

## Procesamiento Sensorial en Salud Mental, Desafíos Actuales

Sensory Processing in Mental Health, Current Challenges

---

Mariel Pellegrini

### Mariel Pellegrini

Licenciada en Terapia Ocupacional Universidad Nacional de Quilmes. Especialista de Terapia Ocupacional en Trabajo Comunitario y Atención Domiciliaria, Universidad de Montréal, Canadá. Magister en Prevención de la Violencia de Género Universidad Europea Miguel de Cervantes, España. Docente investigadora en la Carrera de Licenciatura en Terapia Ocupacional de la Universidad Nacional de Quilmes. Directora de Alpha Ocupacional.

alphampellegrini@gmail.com

### Resumen

Este artículo presenta una breve revisión de los principios que guían la práctica contemporánea de la disciplina. Considera algunas de las intervenciones actuales de Terapia Ocupacional en salud mental basadas en el procesamiento sensorial, modulación sensorial, y regulación emocional. Muestra una clasificación de desórdenes de procesamiento sensorial y fundamenta la importancia de ampliar la práctica basada en la evidencia de Terapia Ocupacional en salud mental, a fin de sustentar un desempeño profesional competente, relevante y efectivo clínicamente.

**Palabras clave:** umbral sensorial, salud mental, Terapia Ocupacional, regulación emocional.

### Abstract

*This article presents a brief review of the principles that guide the contemporary practice of the discipline. It presents some of the current interventions of occupational therapy in mental health based on sensory processing, sensory modulation, and emotional regulation. It presents a classification of sensory processing disorders in mental health. It bases the importance of expanding the evidence-based practice of occupational therapy in mental health, in order to support competent, relevant and clinically effective professional performance.*

**Key words:** sensory thresholds, mental health, Occupational Therapy, emotional regulation.

Entre los principios que guían la práctica contemporánea de la Terapia Ocupacional, Boyt Schell, Scaffa, Gillen y Cohn (2015), identifican:

- La práctica centrada en la persona/familia/grupo/comunidad.
- La práctica centrada en la ocupación.
- La práctica basada en la evidencia.
- La práctica culturalmente relevante.

La primera de ellas, se caracteriza por considerar a la persona/familia/grupo/comunidad como agente activo, que tiene un impulso innato hacia la acción y una necesidad de desarrollar su naturaleza ocupacional. Este principio cambia el eje del razonamiento clínico de antiguos paradigmas de la profesión. El cual, ya no habla de estrategias de intervención según diagnósticos sino en correlación con la Clasificación Internacional del Funcionamiento, de la Discapacidad y de la Salud (CIF) (Organización Mundial de la Salud, 2001), se centra en la persona y en cómo este diagnóstico afecta o no su participación social. Este modelo de Terapia Ocupacional centrada en la persona, también incluye cómo el profesional y la persona participan en colaboración durante todo el proceso de intervención. En segundo lugar, la práctica centrada en la ocupación, se caracteriza porque la intervención profesional considera las ocupaciones de las personas como eje central de análisis, evaluación, intervención y razonamiento clínico, el cual también amplía el foco de lectura: de poner el énfasis en la discapacidad, orientarlo hacia la participación social y la calidad de vida de esa persona realizando ocupaciones. En cuanto a la práctica centrada en la evidencia, fundamenta las intervenciones profesionales en la teoría y la investigación, es decir en la evidencia científica, como así también, en hablar un lenguaje acorde al interlocutor a fin de que ellos comprendan las intervenciones. La Federación Mundial de Terapia Ocupacional incluye la práctica culturalmente relevante, es la que debe compatibilizarse con el complejo entorno social, político y cultural en el que se produce la terapia (World Federation of Occupational Therapists, 2010). Por último, la autora agrega una práctica de Terapia Ocupacional basada en la esperanza, la cual se apoya en el uso terapéutico del Yo y considera la esperanza como el primer paso del proceso terapéutico. Donde se valora una intervención integral guiada por la persona, sus valores, intereses, sueños, destrezas, fortalezas, talentos para perseguir sus ocupaciones en el ambiente donde vive. La esperanza como sentimiento inicial y sostenido del crecimiento continuo de una historia de vida significativa, con contratiempos ocasionales y aprendizaje de la experiencia.

