

### DECLARACIÓN y AUTORIZACIÓN

Yo: **MARÍA BELÉN BORJA AYALA**, con CC. 171897454-4, autora del trabajo de graduación intitulado: **"HIPOTERAPIA Y FORTALECIMIENTO DEL VÍNCULO CON LA MADRE O CUIDADOR EN NIÑOS DIAGNOSTICADOS DENTRO DEL TRASTORNO DEL ESPECTRO AUTISTA"**. Estudio realizado desde la Teoría Cognitiva Conductual con cinco niños de cinco a ocho años de edad en la ciudad de Quito en el periodo febrero-junio de 2018, previa a la obtención del título profesional de **PSICÓLOGA CLÍNICA**, en la Facultad de **Psicología**.

- 1.- Declaro tener pleno conocimiento de la obligación que tiene la Pontificia Universidad Católica del Ecuador, de conformidad con el artículo 144 de la Ley Orgánica de Educación Superior, de entregar a la SENESCYT en formato digital una copia del referido trabajo de graduación para que sea integrado al Sistema Nacional de Información de la Educación Superior del Ecuador para su difusión pública respetando los derechos de autor.
- 2.- Autorizo a la Pontificia Universidad Católica del Ecuador a difundir a través de sitio web de la Biblioteca de la PUCE, el referido trabajo de graduación, respetando las políticas de propiedad intelectual de Universidad.

Quito, febrero 2019



**MARÍA BELÉN BORJA AYALA**  
CC. 171897454-4



**PONTIFICIA UNIVERSIDAD CATÓLICA DEL ECUADOR  
FACULTAD DE PSICOLOGÍA**

**DISERTACIÓN PREVIA A LA OBTENCIÓN DEL TÍTULO DE  
PSICÓLOGA CLÍNICA**

**HIPOTERAPIA Y FORTALECIMIENTO DEL VÍNCULO CON LA  
MADRE O CUIDADOR EN NIÑOS DIAGNOSTICADOS DENTRO  
DEL TRASTORNO DEL ESPECTRO AUTISTA**

**Estudio realizado desde la Teoría Cognitiva Conductual con cinco niños  
de cinco a ocho años de edad en la ciudad de Quito en el periodo febrero-  
junio de 2018**

**MARÍA BELÉN BORJA AYALA**

**DIRECTORA: Dra. ELENA DÍAZ**

**QUITO, 2019**

## **Agradecimientos**

Quisiera agradecer a mi familia por el apoyo incondicional y la confianza que me han dado siempre. A Nicolás, quien me ha apoyado en todo momento, en especial a lo largo de este proceso. Un agradecimiento especial a mi directora Elenita, por su guía. Finalmente, me gustaría darle las gracias a la Fundación “Am-En”, al Centro de Rehabilitación “Ángeles en Cuatro Patas” y al Grupo de Equinoterapia del Cuerpo de Agentes de Control Metropolitano, por haber formado parte de esta emocionante investigación.

## Tabla de Contenidos

RESUMEN .....	VI
INTRODUCCIÓN.....	1
CAPÍTULO I	
TEORÍA DEL APEGO Y RELACIONES VINCULARES .....	4
1.1 Teoría del Apego .....	5
1.2 Relaciones Vinculares y Tipos de Apego .....	12
1.3 Vínculo y Desarrollo Integral Infantil .....	17
CAPÍTULO II	
TRASTORNO DEL ESPECTRO AUTISTA .....	21
2.1 Caracterización del Espectro Autista .....	21
2.2 Situación del Trastorno del Espectro Autista en el Contexto Ecuatoriano .....	29
2.3 Diagnóstico e Intervención en el Trastorno del Espectro Autista.....	34
2.4 Establecimiento del Vínculo con la Madre en Niños con Trastorno del Espectro Autista .....	38
CAPÍTULO III	
HIPOTERAPIA .....	43
3.1 Terapia Asistida por Animales .....	43
3.2 Hipoterapia .....	48
3.3 Autismo e Hipoterapia .....	50
3.4 La Hipoterapia en el Contexto Ecuatoriano .....	54
CAPÍTULO IV	
TRABAJO PRÁCTICO .....	56
4.1 Método .....	56
4.2 Participantes .....	56
4.3 Medición.....	56
4.4 Procedimiento.....	57
4.5 Resultados .....	58
4.6 Análisis General de Resultados.....	61
4.7 Análisis Individual de Resultados .....	64
CONCLUSIONES.....	75
RECOMENDACIONES .....	77
BIBLIOGRAFÍA .....	78
ANEXOS	

## Índice de Tablas

TABLA 1: Distribución de los participantes.....	58
TABLA 2: Reporte de los padres frente a la conducta de apego de los niños (N=5) previo a las sesiones de hipoterapia.....	59
TABLA 3: Reporte de los padres sobre el estado de ánimo de los niños previo a las sesiones de hipoterapia (Pregunta 9).....	60
TABLA 4: Reporte de los padres frente a la conducta de apego de los niños (N=5) posterior a las sesiones de hipoterapia.....	60
TABLA 5: Reporte de los padres sobre el estado de ánimo de los niños posterior a las sesiones de hipoterapia (Pregunta 9).....	61
TABLA 6: Caso RC. Reporte de los padres.....	65
TABLA 7: Caso JT. Reporte de los padres.....	67
TABLA 8: Caso MR. Reporte de los padres.....	69
TABLA 9: Caso LD. Reporte de los padres.....	71
TABLA 10: Caso ME. Reporte de los padres.....	73

## Índice de Figuras

FIGURA 1: Encuesta a los Padres (Puntuación Promedio).....	63
FIGURA 2: Estado de Ánimo Predominante y Actual.....	64
FIGURA 3: Caso RC. Encuesta a los Padres.....	65
FIGURA 4: Caso JT. Encuesta a los Padres.....	67
FIGURA 5: Caso MR. Encuesta a los Padres.....	69
FIGURA 6: Caso LD. Encuesta a los Padres.....	71
FIGURA 7: Caso ME. Encuesta a los Padres.....	73

## RESUMEN

El Trastorno del Espectro Autista (TEA) es un Trastorno del Neurodesarrollo que se caracteriza entre otras cosas, por la presencia de déficits en el área social; los cuales interfieren sobre la capacidad para relacionarse con el mundo. Al tener lugar durante el periodo temprano del desarrollo, es posible detectar ciertas manifestaciones a lo largo del primer año de vida, que por lo general consisten en una búsqueda menos frecuente de contacto físico y ausencia de interacción con la figura de apego principal, características que son fundamentales para un desarrollo típico infantil. Sin embargo, a diferencia de lo que se pensaba algunos años atrás, varios estudios han demostrado que los niños que han sido diagnosticados con este trastorno, son evidentemente capaces de desarrollar una conducta de apego hacia su madre o cuidador; no obstante, cabe mencionar que ésta es diferente a la de los pequeños con un desarrollo normal. Actualmente, existen varias aproximaciones terapéuticas como la Terapia Asistida por Animales, específicamente la Hipoterapia, para niños con autismo, que tienen como objetivo la modificación de las relaciones sociales y otras habilidades cognitivas y motoras importantes para el desarrollo.

En este sentido, la particularidad del vínculo figura cuidadora- hijo que se observa en el TEA, ha sido revisada en este estudio a la luz de la Teoría del Apego de Bowlby, y en relación a la manera en que puede fortalecerse a partir del contacto con los caballos. Con este propósito, se realizaron entrevistas y encuestas a los padres de familia de cinco niños diagnosticados previamente con TEA entre 5 a 8 años edad, en las cuales se evaluó la conducta de apego del niño para con su madre o figura cuidadora principal, antes y después de la asistencia a ocho sesiones de hipoterapia. Los hallazgos sugieren una mejoría en la conducta de apego en los cinco casos participantes.

