higiene y aseo, se han encontrado estrategias que utilizan información sensorial propioceptiva y vestibular, o propioceptiva y táctil, trabajando en conjunto los componentes perceptivo-motores requeridos para el manejo de la ropa en la actividad de higiene y aseo como también para sostenerse en el inodoro y lograr limpiarse. Ejemplo: "juegos de pasar elementos por detrás de la espalda" como refiere TO 12, y esto a su vez, ayuda a la habilidad propioceptiva y táctil requerida para limpiarse sin mirar. Estando esto en concordancia con lo citado por Ayres, J. (1998) quien definió "La integración sensorial es la organización de las sensaciones para su uso funcional", remitiendo a la Integración Sensorial (IS) como el proceso neurobiológico que organiza la información que se recibe del propio cuerpo y del medio ambiente para su uso en la vida diaria, lo cual facilita y posibilita el desempeño funcional. Se centra en tres sistemas sensoriales: el táctil, que responde e interpreta los diversos estímulos que se encuentran en el ambiente; el vestibular permite detectar movimientos y reaccionar a los mismos; y el propioceptivo se encarga de la percepción del movimiento y de la posición del propio cuerpo. La teoría de Integración Sensorial de Ayres, brinda un sólido fundamento para entender cómo la integración sensorial influye en el desarrollo e impacta en el desempeño ocupacional del infante.

Retomando entonces el último eje de análisis (eje de análisis VII), donde el 100% de los entrevistados refieren y afirman "que en algún aspecto las estrategias que utilizan para el abordaje del control de esfínteres poseen aportes desde la perspectiva de integración sensorial", se toma como ejemplo lo citado por TO 4 quien reafirma: "Si, como base del neurodesarrollo", sabiendo que el desarrollo sensorial es la base del desarrollo y siendo que el procesamiento sensorial nos permite relacionarnos con el entorno, (Velasco, et. al., 2011), encontrando aquí una coherencia entre la importancia de implementar estrategias que tengan su base en el procesamiento de la información sensorial.

Conclusiones

Se concluye que la hipótesis ha sido corroborada, siendo que efectivamente los TO de SDE consideran en sus estrategias de abordaje del CE aportes de la perspectiva de IS, y para mi sorpresa el 60% de los TO que trabajan con infancia en SDE no posee formación específica en dicha perspectiva. De este modo, se infiere que aún sin tener capacitación especializada en el modelo de IS, los TO de SDE implementan estrategias que sí consideran la perspectiva, lo cual me lleva a reflexionar la necesidad de combinar teorías, conocimientos y práctica clínica para la intervención de esta problemática en la

infancia, como una integración de saberes y conjunción del hacer profesional, para un objetivo principal: "desarrollo de autonomía e independencia". Recordando la definición de TO expresada por AOTA (1968) como: "El arte y la ciencia de dirigir la respuesta del hombre a la actividad seleccionada para favorecer y mantener la salud, (...)"; si bien se considera una definición desarrollada en otros tiempos sociales, para este TIF se considera relevante destacar la TO como "El arte y ciencia", para esta situación lo que sería aplicar "la ciencia", el conocimiento científico, conceptos, contenidos, modelos de abordaje y marcos de referencia que en conjunto con el quehacer artesanal, "arte" del profesional, generando impacto en el infante y la familia que se esté acompañando para este fin: "el logro del control de esfínteres".

A su vez se han encontrado diversidad de categorías de estrategias superando lo esperado según mi hipótesis. Cabe destacar que dichas estrategias se vinculan a los ejes de análisis planteados y los mismos han sido pensados con esa lógica siendo que son inherentes al trabajo de todo terapeuta ocupacional que brinda tratamiento a infancias, teniendo conocimiento de neurodesarrollo, formación y experiencia en el trabajo con infantes con trastornos en el neurodesarrollo. Por lo cual este TIF presenta una visión ampliada del abordaje del CE, no sólo exclusiva a la perspectiva de IS. Sin embargo, sí se han recabado también estrategias específicas vinculadas al procesamiento de la información sensorial, por lo cual se considera a dicha perspectiva relevante en el abordaje del CE reconociendo a la Integración Sensorial como base del neurodesarrollo infantil.