Estos son algunos de los elementos que guían el razonamiento de Terapia Ocupacional, a fin de trabajar hacia una sociedad inclusiva y de empoderamiento de la persona. Sociedad que reconoce que todas las personas tienen el mismo valor, sólo por la condición de ser humano.

Tsang, Siu y Lloyd (2011) sustentan que la intervención basada en la evidencia en Terapia Ocupacional en salud mental es limitada. Por ello, resulta imprescindible incrementarla para sostener un desempeño profesional competente, relevante y efectivo clínicamente. Desde la experiencia clínica, se puede justificar que las intervenciones de la disciplina en salud mental han desarrollado un amplio espectro de servicios, muchos de ellos altamente facilitadores de la participación social, el desarrollo de la autonomía y calidad de vida de esta población, pero en general con escasa investigación que fundamente muchos de los programas. También las intervenciones y publicaciones se centran en ocupaciones o programas ocupacionales tales como el desarrollo de la autonomía en las actividades de la vida diaria, el trabajo, estudio, juego, esparcimiento, hábitos y rutinas, entre otros. Desde el Marco de Trabajo para la Práctica de Terapia Ocupacional (Occupational Therapy Practice Framework: Domain and Process) (American Occupational Therapy Association, 2020) y la CIF (Organización Mundial de la Salud, 2001), este tipo de intervención se denomina de “arriba hacia abajo”<sup>1</sup>. La cual comienza estableciendo discrepancias en el desempeño en el máximo nivel de participación social, luego a las tareas necesarias para sostener los roles sociales valorados (actividades/limitaciones funcionales), y por último en las funciones y estructuras corporales. En el gráfico 1 se identifican los componentes del dominio desde los cuales se inicia una intervención basada en de “arriba hacia abajo”.

Tsang, et al. (2011) sostienen que las intervenciones de Terapia Ocupacional psicosocial basadas en la evidencia incluyen el tratamiento asertivo comunitario, entrenamiento en destrezas sociales, empleo con apoyo, terapias cognitivas, intervención familiar, entrevistas motivacionales, entre otras. Pero desafortunadamente, la mayoría no son únicas de Terapia Ocupacional, sin embargo, se han desarrollado un amplio rango de programas innovadores para personas con problemas de salud mental, pero estos son, por lo general, conocidos únicamente dentro de la comunidad de la profesión. Esto abre a la reflexión de que los terapeutas ocupacionales en salud mental deben profundizar la justificación de su razonamiento clínico basado en la evidencia. Una oportunidad para ello, puede ser el análisis e investigación de las funciones y estructuras corporales como factores de la persona que influyen en su participación ocupacional. Es decir, tener un eje de razonamiento clínico circular en espiral, que fluya hacia el desarrollo de las ocupaciones y la participación ocupacional. Evidenciando la existencia de una Terapia Ocupacional que puede priorizar su razonamiento clínico e intervención cen-

1 De “arriba hacia abajo”, explorando en primer lugar las actividades significativas para la persona y las dificultades que este identifica; para ocuparse luego de los factores (funciones y estructuras) que le dificultan el desempeño y participación. De “abajo hacia arriba”, se refiere a que la evaluación e intervención se centra en las capacidades globales de la persona (funciones o estructuras corporales/destrezas que apoyan el desempeño) en primer lugar.

trada en la persona y ocupación, desde una visión integral y holística del hacer y participación ocupacional o centrarse en los factores que limitan o facilitan su desempeño ocupacional, poniendo el acento en las funciones y estructuras corporales, en los procesos internos de la persona dependiendo de las causas que limitan su desempeño ocupacional.