## INTRODUCCIÓN

De acuerdo con el Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (DSM-V) (APA, 2013) la prevalencia promedio internacional del Trastorno del Espectro Autista es de 1 por cada 100 personas, sin embargo, estudios actuales realizados en Estados Unidos han encontrado que 1 de cada 59 niños es diagnosticado con alguna forma de autismo (Baio et al., 2018). Si bien el TEA aparece como una de las patologías más estudiadas alrededor del mundo, existen países que todavía no cuentan con investigaciones e información suficiente al respecto, uno de ellos es Ecuador. El Ministerio de Salud Pública del Ecuador (2017) reporta que en el año 2015, las cifras respecto al TEA revelaron que en la población menor a 5 años la prevalencia fue del 0.28% con un cambio de porcentaje anual del 0.0069%, mientras que en la población de 5 a 14 años de edad la prevalencia fue del 1.7% con un cambio de porcentaje anual del 0.016%; cifras que han aumentado desde entonces (MSP, 2017).

En nuestro país, el Trastorno del Espectro Autista cuenta con escasos programas educativos integrales y sociales dedicados a mejorar la calidad de vida del paciente y su inclusión igualitaria en la sociedad, sobretodo para la población infantil. De igual forma, las terapias de apoyo psicológico disponibles son limitadas y poco conocidas dentro de la población, lo que responde a la falta de información acerca de las mismas, pues el mayor acercamiento al TEA y el más importante en Ecuador, ha sido siempre por medio de una perspectiva médico-pediátrica. En este sentido, de acuerdo con el Objetivo 2.9 del Plan Nacional del Buen Vivir, que plantea la implementación de mecanismos que fomenten la corresponsabilidad de la familia y la sociedad en el desarrollo integral infantil para promover la inclusión, equidad e interculturalidad, se planteó la necesidad de realizar una investigación enfocada en los posibles beneficios de la Hipoterapia como un tratamiento complementario frente al Trastorno del Espectro Autista, con el fin de facilitar la inclusión familiar y social de la población infantil diagnosticada. La motivación para llevar a cabo el presente estudio reside en la afinidad personal hacia los animales y el deseo de dar a conocer los beneficios que conlleva su inclusión en distintas actividades compartidas con seres humanos.

La investigación se enfocó sobre los beneficios de la hipoterapia como tratamiento alternativo en el fortalecimiento del vínculo con la madre o figura cuidadora, en niños y niñas diagnosticados dentro del Trastorno del Espectro Autista. Con este propósito y al ser

esta una disertación de tipo teórico aplicada, se evaluó el progreso de los niños en distintas áreas, previo y posterior a las ocho sesiones de hipoterapia propuestas inicialmente. De esta manera, la pregunta que guió esta disertación se planteó de la siguiente forma: ¿De qué manera la hipoterapia contribuye a fortalecer el vínculo entre el niño con TEA y su madre o cuidador?.

Se trata de un estudio descriptivo circunscrito a los efectos de la terapia con caballos sobre el vínculo entre el niño y su cuidador principal; por lo tanto, no se incluyó en la evaluación a quienes no asistieron de manera relativamente continua a un mínimo de ocho sesiones, ni tampoco se consideraron para este fin, a niños con un diagnóstico adicional o diferente al Trastorno del Espectro Autista. Este trabajo tuvo como principal objetivo, el describir los beneficios de la hipoterapia sobre el fortalecimiento del vínculo con la figura de apego, en niños diagnosticados con TEA. Los objetivos específicos fueron los siguientes:

- Describir el desarrollo del vínculo del niño con su figura cuidadora a nivel simbólico en niños y niñas de 5 a 8 años de edad desde la Teoría del Apego.
- Conceptualizar el Trastorno del Espectro Autista y los elementos para su diagnóstico y tratamiento.
- Definir el concepto y los alcances de la hipoterapia como una terapia complementaria para el tratamiento del Trastorno del Espectro Autista.
- Entrevistar a los padres de los cinco niños, para determinar los avances obtenidos a través de la hipoterapia.

La hipótesis que se propuso para esta disertación fue que la hipoterapia contribuye a fortalecer el vínculo de niños diagnosticados con Trastorno del Espectro Autista, con su madre o cuidador. Así, para las técnicas de investigación se recurrió a la observación de las sesiones, a la aplicación de encuestas y entrevistas a los padres, previas y posteriores al inicio del tratamiento y al análisis cualitativo y cuantitativo de los resultados obtenidos. El contenido del presente trabajo fue distribuido de la siguiente manera: En el Capítulo I se trabajó sobre el concepto de vínculo afectivo desde la Teoría del Apego de Bowlby (1969,1998) y posteriormente se abordó el tema de la conducta de apego desde una perspectiva simbólica, destacando las semejanzas y diferencias del tipo de vínculo que se desarrolla entre el niño y su madre o cuidador, en condiciones normales. Se conceptualizó también, la importancia del vínculo del niño con sus figuras de apego, frente al desarrollo integral psicológico, neurológico y motor en la infancia.

En el Capítulo II se elaboró una descripción detallada de la caracterización, diagnóstico e intervención del Trastorno del Espectro Autista, donde se incluyeron factores, tanto orgánicos como de tipo psicológico. Se trató sobre la problemática del vínculo del niño con TEA, con la madre o figura de apego principal, desde la perspectiva de distintos autores. Adicionalmente, se evaluó la situación del TEA en el contexto ecuatoriano. En el Capítulo III, en primer lugar, se conceptualizó la Terapia Asistida por Animales y sus distintas ramas, y se trabajó sobre el concepto de hipoterapia. Se profundizó en el TEA como una patología susceptible al tratamiento con caballos, como parte de un programa integral de rehabilitación, con el objetivo de alcanzar resultados funcionales óptimos. Posteriormente, se describieron los procesos y actividades llevados a cabo durante las sesiones y los más adecuados para esta patología, planteando a la hipoterapia como un recurso para el fortalecimiento del vínculo madre-hijo durante la primera infancia. Por último, en el Capítulo IV se analizó la información obtenida a partir de las entrevistas y encuestas aplicadas a los padres, en base a lo cual se elaboraron conclusiones y recomendaciones que constan en la parte final de la investigación.

# CAPÍTULO I

## TEORÍA DEL APEGO Y RELACIONES VINCULARES

Al adentrarse en el análisis de las posibles relaciones vinculares en la pareja madre-hijo o niño-cuidador, conviene revisar en primera instancia la Teoría del Apego propuesta por John Bowlby (1969), la cual surge en razón de comprender el proceso evolutivo de la personalidad a partir de la observación de la conducta del niño con su madre, tanto en presencia como en ausencia de ella. Se pretende por lo tanto, partir de un hecho concreto, la separación de la figura materna en la primera infancia, con el fin posterior de identificar determinados procesos psíquicos y psicopatológicos que pueden presentarse como resultado de la misma (Bowlby, 1969/1998).

La hipótesis que se maneja en la Teoría del Apego, respecto a los efectos de la pérdida de la figura materna en el niño, afirma que el vínculo que une a la pareja madre-hijo vendría a ser producto de una serie de conductas de tipo instintivo que tienen como consecuencia la aproximación. Dichas conductas se construyen a partir de un sistema de corrección de objetivos, mediante el cual se evalúan las consecuencias de una conducta determinada sobre la respuesta de la madre y el intercambio afectivo. La conducta instintiva es producto de la interacción de factores genéticos heredados y factores del entorno adquiridos; por lo que se manifiesta como ambientalmente estable, es decir que a lo largo de su evolución no ha experimentado mayores cambios a nivel de ambiente, lo que permite predecir la conducta de otros miembros de la especie ante determinadas circunstancias (Bowlby, 1969/1998).