Concluyendo entonces, a partir de lo recabado: que las estrategias utilizadas por TO de SDE en el abordaje del control de esfínteres, de infantes entre 3 a 6 años, consideran aportes de la perspectiva de IS tanto para el abordaje directo con el infante como para las estrategias brindadas para el hogar, y que las mismas están vinculadas con incrementar participación en la actividad de la vida diaria dentro de higiene y aseo, con abordar el registro de la micción y defecación, con propiciar el uso y conocimiento del ambiente del baño, con favorecer el desempeño motor y postural, e incorporar la secuencia y hábito de ir al baño.

En base a los resultados obtenidos se considera importante referir que a partir de las estrategias recabadas podré generar un archivo de: "estrategias utilizadas con frecuencia para el abordaje de control de esfínteres", lo que podría ser de guía y base para otros colegas que requieran abordar dicha problemática y a partir de ello generar nuevas estrategias de intervención.

Referencias

- American Occupational Therapy Association, AOTA. (2020). Occupational therapy practice framework: Domain and process (4th ed.) The American Journal of Occupational Therapy. Vol. 74 (Suplemento 2), 1 – 87. <https://doi.org/10.5014/ajot.2020.74S2001>
- World Federation of Occupational Therapists. (2006). Position Statement on Human Rights. [Archivo PDF]. <https://www.wfot.org/checkout/1816/25951>
- Shapira, I., Toledo, S.M., Roy, E., Vivas, S., Zaid de Makarovsky, R., y colaboradores (2010) Los años formativos. Desarrollo e intervención oportuna en los primeros cinco años de vida. Primera edición. Fundación Neonatológica para el Recién Nacido y su Familia. Buenos Aires.
- Asociación Española de Psiquiatría del Niño y el Adolescente - AEPNYA. (2010). Protocolos Clínicos. Editorial Siglo S.L. Madrid, España.
- Citoula Cereijo, L.M. (2017). La importancia educativa de la higiene en la educación infantil: las preocupaciones en torno al control de esfínteres. [Tesis Doctoral]. <https://ruc.udc.es/dspace/handle/2183/19252?locale-attribute=es>
- Bezós Saldaña, L., Escribano Ceruelo, E. (2012). ¿Qué esconden los problemas del control de esfínteres? A propósito de un

caso. Revista Pediatría Atención Primaria. 14(3),17-21.
<https://www.redalyc.org/pdf/3666/366638750005.pdf>

Real Academia Española. (s.f.). Infancia. En Diccionario de la lengua española. Recuperado en 10 de junio de 2023, de <https://dle.rae.es/infancia>

Asociación Americana de Psiquiatría. Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales, DSM-V. (2014). 5ta Edición. Ed. Médica Panamericana.

Ayres A.J. (1998). La integración sensorial y el niño. Editorial Trillas.

Erna Blanche, PhD, OTR/L, FAOTA, (1 -5 de agosto 2017). Fundamentos Teóricos de la Integración Sensorial: de la teoría a la identificación. [Material teórico entregado, capítulo 3: Modulación del input sensorial que impacta en el nivel de alerta]. Curso I del Programa de Certificación de Integración Sensorial USC, Bs As, Argentina.

Miller, L. J; Anzalone, M.E; Lane, S.J; Cermak, S. A; Osten, E.T. (2007) Concept Evolution in Sensory Integration: A Proposed Nosophy for Diagnosis. The American Journal of Occupational Therapy. Vol. 61 (2) , 1 3 5 - 1 4 0 .
<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/17436834/>

Beaudry Bellefeuille, I.; Lane, S.J. (2017). Examining Sensory Overresponsiveness in Preschool Children With Retentive Fecal Incontinence. The American Journal of Occupational Therapy. Vol.71(5),1-8. <https://doi.org/10.5014/ajot.2017.022707>

Nico, M. R. (2011). Autismo: prevalencia de los trastornos de procesamiento sensorial, sueño, alimentación y evacuación. [Tesis de Maestría en Psicoimmunoneuroendocrinología]. <https://favaloro.enlabiblio.com/cgi-bin/koha/opac-detail.pl?biblionumber=6858>

Consolini, M.,D. (Mayo 2023). Control de esfínteres. Manual MSD para el profesional. <https://www.msdmanuals.com/es-ar/professional/pediatr%C3%ADa/puericultura/control-de-esf%C3%ADnteres#>