**Grafico 1: Adaptación Marco de Trabajo para la práctica de Terapia Ocupacional: Dominio y Proceso. 3ª Edición. American Association of Occupational Therapy, inc. Bethesda (2014).**

DOMINIO				
Ocupaciones	Contextos y entornos	Factores del usuario	Destrezas desempeño	Patrones de desempeño
AVD	Temporal	Valores, creencias y espiritualidad	Motoras	Hábitos
AVDI	Virtual			
Educación	Cultural		Procesamiento	Rutinas
Trabajo	Personal			
Juego	Físico	Funciones y estructuras	Comunicación	Roles
Ocio	Social			
Descanso y sueño				Rituales
Participación social				

**CIF y MARCO DE TRABAJO**

PROCESO			
Uso de ocupaciones	Evaluación	Intervención	Resultados
Ambientes	Perfil ocupacional	Plan	Desempeño ocupacional
			Prevención
Razonamiento clínico	Análisis del desempeño	Implementación	Salud
			Calidad de vida
Uso terapéutico del yo		Revisión	Participación
			Competente en rol
Análisis de la actividad			Bienestar
			Justicia ocupacional

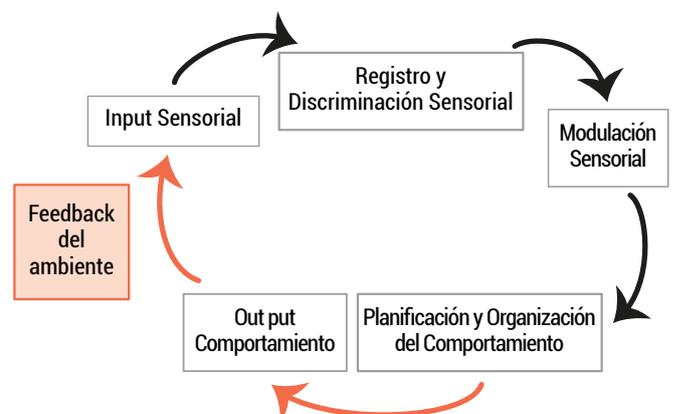
El procesamiento sensorial es “la forma en que el sistema nervioso central (SNC) y el sistema nervioso periférico manejan la información entrante de los siete sistemas sensoriales periféricos” (Miller y Lane, 2000, p.1). Este término incluye todas las etapas necesarias para procesar la información sensorial

y, por lo tanto, incluye la integración sensorial definida por Ayres (1972), como “el proceso neurológico que organiza la sensación del propio cuerpo y el medio ambiente y hace posible utilizar el cuerpo de manera efectiva dentro del medio ambiente” (p.11). Estos son factores importantes que influyen en la capacidad de una persona para participar en las funciones y roles más importantes. También influyen en la percepción general del mundo de una persona y la sensación proporcionada a sus vidas. Finalmente, se puede sostener que nos conecta con otros seres humanos y con la vida misma.

El procesamiento sensorial sucede todo el tiempo en la vida cotidiana, ayuda a comprender porqué para la misma actividad muchas personas pueden realizarla en posturas diferentes, por ejemplo, para estudiar o leer un artículo de interés, algunas personas se recuestan apoyando su cabeza en alguno de sus brazos, otros necesitan estar sentados de manera recta frente al libro y otros prefieren poner música para poder concentrarse mejor.

El procesamiento sensorial comienza con una entrada sensorial o estímulo (input sensorial), que se registra y discrimina en el SNC, se modula sensorialmente el cual facilita la planificación y organización del comportamiento, que resulta en una salida o producción de comportamiento (output sensorial) en el ambiente, que reinicia el ciclo produciendo un input sensorial en la persona. Entonces la información ingresa a nuestro cerebro por los sentidos interactuando con el entorno, cuanto más sentidos estén funcionando al hacer una actividad, el aprendizaje es mayor. En el gráfico 2 están representadas las etapas que involucra el procesamiento sensorial.