Es importante señalar que la comprensión de la supervivencia del individuo o la especie, como objetivo principal de la conducta instintiva por medio de conductas predecibles o incluso psicopatológicas, es probable solo si éstas se desarrollan dentro de un contexto que se ajuste a ciertos límites prescritos; es decir dentro del ambiente de adaptabilidad evolutiva. Así, el desarrollo del individuo dentro del mismo, le permite conocer de manera general su lugar y su rol dentro un grupo social organizado. En este sentido, se podría hablar de la presencia de psicopatología en la conducta como consecuencia del desarrollo de modelos conductuales inadecuados o inexactos que no responden a dicho ambiente de adaptación.

Por otro lado, la presencia de ciertas estructuras internas ya preestablecidas implica que existe la posibilidad de que éstas, actúen también como un factor patológico influyente en la manera de reaccionar ante determinadas situaciones; como se ha observado en la conducta

de apego en el caso de niños diagnosticados con Trastorno del Espectro Autista, (Larbán, 2013) frente a la madre o cuidador principal. Así, puede citarse a manera de ejemplo, la deficiencia en la reciprocidad social que se evidencia en el TEA, la cual genera una conducta equivocada, es decir no adaptativa. Desde esta perspectiva, la conducta de apego se presenta entonces como adaptativa y tiene como finalidad, por lo menos durante la primera infancia, la minimización de riesgos y la supervivencia del individuo por medio de la proximidad con un progenitor. La conducta de apego sin embargo, no tiene como única función el proteger al individuo de los peligros del ambiente, sino también actúa como un determinante en la socialización posterior del niño, (Bowlby, 1969/1998).

## **1.1 Teoría del Apego**

La conducta de apego en su mayor parte, se instaura durante los primeros años de la infancia. Esto quiere decir que todo bebé ha logrado desarrollar un fuerte lazo con una figura materna durante los doce primeros meses de vida, por lo que se ha denominado al primer año como la fase sensible del apego. Por lo general, esta conducta se manifiesta con fuerza y de manera regular hasta casi el final del tercer año; sin embargo, el desarrollo de la misma puede ser relativo y varía en cada individuo. Apenas para el segundo año de vida, en el que el niño ya cuenta con mayor movilidad, se empiezan a evidenciar ciertas conductas típicas que dan cuenta de los vínculos afectivos establecidos por el niño hasta el momento (Bowlby, 1969/1998). Si bien en un inicio, la conducta de apego se dirige hacia una figura materna casi de manera exclusiva, no es el único vínculo afectivo importante que se establece a lo largo de la vida, pues “toda pauta de conducta juvenil que dé lugar a la proximidad puede considerarse como parte de la conducta de apego” (Bowlby, 1969/1998, p. 253). Así, a lo largo de la infancia, la adolescencia y la madurez, las figuras de apego se modifican y la conducta de apego se dirige hacia otras personas.

Como ya se mencionó con anterioridad, en primera instancia, la conducta de apego está dirigida exclusivamente hacia la madre, a menos que ocurra algo que provoque que ésta se oriente hacia alguien más. En un inicio, la conducta de apego en el bebé es realmente ineficaz, por lo que es la figura cuidadora quien debe estimularla; esta etapa en particular se caracteriza por la presencia de un periodo de contemplación y escucha atenta que gira en torno a la madre o cuidador (Bowlby, 1969/1998). Por su parte, el recién nacido cuenta con un repertorio de sistemas primitivos como el llanto, la succión, la conducta de aprehensión y de orientación, la sonrisa, el balbuceo, entre otros, que sientan las bases para el posterior

desarrollo de la conducta de apego. Desde el nacimiento hasta los dos o tres primeros meses de vida aproximadamente, ya se evidencia en el bebé la capacidad de distinguir a las personas que le rodean a través de estímulos olfativos y auditivos. Para Sameroff y Cavanagh (1979), el modo en que el niño reacciona ante determinados estímulos, incluso durante esta primera etapa de desarrollo del apego, da cuenta de una sensibilidad selectiva innata, así como de sus preferencias en cuanto a sonidos, olores y sabores; así intensifica unos estímulos y reduce otros a la nada (Bowlby, 1969/1998).

Los órganos principales de contacto del bebé con el mundo y por lo tanto con la madre, son la boca, la cabeza, las manos y los pies. Inicialmente, el movimiento en el niño, que por cierto es bastante limitado, es inducido por estímulos táctiles, por lo que su forma y dirección son reguladas por la ubicación de los mismos. Durante los primeros días de vida, ya se evidencia una tendencia a orientarse hacia el pecho de la madre o hacia el biberón, esta conducta anticipatoria en el niño le permite establecer un contacto con la madre, aunque su rostro no esté a la vista. Por lo general, cualquier acción ejecutada durante esta etapa tiene como resultado previsible la ingestión de alimentos. Así, el movimiento limitado de la cabeza le permite al bebé aproximarse al pecho de la madre, al percibir el estímulo táctil el infante abre la boca y toma el pezón, lo que estimula el paladar duro generando movimientos de succión; finalmente, al evidenciar la entrada de leche o alimento se produce la deglución.

El recién nacido cuenta con una habilidad innata para aferrarse a la madre o su sustituto, y mantener suspendido su propio cuerpo. En 1918, Ernst Moro describió por primera vez el abrazo reflejo o reflejo de Moro, que se produce al sacudir al bebé de manera abrupta, inclinarlo, levantarlo o dejarlo caer. Al respecto, Prechtl señala que la función de este reflejo, es la de abrazar a la madre con el fin de sostenerse, cuando el bebé no está aferrado a algo con las manos. Del mismo modo, la madre, al mecer al niño en sus brazos y colocarlo en una posición donde principalmente sus vientres están en contacto, provoca en el pequeño reacciones reflejas que le permiten no solo orientarse a ella, sino también aferrarse, conducta que posteriormente será controlada por estímulos visuales. Se considera que esta conducta, al ser recíproca, marca los inicios de la interacción entre el niño y su figura de apego principal (Bowlby, 1969/1998).

Durante las primeras semanas de vida la capacidad visual del bebé es bastante limitada, incluso, algunos autores sugieren que a esa edad, únicamente se pueden enfocar con claridad los objetos situados a máximo veinte centímetros de los ojos. Sin embargo, si fija la vista en un objeto y éste se mueve, el pequeño tiende a seguirlo con la mirada y la cabeza; para la

segunda o tercera semana, esta conducta se produce con mayor frecuencia y eficacia (Bowlby, 1969/1998). El pecho de la madre, sus manos y sus dedos son el primer contacto del niño con el mundo, a través de los cuales recibe estímulos que le permiten desarrollar una orientación táctil (Spitz, 1972). Cumplido el primer mes, comienza a evidenciarse en el bebé una tendencia a mirar caras humanas por sobre otros objetos. A partir del segundo y tercer mes, una vez integrada la capacidad visual, aunque no en su totalidad, se observa un intento por alcanzar ciertos objetos en movimiento, todavía sin la intención de agarrarlos. La conducta visual tiende a aumentar la interacción con la figura materna (Bowlby, 1969/1998).

Al igual que muchas de las acciones ejecutadas por el niño, la sonrisa tiene como función el intensificar la interacción con la madre o figura cuidadora y mantener la proximidad entre ambos. Así, la sonrisa del bebé actúa como un factor desencadenante de conductas sociales afines; es decir, tiene como objetivo que la madre u otra figura de apego reaccionen de forma satisfactoria y de esta manera prolongar la interacción social, aumentando la posibilidad de que esa persona manifieste una conducta materna en un futuro. Si bien tiene una finalidad específica, Bowlby plantea que por lo menos en sus inicios, la pauta motriz de la sonrisa es también instintiva, por lo tanto, se produce sin la necesidad de un estímulo presente (Bowlby, 1969/1998).