Figuroa, T. E., (Abril, 2021). Incontinencia urinaria en niños. Manual MSD para el profesional. <https://www.msdmanuals.com/es-ar/professional/pediatr%C3%ADa/incontinencia-urinaria-en-ni%C3%B1os/incontinencia-urinaria-en-ni%C3%B1os>

Di Guglielmo, M.D., (Enero, 2023). Incontinencia fecal en niños (Encopresis). Manual MSD para el profesional. <https://www.msdmanuals.com/es-ar/professional/pediatr%C3%ADa/incontinencia-fecal-en-ni%C3%B1os/incontinencia-fecal-en-ni%C3%B1os>

Van den Berg, M.M., Benninga, M. A., Di Lorenzo, C. (2006). Epidemiology of childhood constipation: A systematic review. Am J Gastroenterol, 101(10):2401-9. DOI: [10.1111/j.1572-0241.2006.00771.x](https://doi.org/10.1111/j.1572-0241.2006.00771.x)

Beaudry Bellefeuille, I., Ramos Polo, E. (2011). Tratamiento combinado de la retención voluntaria de heces mediante fármacos y terapia ocupacional. Boletín de la Sociedad de Pediatría de Asturias, Cantabria, Castilla y León, (51), 169-176.

Jaramillo, L. (Diciembre, 2007) Concepciones de infancia. Zona Próxima, Revista del Instituto de Estudios Superiores en Educación Universidad del Norte, (8), 108-123.

Medina Alva, M.D.P., Caro Kahn, I., Muñoz Huerta, P., Leyva Sánchez, J., Moreno Calixto, J., Vega Sánchez, S.M. (2015). Neurodesarrollo infantil: características normales y signos de alarma en el niño menor de cinco años. Revista Peru Med Exp Salud Pública. 32, (3), 565-573.

Velasco, I., Spence, C., Navarra, J., (Enero, 2011). El sistema perceptivo: esa pequeña máquina del tiempo. Anales de Psicología. 27, (1), 195-201.

Kuhn, B.R, Marcus, B.A, Pitner, S.L. (Abril, 1999). Treatment guidelines for primary nonretentive encopresis and stool toileting refusal. Am Fam Physician. 59 (8):2171-2178.

Organización Mundial para la Educación Preescolar Argentina, (OMEP). Comunicado realizado en 2022. El cambiado de pañales en el jardín. Un modo de acompañar, con intencionalidad

pedagógica, los modos singulares de desarrollo. Recuperado el 9 de octubre de 2023: <https://www.omep.org.ar/single-post/el-cambiado-de-panales-en-el-jardin>

Beaudry Bellefeuille, I., Lane, A., Chiu, S., Oldmeadow, C., Ramos Polo, E., Lane, S. J. (Marzo, 2019). The Toileting Habit Profile Questionnaire-Revised: Examining Discriminative and Concurrent Validity. Journal of Occupational Therapy, Schools, & Early Intervention. DOI: 10.1080/19411243.2019.1590756. <https://doi.org/10.1080/19411243.2019.1590756>

Serra Pueyo, J. (Junio 2000). El cerebro intestinal. Gastroenterol Hepatol. (24) 20-21.

Roncero, C.I., Arias Martínez, B. (2020). Manual básico de psiquiatría de la infancia y adolescencia. Ed. Universidad Valladolid. <https://uvadoc.uva.es/bitstream/handle/10324/40393/EdUVa-Manual-Psiquiatr%C3%ADa%20infancia.pdf?sequence=1>

Hernández Sampieri, R., Fernández Collado, C., Baptista Lucio, M.P. (2010). Metodología de la Investigación. (5ta Ed.) McGraw-Hill/ Interamericana editores, S.A.

Rubio Martín, M.J., Varas Reviejo, J., (2004). El análisis de la realidad en la intervención social. Métodos y técnicas de investigación. (3ra Ed.) Editorial CCS.

Ministerio de Salud de la Nación (2011). Guía para Investigaciones en Salud Humana. Régimen de Buena Práctica clínica para Estudios de Farmacología Clínica. <https://salud.misiones.gob.ar/wp-content/uploads/2017/07/Guia-inv-Salud-Humana.pdf>

Ley 26.206. Ley de Educación Nacional. Promulgada: Diciembre 27 de 2006. <https://www.argentina.gob.ar/normativa/nacional/ley-26206-123542/actualizacion>