**Grafico 2: El procesamiento sensorial implica varias etapas, las flechas copactas oscuras indican el proceso que ocurre en el cerebro, mientras que las flechas claras indican lo que está sucediendo en el entorno/ambiente.**



Dunn (1997), define a la modulación sensorial como la habilidad del SNC de monitorear y regular la información para producir respuestas apropiadas. Es decir, es la regulación del ce-

rebros de los mensajes neuronales que facilitan o inhiben respuestas, dependiendo de una situación particular. Cuando la modulación sensorial está intacta, el SNC responde a un estímulo e ignora otros, así la persona puede generar una respuesta adaptativa apropiada a la situación. También refiere que el tipo y nivel de respuesta depende de lo que se denomina *umbral neurológico*. Este puede definirse como la cantidad de estímulos requeridos por una neurona o un sistema neuronal para responder, tema clave en salud mental. En los extremos de los umbrales neurológicos se encuentran la *habitua-ción* y la *sensibilización*. La habituación es el proceso que el SNC reconoce que algo habitual está ocurriendo. La neurona experimenta un patrón que luego ya se hace familiar y no le presta atención. Sin habituación estaríamos distraídos, agitados todo el tiempo por cada estímulo (roce de la ropa, los sonidos, los olores, etc.). La sensibilización es el mecanismo del SNC para darle importancia a un estímulo que necesita atención inmediata, mismo si son estímulos familiares (peligro al cruzar la calle, quemarse, olor a humo, pincharse, etc.).

El SNC tiene la habilidad de regular los inputs sensoriales y mantener el balance entre la excitación y la inhibición creando pilares para responder y modularse sensorialmente, es decir, que la persona pueda adaptarse y regular sus reacciones según los estímulos sensoriales y motores, y tenga habilidad de usar la información sensorial de manera efectiva, la cual es esencial para funcionar de manera exitosa en la vida diaria.

Las personas con procesamiento sensorial atípico pueden mostrar umbrales extremadamente altos (ej. habituación, hiposensibilidad) o pueden mostrar umbrales extremadamente bajos (ej. sensibilización, hipersensibilidad). Con umbrales altos, las personas reaccionan más lento al estímulo, toman más tiempo en producir comportamiento de respuesta y parecen letárgicos (Dunn, Myles y Orr, 2002). Las personas con umbrales bajos reaccionan muy rápido y frecuente al estímulo, parecen sobre excitados o hiperactivos (Dunn, 1997).

Ahora bien, si pensamos en las personas con problemas de salud mental reconocemos que generalmente tienen dificultades en sus habilidades para negociar efectivamente en los distintos ambientes. Algunos ejemplos que se pueden identificar fácilmente desde la experiencia clínica son: lentitud de respuestas, impulsividad, tiempos de atención cortos, dificultad para identificar si necesita realizar su higiene personal, dificultad para reconocer si su ropa tiene suciedad o no, saltar pasos de algunas actividades, identificar señales del ambiente, tiempos de cocción de una comida, entre otros.

Desarrollar la habilidad para que cada uno pueda modularse y modular sus respuestas es un componente importante de manejar situaciones de estrés. Muchos de los déficits de modulación sensorial en personas con problemas de salud mental, se manifiestan en hiper respuesta, depresión y niveles

aumentados de ansiedad (Brown y Stoffel, 2015). Miller, Anzalone, Lane, Cermak y Osten (2007), sostienen que las disfunciones de procesamiento sensorial existen cuando las señales sensoriales no se organizan en respuestas apropiadas y dan como resultado rutinas diarias desorganizadas.

Existen estudios de Brown, C. et al. (2001) que fundamentan que las personas con diagnóstico de esquizofrenia, no perciben algunos estímulos sensoriales y por otro lado se saturan con sensaciones. Estas situaciones se ven a diario en la clínica, por ejemplo, si viajan en colectivo o autobús pierden las señales para saber dónde bajarse y a su vez se saturan y encuentran abrumadores los estímulos visuales y auditivos dentro del autobús. Otro ejemplo puede ser, cuando no logran recibir información adecuada de su cuerpo y del ambiente, por eso en ocasiones, necesitan más estímulos para registrar cosas, y en otras situaciones son evitadores. En relación al procesamiento auditivo, Leitman, et al. (2005), sostienen que las personas con esquizofrenia tienen dificultad en atención selectiva, discriminar información relevante, esto puede traer como consecuencia déficits en las destrezas sociales las cuales no registran señales del tono de voz del interlocutor, lo que resulta en una dificultad para poder identificar la emoción del contenido comunicado por la otra persona.