A lo largo del primer año, el acto de sonreír se desarrolla a partir de cuatro etapas: a) Fase de sonrisas espontáneas y reflejas, b) Fase de sonrisas sociales no selectivas, c) Fase de sonrisas sociales selectivas y d) Fase de reacciones sociales diferenciadas. La fase de sonrisas espontáneas y reflejas inicia con el nacimiento y dura hasta la quinta semana de vida aproximadamente. En la semana número tres, la reacción refleja de sonreír se encuentra tan incompleta que todavía no produce ninguna respuesta en la figura de apego; para las últimas semanas, continúa siendo muy fugaz pero ya cuenta con una mayor complejidad y comienza a tener efectos sociales. La segunda fase, sonrisas sociales no selectivas, se manifiesta a finales del primer mes de vida (cinco semanas aproximadamente). En ella, se observa la sonrisa ahora como un acto completo y sostenido que ya cuenta con una respuesta funcional por parte del otro, es decir una reacción empática. Para este entonces, los estímulos que provocaban una sonrisa en el bebé se han reducido, ahora resultan mucho más efectivos aquellos que derivan de la cara y la voz humana, en especial, si provienen de la madre. Casi todos los niños de esta edad son capaces de sonreír ante una estimulación visual, y por lo general, esta se acompaña de balbuceos y movimientos de brazos y piernas (Bowlby, 1969/1998).

Las sonrisas de tipo social se producen regularmente durante el segundo y tercer mes de vida, tienden a aparecer aún con lentitud y baja intensidad y son de corta duración (Bowlby, 1969/1998). Durante este periodo, la percepción del rostro humano por el niño y la respuesta ante el mismo con una sonrisa, no se limita a la madre, sino que está igualmente destinada a todos quienes le rodean (Spitz, 1972). Finalmente, a partir del tercer mes en adelante, se percibe en el niño un trato diferenciado con quienes le rodean y una clara preferencia por la figura materna. El pequeño sonrío abiertamente a una figura que le resulte familiar, especialmente durante el juego o al saludar, sin embargo, su conducta hacia los extraños es muy diferente; por lo general, tiende a evadirlos o a mostrar una sonrisa socialmente forzada. Esta etapa se denomina como fase de reacciones sociales diferenciadas (Bowlby, 1969/1998).

Del mismo modo, el balbuceo cumple con una función social similar a la de la sonrisa; tiene como meta previsible establecer una interacción con la persona que lo esté cuidando y aumentar las posibilidades de concretar una conducta de apego con la misma. La vocalización del niño que inicia con el balbuceo, sirve en primera instancia como descarga de impulsos, para después convertirse en un juego de repetición de sonidos, al principio propios y después de la madre (Spitz, 1972). En la primera imitación auditiva, el pequeño se sirve de su propio eco. Hacia la cuarta semana, el balbuceo comienza a evidenciarse a modo de pequeños sonidos o gorgoritos como respuesta a una voz que resulte agradable, sin embargo, no es completamente eficaz sino hasta la quinta o sexta semana (Bowlby, 1969/1998). Al respecto, Spitz y otros autores afirman que el bebé empieza a vocalizar más rápido durante la interacción con la madre o una figura de apego, puesto que su voz proporciona al niño los estímulos auditivos necesarios para la posterior formación del lenguaje (Spitz, 1972). Al cuarto mes, la conducta de llamada, que puede resumirse en el balbuceo y la emisión de sonidos, al igual que en el gesto de levantar los brazos al ver a la madre, se hace evidente; esta tiene como objetivo llamar su atención y asegurar su proximidad con ella (Bowlby, 1969/1998).

Finalmente, el llanto, al contrario de la sonrisa o el balbuceo no tiene una función social, pues los estímulos sociales inducen a la terminación de la conducta o reducen las posibilidades de que ésta vuelva a producirse. Ante la presencia del llanto, la madre adopta ciertas medidas para responder a él y detenerlo, así, aprende a distinguirlo y a reconocer su causa. Bowlby describe dos tipos de llanto; uno provocado por el hambre, que inicia gradualmente y se hace rítmico y otro generado por el dolor, que empieza de forma repentina

y es arrítmico. El llanto más común en los niños es de tipo rítmico, aunque no necesariamente es producido por el hambre; puede deberse también a otros factores como la sensación de frío, ruidos súbitos o repentinos, cambios de iluminación o de posición, entre otros. Por otro lado, el llanto que no se debe a ninguna de estas causas, puede ser controlado por orden de efectividad, a través de estímulos sociales y de origen humano como el acto de ser acunado, la succión no alimenticia, la voz, o el contacto (Bowlby,1969/1998). A medida que el bebé crece, los estímulos que contribuyen a la interrupción de esta conducta van disminuyendo y se vuelven más específicos. Durante la primera semana, el sonido de determinados objetos puede ser suficiente, en la segunda, basta con el sonido de una voz humana, para la tercera semana se prefiere una voz femenina sobre una masculina y para la quinta semana, la voz de la madre se vuelve estrictamente necesaria (Bowlby,1969/1998).

Posteriormente, el pequeño va tomando conciencia paulatinamente de la figura materna. Si se encuentra en un ambiente familiar, el bebé de alrededor de tres meses de edad ya cuenta con una completa capacidad para distinguir y reaccionar de manera diferenciada ante su madre y ante otras personas u objetos. Es en este momento, donde se comienza a evidenciar una discriminación perceptual en el niño, pues la habilidad para seguir a la madre con la vista y el oído ya está desarrollada casi por completo; a este proceso se le denomina como conducta de orientación o fase de señales con una discriminación de figuras. Esta discriminación perceptual le permite al niño estar alerta a los movimientos de la madre y a los cambios en el ambiente. A partir de entonces, empieza a concebir a la figura materna como un objeto independiente y toma conciencia de la ausencia o marcha de la madre, lo que le permite anticiparse a la misma. Esto hace posible que el niño comprenda, aunque sea de forma parcial, qué es lo que determina que su madre se acerque o se aleje de él (Bowlby,1969/1998).

La conducta de orientación se desarrolla a partir de cuatro etapas: 1) Tendencia intrínseca a mirar determinadas figuras en lugar de otras, al igual que objetos en movimiento; 2) Aprendizaje por contacto, que le permite diferenciar lo familiar de lo extraño; 3) Tendencia a aproximarse a lo familiar y a retirarse de lo extraño; 4) Retroalimentación de resultados, que permite intensificar o disminuir una conducta. A los cinco meses, los movimientos en el niño ya son controlados visualmente por medio de un sistema de retroalimentación doble que incluyen la vista y el tacto. A partir de los seis meses, hasta los ocho o nueve meses, la movilidad en el bebé es más notoria, pero no lo suficiente como para dirigir la conducta de apego por su cuenta. La conducta de seguimiento ante la marcha de la madre se hace un poco

más evidente, al igual que el saludo a su regreso y la elección de ella como base para explorar (Bowlby, 1969/1998). El desarrollo físico y psicológico alcanzado hasta este momento, abre paso a la iniciación del pensamiento y presupone el establecimiento de los primeros indicios de memoria consciente en el niño (Spitz, 1972).

Al cumplir el primer año e incluso un poco antes, el niño empieza a protestar ante la ausencia de la madre; esta reacción va desde un ligero gemido hasta un fuerte llanto e incluso un intento por seguirla. La conducta del niño al regreso de la madre dependerá del tiempo que ésta se haya ausentado, del estado de ánimo del bebé y del tipo de relación que tenga con su madre. Durante esta etapa, los bebés presentan una reacción de temor ante personas que les resultan extrañas. Una vez que el infante se siente seguro con una figura de apego en particular, se aferra a ésta y suele preferirla por sobre todas las demás, incluso a pesar de la separación. Posteriormente, ya para el año y medio, la mayoría de los niños ya han escogido una figura de apego subsidiaria, que por lo general suele ser el padre, seguido por un hermano o un niño de mayor edad (Bowlby, 1969/1998).

A lo largo del segundo y tercer año, la conducta de apego es mucho más evidente que antes. A los tres años, la capacidad de juicio del niño para determinar cuándo es indispensable mantenerse cerca de su madre, aumenta, lo que le hace a la vez más tolerante a la ausencia temporal de la misma. A partir de este momento y en adelante, la proximidad y la conducta de apego dependen tanto del niño como de la madre. Esta fase, podría decirse, marca el inicio de la etapa final del desarrollo de la conducta de apego, durante la cual la madre otorga al hijo casi de manera absoluta, la responsabilidad de la proximidad entre ambos (Bowlby, 1969/1998). Una vez transcurrido el tercer año, la búsqueda de la proximidad de la madre en la mayoría de niños, se vuelve cada vez menos frecuente e intensa, lo que sugiere que se ha llegado a un cierto umbral de madurez. Así, la mayor parte de los infantes, cuenta ya con un mayor grado de confianza hacia figuras de apego subsidiarias, es decir, personas con las que esté familiarizado y preferiblemente haya conocido en presencia de la madre (Bowlby, 1969/1998).

Si bien la conducta de apego en la mayoría de los niños de esta edad, ya debería presentarse con menos fuerza, la intensidad con la que ésta se manifiesta puede variar según las circunstancias. Así, los factores que inciden a corto plazo en la misma, se pueden resumir en orgánicos y ambientales. En cuanto a los primeros, varias investigaciones señalan el hambre, la fatiga, la enfermedad, la tristeza y el dolor, como inductores del llanto y las conductas de seguimiento; mientras que en lo que se refiere a los factores ambientales, la intensidad de la

conducta, depende más bien del estado de alarma del niño (Bowlby, 1969/1998). En este sentido, la fuerza con la que se activan ciertas conductas que refuerzan el apego puede variar, cuando los sistemas de conducta se presentan como intensamente activos, requieren de una respuesta de la misma intensidad por parte de la madre; de igual manera, si la conducta del niño no demuestra ser tan intensa, la madre puede recurrir a medidas de respuesta de menor intensidad. En otras palabras, podría decirse que el niño dicta la conducta de su madre en base a la insistencia y urgencia de sus demandas (Bowlby, 1969/1998).

Del mismo modo, Bowlby menciona otras condiciones ambientales que pueden provocar una conducta de alarma en el niño, como por ejemplo, ausencia prolongada de la madre o rechazos por parte de los otros. Es importante recalcar, que la ausencia o distanciamiento de la madre o figura cuidadora, representan unas de las situaciones más alarmantes para el niño, ya que promueven una necesidad más intensa de apego. Siempre que la madre no parezca dispuesta a mantener la proximidad con su hijo, éste adopta un estado de alerta y se asegura de mantenerla cerca por sus propios medios. Si bien la conducta de apego disminuye en su intensidad y frecuencia en cuanto a la búsqueda de proximidad con la madre, a medida que el niño crece existen también otros factores que influyen en la interrupción de la misma, muchos de los cuales son puramente simbólicos. Dicho de otro modo, se da un remplazo de aquellas conductas empleadas durante los primeros años por otras que permitan mantener el contacto con la figura de apego de una manera más eficiente y adaptada acorde a la edad (Bowlby, 1969/1998).

La conducta de apego consiste en un sistema de corrección de objetivos, donde el movimiento hacia un objeto o meta se vuelve cada vez más probable, cuanto mayor es la distancia que existe frente al mismo. Así, se puede citar a manera de ejemplo, la conducta exploratoria como una serie de sistemas desarrollados con el objetivo de obtener información del ambiente. La conducta exploratoria adopta tres funciones principales que se resumen en: orientación de la cabeza-cuerpo, acercamiento del cuerpo al objeto o estímulo e investigación del objeto. Una vez que el niño cuenta con movilidad suficiente, busca explorar nuevos objetos alejándose paulatinamente de su madre, pero siempre manteniéndose a una distancia con la que se sienta cómodo (Bowlby, 1969/1998).

Por lo tanto, si la madre se aleja demasiado, el niño se alarma y la conducta exploratoria se inhibe, provocando que este regrese con ella y abandone la actividad; por el contrario, si la madre está presente durante la exploración, la conducta se refuerza, a la vez que se fortalece la conducta de apego. Del mismo modo, con el fin de mantener la proximidad con

el bebé, la madre emplea una conducta de recuperación que se activa ante la angustia del niño o la presencia de peligro. La conducta de apego cuenta con modelos internos que les permiten tanto a la madre como al hijo, evaluar las consecuencias de determinada acción y de esa manera regular o reforzar ciertas conductas en lugar de otras, según se requiera. Cabe recalcar que el desarrollo de los sistemas con corrección de objetivos en los niños, no se da sino hasta después del primer año; pues durante los doce primeros meses, quien dirige la conducta de apego es la madre o cuidador (Bowlby, 1969/1998).

## **1.2 Relaciones Vinculares y Tipos de Apego**

En 1978, Mary Ainsworth y su grupo de colaboradores llevaron a cabo una investigación, con el fin de examinar el equilibrio y la relación existente entre la conducta de apego y la conducta exploratoria del niño ante la exposición a situaciones de estrés moderado. El procedimiento, denominado “Situación Extraña”, fue realizado en Baltimore, con niños entre doce y veinte meses de edad; consta de una prueba de veinte minutos de duración, en donde se evalúa la reacción del niño frente a ocho escenarios distintos, que describen la siguiente dinámica. El estudio inicia con la entrada de la madre y el pequeño a una sala de juegos creada en un laboratorio, a la que posteriormente se les une una mujer desconocida. Mientras el niño juega con la extraña, la madre sale de la habitación, dejando a su hijo a solas con la mujer (primera separación). Luego de un periodo relativamente corto, la madre regresa a la habitación y la mujer sale (primer reencuentro). Una segunda separación, ocurre una vez que la madre vuelve a salir de la habitación y deja al niño completamente solo. Acto seguido, la desconocida regresa e interactúa con el pequeño según sea necesario. Finalmente, la madre ingresa nuevamente a la habitación y la mujer se va definitivamente (segundo reencuentro) (e.g., Cassidy & Shaver, 2016).

Esta investigación le permitió a Ainsworth percatarse del hecho de que la conducta exploratoria y de juego en los niños ante la presencia de la madre, es mucho más activa que frente a la ausencia de la misma o ante la presencia de un extraño (Bretherton, 1992). A partir de la información obtenida en la “Situación Extraña”, Ainsworth desarrolló uno de los aportes más significativos al estudio de la Teoría del Apego. Se trata de una escala de clasificación de los principales tipos de apego que constituyen las pautas de interacción madre-hijo en base a los siguientes criterios de evaluación: a) sensibilidad de la madre, definida como la respuesta rápida y adecuada a las demandas del niño; b) tolerancia o aceptación del niño y sus demandas; c) cooperación; d) disponibilidad física y psicológica

de la madre y e) respuesta del niño ante estas conductas (e.g., Cassidy & Shaver, 2016). Así, los tipos de apego se resumen en:

Pauta A. Apego Inseguro Evitativo: El niño explora con facilidad, la referencia a la madre como base segura para la exploración es menos evidente. Tras la separación, el niño responde de forma mínima, se observan en él escasos rastros de angustia cuando se queda solo. Ante el reencuentro con la madre, el niño aparta la mirada y evita activamente el contacto ella, con frecuencia, puede también concentrarse en algún juguete.

Pauta B. Apego Seguro: El niño se sirve de la madre como base segura para la exploración. Ante el regreso de la madre, tras la separación, el niño se acerca y la recibe con sonrisas, balbuceos o señales con las manos; aún si se encuentra molesto por la ausencia, el pequeño continúa buscando el contacto con la madre. Esta pauta supone un equilibrio entre los tipos de apego, ya que le permite al niño involucrarse en la exploración sin perder la proximidad con la madre.