Estas situaciones traen como consecuencia dificultades en la regulación emocional. Las emociones son estados mentales evaluativos que ocurren en el presente y consisten en una excitación neurobiológica, un proceso perceptivo-cognitivo, una experiencia subjetiva y una expresión afectiva. Las emociones surgen cuando las situaciones que emergen son relevantes con nuestras metas. Aquellas que nos acercan a estas nos producen emociones positivas, mientras las que nos alejan nos producen sentimientos incómodos o negativos. Las emociones entonces, nos proporcionan información cualitativa sobre la cual basarnos para tomar decisiones, que resultan en respuestas adaptativas a nuestra vida cotidiana, por ejemplo: amor, ira, tristeza, alegría, frustración, enojo, etc.

Estas respuestas se manifiestan desde la regulación emocional de cada persona. La cual puede definirse como aquellos comportamientos, destrezas y estrategias que monitorean, evalúan, modulan, modifican, inhiben o mejoran la experiencia emocional en la búsqueda de los propios objetivos. Muchas personas con problemas de salud mental tienen dificultades en esta regulación, la cual se denomina dis-regulación emocional. Esta última se refiere a las acciones o comportamientos relacionados con la experiencia emocional que interfieren con actividades dirigidas a objetivos, relaciones interpersonales o adaptación saludable (Scaffa, 2015). La regulación emocional ocurre a través de un continuo de control que pasa de totalmente automática, sin esfuerzo e inconsciente a una forma consciente, voluntaria y controlada. Esta puede ser intrínseca o extrínseca:

- Intrínseca se refiere a los factores dentro de la persona que contribuyen a la regulación emocional, por ejemplo, el temperamento, el proceso cognitivo, y las funciones neurológicas y psicológicas.
- Extrínseca se refiere al contexto social y a las influencias que afectan la regulación emocional, por ejemplo, interacciones con cuidadores, hermanos y grupos de pares, y el contexto cultural. Estas pueden ser claramente utilizadas desde Terapia Ocupacional. Somos parte del ambiente, el cual es nuestro aliado en la intervención profesional.

Scaffa (2015), sostiene que las habilidades relacionadas con la regulación emocional pueden ser: responder a las emociones de otros, controlar el enojo, lidiar con eventos estresantes, expresar emociones apropiadamente, recuperarse del dolor o la decepción, tolerar la frustración y persistir en la tarea, aceptar experiencias emocionales incómodas o negativas como un aspecto inevitable de la vida.

Una de las metas de los terapeutas ocupacionales es ayudar a las personas con problemas de salud mental en el manejo de emociones dentro del contexto del desempeño ocupacional e identificar los soportes contextuales apropiados que son necesarios para mejorar la regulación emocional y así facilitar la participación ocupacional. Por ejemplo, re direccionar o focalizar la atención ante la presencia de emociones intensas, calmarse a uno mismo en respuesta a la excitación fisiológica relacionada con la emoción, iniciar, organizar y persistir en actividades dirigidas a objetivos independientemente del estado de ánimo, inhibir conductas inapropiadas relacionadas con experiencias emocionales intensas. Clarificando, la modulación sensorial ocurre dentro del SNC y la regulación emocional es en parte, la expresión visible de esa modulación traducida en comportamiento.

Miller, Anzalone, Lane, Cermak y Osten (2007), presentan una clasificación de desórdenes de procesamiento sensorial:

- **Desorden de Modulación Sensorial:** Existe cuando las respuestas son inconsistentes con el estímulo sensorial, algunos individuos manifiestan un aumento respuesta sensorial, otros una disminución de la respuesta sensorial y otros, búsqueda sensorial.
- **Desórdenes Motores Basados en lo Sensorial:** Incluye problemas posturales o dificultad para estabilizar el cuerpo cuando está en movimiento o integración bilateral o somatodispraxias, que aparecen como pobre planificación motora o movimientos no coordinados.
- **Desórdenes de Discriminación Sensorial:** Ocurren cuando el individuo tiene dificultad para procesar estímulos sensoriales: visual, auditivo, táctil, gustativo, olfatorio, propioceptivo, vestibular.