Pauta C. Apego Inseguro Ambivalente: El niño da cuenta de un estado de angustia significativa frente a un ambiente no familiar, a menudo se encuentra inquieto o pasivo; no parece interesado ni se involucra en las actividades de exploración. Tras la separación, se encuentra inquieto y angustiado. Ante el reencuentro con la madre, puede buscar contacto por medio de señales de rechazo o berrinches, también puede presentarse como pasivo o muy molesto y no logra encontrar consuelo en la madre (Ainsworth, 1978; Cassidy & Shaver, 2016).

Posterior a la investigación de Ainsworth, Main y Solomon (1986), al intentar replicar el experimento hallaron dificultades en la clasificación, con un nuevo grupo de niños que no lograban encajar del todo en las categorías A (apego evitativo) y C (apego ambivalente), por lo que propusieron una nueva categoría, la Pauta D: Apego Desorganizado o Desorientado. Los niños clasificados dentro de este tipo de apego muestran una variedad de comportamientos, caracterizados en ciertas ocasiones, por una contradicción o interrupción transitoria de la conducta de apego, sin ninguna explicación o intención aparente. Se evidencian secuencias simultáneas de comportamiento como movimientos estereotipados, interrumpidos o incompletos; inmovilización; señales directas de miedo; conducta de aferramiento hacia la madre; confusión y desorientación. Finalmente, estos niños presentan una estrategia de apego incoherente, a pesar de que se evidencie patrones de conducta subyacentes de las tres categorías principales (Cassidy & Shaver, 2016).

Los hallazgos obtenidos en la “Situación Extraña” y en investigaciones posteriores, han demostrado que hay una importante correlación entre la pauta de apego del niño y la conducta materna que él ha evidenciado hasta el momento (Bowlby, 1969/1998). En este sentido, las madres de los niños con apego seguro puntúan alto en todos los criterios de evaluación iniciales. Este tipo de apego da cuenta de un contacto físico entre ambos, frecuente y sostenido, sobre todo durante los seis primeros meses; así como de la capacidad de la madre para apaciguar al bebé ante la angustia, además de crear un ambiente regulado que le permita al pequeño adquirir una noción acerca de la disponibilidad de la madre y comprender la influencia de sus actos sobre la respuesta de la misma. Adicionalmente, se menciona la experiencia de la madre frente a la lactancia, como factor influyente para la construcción de un apego seguro (Bretherton, 1992), a la vez, que el disfrute mutuo ante la compañía del otro (Bowlby, 1969/1998). Así, en la interacción madre-hijo que deriva de un apego seguro, el niño aprende a comunicar sus necesidades abiertamente, con la certeza de que éstas serán atendidas eventualmente, proporcionándole recursos para lidiar con la separación (Cassidy & Shaver, 2016).

Por otro lado, las madres o figuras cuidadoras de niños con apego evitativo, proveen a sus hijos escasas experiencias positivas con el contacto físico y con frecuencia muestran signos de rechazo; el contacto directo con la madre, por lo general provoca en el niño una respuesta de aversión. La evasión en este tipo de apego, se presenta como un mecanismo de defensa ante una experiencia física desagradable o un rechazo doloroso frente a la búsqueda de contacto con la madre; pues evitar la proximidad ella, le permite al niño reducir la ansiedad y el malestar provocados por la situación que ha activado la conducta de apego, manteniendo una distancia con la que se sienta cómodo (Ainsworth, 1979). Al respecto, hay quienes mencionan que el apego evitativo está igualmente relacionado con pautas de interacción controladoras, excesivamente estimulantes e intrusivas, o bien con una conducta materna que se presenta como poco involucrada e insensible a las demandas del niño (Cassidy & Shaver, 2016).

En el volumen de la Separación, Bowlby (1973) postula que mientras más frecuentes y severas sean las amenazas a la disponibilidad de la madre para con su hijo, la posibilidad de que éste desarrolle un tipo de apego evitativo será mucho mayor. Es decir, ante la ausencia repetitiva de la madre, el niño internaliza este modelo, que da cuenta de una interrupción del apego, como una pauta de interacción con la madre. En este sentido, el apego evitativo en la infancia se manifiesta como un posible precursor de relaciones interpersonales inestables a

futuro, además de aumentar el riesgo de psicopatología en la adultez (Cassidy & Shaver, 2016).

La percepción frente a la presencia física de la madre es uno de los factores más importantes dentro de la construcción del niño en tanto accesibilidad y disponibilidad de la misma. Las separaciones prolongadas, en donde la madre se va sin ninguna explicación aparente, o lo hace molesta o enojada, pueden interferir en la apreciación del niño sobre el reencuentro. El hecho de no contar con pautas de interacción estables hace que sea mucho más difícil para el pequeño, entender y anticiparse a las conductas de la madre o cuidador principal, provocándole ansiedad al no tener la certeza de si ésta responderá o no a sus demandas. Por lo tanto, en el caso de los niños con apego ambivalente, sus madres o figuras cuidadoras se caracterizarán por responder de manera inconsistente ante la angustia u otras señales (Cassidy & Shaver, 2016). La personalidad del cuidador o bien el entorno en el que se desenvuelve, influyen significativamente en su capacidad para responder adecuadamente a las necesidades del niño. A su vez, la actitud de la madre o cuidador hacia el niño, está influenciada también por el bagaje congénito individual de éste (Spitz, 1972). Incluso, algunos investigadores sugieren que al nacer, los niños con un tipo de apego ambivalente, son por lo general catalogados por sus padres como “difíciles” (Ainsworth, 1979).

Por otro lado, las madres o figuras de apego principales de los niños con un apego desorganizado, tienden a mostrar conductas que resultan atemorizantes para el niño o que reflejan miedo, posiblemente ante la maternidad o ante la responsabilidad de la crianza del pequeño. Adicionalmente, demuestran comportamientos atípicos y una comunicación interrumpida con el niño a lo largo de la interacción; incluso varios autores sugieren que este tipo de conductas pueden reflejar la presencia de psicopatología en el cuidador. Otra posible explicación a la dificultad para responder apropiadamente a las necesidades del niño, reside en la naturaleza de la infancia de la figura cuidadora. Es decir, las pautas de interacción con su propia madre, el estilo de crianza del que participó durante su infancia, una pérdida no elaborada u otras experiencias traumáticas relacionadas con el apego, están estrechamente relacionadas con su conducta materna actual (Cassidy & Shaver, 2016).

George y Solomon (2008) propusieron el término *caregiver abdication* para describir la conducta de la madre en el apego desorganizado, la cual responde a un constante fracaso al momento de atender las necesidades del niño de manera eficaz. Este concepto detalla una ruptura en el sistema de cuidados que incluye maltrato o negligencia en general hacia el niño. Así, a medida que crecen, los pequeños con un apego desorganizado aprenden a manejar sus

sentimientos de confusión, miedo, ira y tristeza relacionados con la incapacidad de sus madres para responder a sus demandas, a través de estrategias controladoras. Esta forma particular de interactuar con la madre, le permite al niño reducir su angustia y construir pautas de interacción más predecibles que aseguren y mantengan su vínculo con la misma. Estas estrategias no solo definen la relación del niño con su madre, sino también determinan sus futuras relaciones interpersonales (Cassidy & Shaver, 2016).

La conducta de apego, por lo tanto, influye significativamente en el desarrollo de la personalidad del niño, así como en la formación de procesos reparativos. En este sentido, la carencia de una conducta materna adecuada aumenta la respuesta de miedo ante situaciones amenazantes, provocando que se alcancen niveles patológicos de miedo y ansiedad. En circunstancias normales, los procesos reparativos surgen en respuesta a una interrupción temporal de la conducta de apego, por ejemplo, durante una separación por enfermedad, divorcio, entre otros, con el objetivo de restaurar y mantener la confianza con la figura cuidadora. Un apego seguro, le permite al niño entender la causa de dicha interrupción y volverse resiliente frente a la angustia de la separación; por otro lado, la capacidad ésta para manejar y reparar esta situación, es lo que determina que la misma se convierta o no en una ruptura definitiva del apego (Cassidy & Shaver, 2016).

Por el contrario, la gravedad de las amenazas en cuanto a la disponibilidad del cuidador y la frecuencia con la que se presenten, pueden desembocar en una ruptura definitiva de la conducta de apego, generando inseguridad en el niño frente a la capacidad de los cuidadores para responder apropiadamente ante situaciones de peligro. Si este vínculo continúa sin repararse, el niño se vuelve vulnerable a sentimientos persistentes de tristeza, ira o miedo y al desarrollo de estrategias defensivas que influyen en su capacidad para mantener una comunicación emocionalmente sintonizada con los demás. La ruptura definitiva del apego se presenta como una consecuencia de los casos extremos de apego inseguro, donde la conducta materna es claramente negligente, lo que representa una gran dificultad para el establecimiento de un vínculo saludable (Cassidy & Shaver, 2016).

Como se mencionó con anterioridad, la naturaleza del vínculo del niño con su madre, especialmente durante el primer año, determina el tipo de relaciones que se establecerán en la adultez. En este sentido, la importancia de un apego seguro reside en la capacidad del niño para desarrollar competencias sociales; a futuro, presentan una mayor facilidad para la resolución de problemas, son más persistentes, independientes y tienden a introducirse en el lenguaje con mayor rapidez (Ainsworth, 1979).

### **1.3 Vínculo y Desarrollo Integral Infantil**

Varios estudios posteriores a la Teoría del Apego de Bowlby y a las diversas aportaciones teóricas de Mary Ainsworth, han presentado importantes evidencias que confirman la prevalencia del tipo de apego presente durante la primera infancia, a lo largo de la vida (Ainsworth,1989). El entorno social, particularmente aquel construido a partir de la interacción madre-hijo, es decir, el ambiente adaptativo en el que el niño se desarrolla e incluso las experiencias prenatales, tienen consecuencias a largo plazo. En este sentido, el establecimiento de un vínculo saludable y óptimo con la madre, le permitirán al bebé no solo desarrollarse adecuadamente durante el primer año de vida, sino también a lo largo de la etapa escolar, la adolescencia y la edad adulta. De esta manera, los niños que cuentan con un apego seguro, tienden a desarrollar procesos cognitivos como la memoria y la atención selectiva con mayor eficacia y facilidad (Calle, 2012). Las competencias sociales se intensifican, lo que hace posible que la interacción con otros niños y demás personas que se encuentran fuera del núcleo familiar, se vuelva no solo más fluida, sino también empática (Ainsworth, 1979).

Como ya se mencionó previamente, la manera en la que el niño ha construido su conducta de apego en torno a la madre, influye significativamente en su forma de relacionarse con el mundo. Un apego seguro, por lo tanto, implicaría un modelo de crianza fundamentado sobre un desarrollo integral infantil, entendiéndose al mismo, como un proceso de desarrollo que incluye no solo destrezas cognitivas y motrices, sino también habilidades sociales y emocionales, así como el control de conductas impulsivas y una adecuada condición de nutrición y salud. Incluye también, un proceso de adaptación del niño, para asumir nuevas responsabilidades e ir adquiriendo autonomía, a la vez que se integra de manera progresiva y adecuada en la familia y en la sociedad, llegando así a adquirir habilidades para convertirse en un agente activo de su propio desarrollo y medio social (Soria, 2017).

La Organización Panamericana de la Salud (OPS) indica que las bases para el desarrollo infantil integral surgen desde la pre-concepción, la gestación, el nacimiento, la lactancia, el período pre-escolar y la educación primaria; por consiguiente, una adecuada formación durante estas etapas, da cuenta de las capacidades y recursos disponibles en la familia y por otra parte, de las políticas y programas disponibles que atienden efectivamente a esta causa. En este sentido, la combinación de la estimulación temprana y el aprendizaje activo, como un proceso sistemático a cargo de los cuidadores o educadores responsables del niño, resalta la participación equitativa de los actores claves en el proceso del desarrollo infantil integral.

Es decir, el desarrollo infantil integral es posible gracias a la participación activa del niño, la familia y la comunidad (Ministerio de Inclusión Económica y Social , 2013).

La valoración de la estimulación y el aprendizaje tempranos, por lo tanto, son la clave de un desarrollo humano integral. Esto quiere decir que en un inicio, la madre funciona como un regulador socioemocional del entorno del niño, por lo que su participación en este aspecto, definirá su desarrollo emocional como tal. Al respecto, varias investigaciones han demostrado que la habilidad del infante para desarrollar estrategias autorreguladoras de afrontamiento ante situaciones estresantes, surge de sus experiencias con el entorno social y reflejan un estado físico y mental saludables. La regulación del afecto o estrategias autorreguladoras de afrontamiento, desarrolladas a partir de la interacción con la madre, no solo minimizan los estados emocionales negativos del niño, sino también intensifican los estados afectivos positivos, a través del juego interactivo. Una interacción afectivamente adecuada con la figura cuidadora, crea en el niño una sensación de seguridad y curiosidad que impulsa la exploración de nuevos entornos, tanto físicos como emocionales. En posteriores relaciones interpersonales, estos modelos internos de funcionamiento, establecidos a lo largo de los primeros encuentros del niño con lo social, influyen a nivel inconsciente sobre la evaluación, interpretación, regulación y procesamiento de las emociones (Schore, 2005).

En los últimos años, varios estudios en neurociencias han revelado que el crecimiento acelerado del tejido cerebral durante los periodos críticos del desarrollo infantil, está estrechamente relacionado con las experiencias sociales tempranas y no depende de la genética exclusivamente. Estas investigaciones apuntan hacia la construcción social del cerebro y postulan que la estructura celular de la corteza cerebral se construye a partir de las primeras interacciones sociales, reflejadas en las principales relaciones de apego. Por lo tanto, se llegó a la conclusión de que el hemisferio derecho del cerebro, encargado del desarrollo emocional, cuenta con un crecimiento acelerado durante los dos primeros años de vida y es dominante hasta el tercer año. Es decir, para un desarrollo cerebral adecuado, es necesaria la presencia de un apego seguro, pues las estructuras del hemisferio derecho funcionan de manera más eficiente al recibir estimulación social por parte de los cuidadores; principalmente estímulos de tipo visual, auditivo y táctil que posteriormente permitirán la autorregulación del afecto (Schore, 2005).

Un estudio publicado en el 2014 en la revista *Journal of Cognitive Neuroscience* confirmó que el hemisferio derecho es el encargado de las competencias sociales, entre ellas, la

capacidad de construir y mantener relaciones sociales, sobre todo las más cercanas; interactuar y comunicarse con otros; compartir puntos de vista personales; comprender emociones ajenas; cooperar y resolver conflictos, así como la recepción, expresión y regulación inconsciente de las emociones. Por esta razón, algunos autores lo describen como el lugar donde se encuentra el sistema de control de la conducta de apego de Bowlby (Schore, 2017).

Por otro lado, las experiencias tempranas y positivas con la madre influyen significativamente en la construcción de la subjetividad individual y por lo tanto, en la formación del autoconcepto del niño; le permiten tener una mejor percepción de sí mismo, y mayor fortaleza y seguridad ante situaciones desfavorables como la muerte de la figura de apego principal, el abandono o el maltrato. En este sentido, los niños que cuentan con un apego seguro tienden a volverse resilientes; es decir, que ante la presencia de adversidad, son capaces de sobrellevar la situación sin que su conducta social o facultades cognitivas se vean afectadas, y de reconstruir su vida a partir del establecimiento de nuevos vínculos afectivos que le permitan salir adelante. El desarrollo de la resiliencia, posibilita al pequeño, el asimilar y elaborar futuras secuelas psicológicas como resultado del trauma vivenciado, a través de mecanismos de defensa funcionales y la adaptación social, como estrategia de afrontamiento (Calle, 2012).