Esta clasificación puede ser útil en la intervención clínica, y el abordaje de estrategias sensoriales.

Champagne y Frederick (2011) en sus investigaciones avalan la necesidad de incluir los trastornos de integración sensorial y procesamiento sensorial en adolescentes, adultos y personas mayores como parte de las evaluaciones e intervenciones de Terapia Ocupacional en salud mental.

Resulta evidente que el conocimiento de integración y procesamiento sensorial, y los síntomas y las enfermedades mentales, así como el impacto sobre el desempeño y la participación ocupacional, facilitará a los terapeutas ocupacionales ser capaces de asistir a las personas a identificar y abordar problemas de disfunción ocupacional como parte del proceso de tratamiento (Pellegrini, 2012).

Según Wilcock (1998), existen tres tipos de factores de riesgo de disfunción ocupacional, los cuales amenazan el bienestar ocupacional si estos ocurren por un tiempo sostenido. Estos son:

- **El desequilibrio ocupacional:** una falta de equilibrio entre trabajo, descanso, autocuidado y juego/ocio, que no logra satisfacer las necesidades de salud físicas, sociales o mentales únicas de cada individuo. Por ejemplo, el desequilibrio ocupacional puede resultar del conflicto entre los requerimientos de los roles de las personas que tienen responsabilidades profesionales y familiares.
- **La privación ocupacional:** incluye las circunstancias o limitaciones que impiden a una persona adquirir, usar o disfrutar ocupaciones. Las condiciones que conducen a ello pueden incluir, poca salud, discapacidad, falta de acceso al transporte, aislamiento, desempleo, falta de vivienda, pobreza, entre otras.
- **La alienación ocupacional:** es un sentido de extrañeza y falta de satisfacción en las ocupaciones propias. Puede ser causada por las tareas o el trabajo que se perciben como estresantes, no significativas o aburridas. Enfrentarse a un cambio rápido o abrupto puede tener un resultado similar.

El desequilibrio, la privación y la alienación ocupacional son factores de riesgo para problemas de salud, y en sí mismos. También pueden resultar en o conducir al desarrollo de otros factores de riesgo, que puedan dar como resultado situaciones de restricción de participación ocupacional (Pellegrini, 2007).

Si una persona tiene dificultades en el procesamiento sensorial, y esto le trae como consecuencia situaciones de privación, alienación y desequilibrio ocupacional es de gran importancia ofrecer una terapia centrada en la persona que considere sus deseos y necesidades de participación ocupacional, basados en la justicia ocupacional. Concepto que en este contexto es considerado como el derecho de participación plena en sus actividades significativas, roles ocupacionales y desarrollo de identidad.

En conclusión, las preferencias de procesamiento sensorial son diferentes para cada individuo, algunas afecciones pueden estar asociadas con preferencias particulares. La intervención incluye una evaluación tanto de la persona como del medio ambiente. Estas pueden ayudar a la persona / familia a comprender sus preferencias, aumentar la tolerancia a ambientes o sensaciones particulares, adaptar el entorno para que coincida mejor con las preferencias de la persona, entre otras. La introducción de valoraciones e intervenciones en relación con el procesamiento sensorial en adultos expande los abordajes terapéuticos disponibles basados en la evidencia en Terapia Ocupacional en salud mental, incrementa el desarrollo de estrategias de autoconocimiento y empoderamiento de las personas, y facilita el desarrollo de su identidad ocupacional que resulta en un incremento de una participación ocupacional significativa. ■

[Recibido: 2/12/2019 - Aprobado: 18/11/2020]

### Referencias bibliográficas

- American Occupational Therapy Association. (2020). Occupational Therapy Practice Framework: Domain and Process. 4<sup>th</sup>. ed. American Association of Occupational Therapy, inc. Bethesda. *The American Journal of Occupational Therapy*, 74, Suppl. 2, 1-87.
- Ayres, J. (1972). *Integración sensorial y trastornos del aprendizaje*. pp 11. Los Ángeles, Estados Unidos. Ed. Western Psychological Services.
- Boyt Schell, B., Scaffa, M., Gillen, G. & Cohn, E. (2015). Práctica contemporánea de la Terapia Ocupacional, en: Schell, B., Gille, G., Scaffa, M. y Cohn, E. (Ed), *Willard y Spackman, Terapia Ocupacional*, 12<sup>o</sup> ed. pp. 47-59. Madrid, España: Ed. Médica Panamericana.
- Brown, C. y Stoffel, V. (2015) *Occupational Therapy in Mental Health, a vision for participation*. pp. 280-297. Philadelphia, Estados Unidos: Ed. F.A. Davis.
- Brown, C., Tollefson, N., Dunn, W., Cromwell, R. y Fillion, D. (2001). The adult sensory profile: measuring patterns of sensory processing. *American Journal of Occupational Therapy*, 55, 75-82.
- Champagne, T. y Frederick, D. (2011). Sensory processing research advances in mental health: Implications for occupational therapy. *OT Practice*, 7-12.
- Dunn, W. (1997). The impact of sensory processing abilities on the daily lives of young children and their families: a conceptual model. *Infants and young children*, 9, (4), 23-35.
- Dunn, W., Myles, B. S., & Orr, S. (2002). Sensory processing issues associated with Asperger syndrome: A preliminary investigation. *American Journal of Occupational Therapy*, 56, 97-102.
- Leitman, D., Foxe, J., Butler, P., Saperstein, A., Revheim, N., y Javitt, D. (2005). Sensory Contributions to Impaired Prosodic Processing in Schizophrenia. *Biological Psychiatry*, 58 (1), 56-61.
- Miller, L. y Lane, S. (2000). Toward a consensus in terminology in sensory integration theory and practice: Part 1: Taxonomy of neurophysiological processes. *Sensory Integration Special Interest Section Quarterly*, 23,1-4
- Miller, L., Anzalone, M., Lane, L., Cermak, S. y Osten, E. (2007). Concept Evolution in Sensory Integration: A Proposed Nosology for Diagnosis. *American Journal of Occupational Therapy*, 61, 2, 135-139.
- Organización Mundial de la Salud. (2001). *Clasificación Internacional del Funcionamiento de la Discapacidad y de la Salud*. Recuperado de <http://www3.who.int/icf/icftemplate.cfm/>
- Pellegrini, M. (2007). Fundamentos del Paradigma de Ciencia de la Ocupación, en: *Terapeutas Ocupacionales, Servicio Andaluz de Salud*. pp. 402-413. Madrid, España: Ed. MAD.
- Pellegrini, M. (2012). El proceso de Terapia Ocupacional, en: Pellegrini, M.; Sánchez, O. y Polonio, B. *Terapia Ocupacional en Salud Mental, teoría y técnicas para la autonomía personal*. pp. 135-154. Madrid, España: Ed. Médica Panamericana.
- Scaffa, M. (2015). Regulación emocional, en: Schell, B., Gille, G., Scaffa, M. y Cohn, E. (Ed), *Willard y Spackman, Terapia Ocupacional*, 12<sup>o</sup> ed. pp. 869-883. Madrid, España: Ed. Medica Panamericana.
- Tsang, H.; Siu, A. y Lloyd, C. (2011). Evidence-Bases Practice in Mental Health, en: Brown, C & Stoffel (2011) *Occupational Therapy in Mental Health, a vision for participation*. pp. 57-70. Philadelphia, Estados Unidos: Ed. F.A. Davis.
- Wilcock, A. (1998). Reflexion on doing, being and becoming. *Canadian Journal of Occupational Therapy*, 67, 324-336.
- World Federation of Occupational Therapists (2010). *Position statement on diversity and culture*. Recuperado de <http://www.wfot.org/>

### Cómo citar este artículo:

Pellegrini M. (2020). Procesamiento sensorial en salud mental, desafíos actuales. *Revista Argentina de Terapia Ocupacional*, 6(3), 7-12.