Como se ha visto a lo largo de este capítulo, el desarrollo integral infantil y por consiguiente, un vínculo saludable con la madre, favorecen el crecimiento y la adaptación de una gran cantidad de funciones cognitivas y emocionales que son impulsadas por procesos de vinculación afectiva, que a su vez, benefician la plasticidad neurológica y fomentan progresivamente, su adaptación a facultades mentales cada vez más complejas (Calle, 2012). Bajo una perspectiva psicobiológica, las experiencias emocionales altamente estresantes en la infancia influyen significativamente, no solo en la conducta, sino también en el desarrollo, provocando así una alteración metabólica que impide el crecimiento adecuado de ciertas estructuras cerebrales, resultando en un funcionamiento limitado de la capacidad de regulación afectiva a futuro (Schore, 2017).

Al respecto, varios autores afirman que toda patología del hemisferio derecho, específicamente del sistema límbico, donde se procesan las emociones, resulta en alteraciones de la vinculación afectiva que deterioran progresivamente la adaptación social, incitan a tomar medidas defensivas ante situaciones afectivamente agobiantes y evidencian un bloqueo en la capacidad para procesar emociones y registrar signos de afecto (Schore,

2017). En este sentido, es probable que al igual que otras patologías del desarrollo, el TEA encuentre su raíz etológica en el apego, debido a los parámetros que se ven afectados en esta condición; sin embargo, esto podría depender tanto de la conducta de la figura cuidadora durante la infancia, como de la capacidad del niño para asimilarla y establecer un vínculo afectivo con ella, que asegure una gratificación mutua (Calle, 2012).

## **CAPÍTULO II**

### **TRASTORNO DEL ESPECTRO AUTISTA**

#### **2.1 Caracterización del Espectro Autista**

En 1943 Leo Kanner definió por primera vez el autismo como un síndrome comportamental cuyos rasgos característicos eran las alteraciones en el lenguaje o en la comunicación, los procesos cognitivos y las relaciones sociales, a las que estableció como un síntoma estrictamente necesario para el diagnóstico. Sus planteamientos contrastaban con la descripción previa de Bleuler en 1911, que hacía referencia al autismo como el mecanismo al que algunos pacientes esquizofrénicos recurrían para evitar la realidad, refugiándose así en la fantasía. Sin embargo, esta concepción inicial del autismo pasó por varias reformulaciones, con el objetivo de contar con un diagnóstico más preciso frente a otros trastornos como el de la demencia precoz, la esquizofrenia infantil o la demencia infantil (Balbuena, 2007).

En 1980, tras llegar a un consenso en cuanto al concepto de autismo, se publica el DSM-III, en donde se lo describe como un síndrome conductual que afecta a varias áreas del desarrollo tanto cognitivo como afectivo, y pasa de ser un trastorno mental a estar catalogado como un Trastorno Generalizado del Desarrollo, definición que se mantiene en el CIE-10 y el DSM-IV-R (Balbuena, 2007). Finalmente, con la publicación del DSM-V, en el 2013, esta concepción se modifica una vez más y adopta el nombre de Trastorno del Espectro del Autismo (TEA), que en la actualidad forma parte de los Trastornos del Desarrollo Neurológico (Asociación Americana de Psiquiatría [APA], 2013). Los Trastornos del Desarrollo Neurológico son un grupo de condiciones que tienen lugar durante el periodo temprano del desarrollo, por lo general en la edad pre-escolar. Se caracterizan por la presencia de déficits en el área social, personal, académica o en el funcionamiento ocupacional, mismos que pueden variar desde limitaciones específicas en el aprendizaje o en el control de funciones ejecutivas, hasta dificultades en las habilidades sociales, en general (American Psychiatric Association, 2016)

El Trastorno del Espectro Autista (TEA) se presenta como un Trastorno del Desarrollo Neurológico, caracterizado por un déficit persistente en la comunicación e interacción social en múltiples contextos. De acuerdo con el DSM-5 existen tres criterios característicos que deben cumplirse para el diagnóstico, los cuales se resumen en:

**A.** Deficiencias persistentes en la comunicación social y en la interacción social manifestadas por lo siguiente (actualmente o por los antecedentes):

1. Las deficiencias en la reciprocidad socioemocional pueden variar desde un acercamiento social anormal y fracaso de la conversación normal, pasando por la disminución en intereses, emociones o afectos compartidos, hasta el fracaso en iniciar o responder a interacciones sociales.
2. Las deficiencias en las conductas comunicativas no verbales, utilizadas en la interacción social, varían desde una comunicación verbal y no verbal poco integrada, pasando por anomalías del contacto visual y del lenguaje corporal o deficiencias de la comprensión y el uso de gestos, hasta una falta total de expresión facial y de comunicación no verbal.
3. Las deficiencias en el desarrollo, mantenimiento y comprensión de las relaciones, varían, desde dificultades para ajustar el comportamiento en diversos contextos sociales, pasando por dificultades para compartir juegos imaginativos o para hacer amigos, hasta la ausencia de interés por otras personas (APA, 2013).

**B.** Patrones restrictivos y repetitivos de comportamiento, intereses o actividades que se manifiestan en dos o más de los siguientes puntos (actualmente o por los antecedentes):

1. Movimientos, utilización de objetos o habla estereotipados o repetitivos (p. ej., estereotipias motoras simples, alineación de los juguetes o cambio de lugar de los objetos, ecolalia, frases idiosincrásicas).
2. Insistencia en la monotonía, excesiva inflexibilidad de rutinas o patrones ritualizados de comportamiento verbal o no verbal (p. ej., gran angustia frente a cambios pequeños, dificultades con las transiciones, patrones de pensamiento rígidos, rituales de saludo, necesidad de realizar las mismas actividades a diario).
3. Intereses muy restringidos y fijos que son anormales en cuanto a su intensidad o foco de interés (p. ej., fuerte apego o preocupación por objetos inusuales, intereses excesivamente circunscritos o perseverantes).
4. Hiper- o hiporeactividad a los estímulos sensoriales, o interés inhabitual por aspectos sensoriales del entorno (p. ej., indiferencia aparente al dolor/temperatura, respuesta adversa a sonidos o texturas específicos, olfateo o palpación excesiva de objetos, fascinación visual por las luces o el movimiento) (APA, 2013).

**C.** Los síntomas han de estar presentes desde las primeras fases del período de desarrollo (pero pueden no manifestarse totalmente hasta que la demanda social supera las capacidades

limitadas o pueden estar enmascarados por estrategias aprendidas en fases posteriores de la vida).

**D.** Los síntomas causan un deterioro clínicamente significativo en lo social, laboral u otras áreas importantes del funcionamiento habitual.

**E.** Estas alteraciones no se explican mejor por la discapacidad intelectual (trastorno del desarrollo intelectual) o por el retraso global del desarrollo. La discapacidad intelectual y el trastorno del espectro del autismo con frecuencia coinciden; para hacer diagnósticos de comorbilidades de un trastorno del espectro del autismo y discapacidad intelectual, la comunicación social ha de estar por debajo de lo previsto para el nivel general de desarrollo (APA, 2013).

La gravedad del TEA depende del nivel de deterioro de la comunicación social y de la presencia de patrones de comportamiento restringidos y repetitivos. Es decir, el Grado 3, siendo el más grave, revela una necesidad inminente de ayuda en la comunicación social por parte del cuidador, ya que ésta ocasiona graves alteraciones en el funcionamiento diario; hay un inicio de la interacción social muy limitado y una capacidad de respuesta mínima a la apertura social de otras personas. Además, se evidencia una inflexibilidad de comportamiento, conductas repetitivas y restringidas que interfieren con las actividades cotidianas y una extrema dificultad para aceptar y asimilar cambios, provocando una ansiedad intensa. El Grado 2, de gravedad moderada, requiere ayuda constante del cuidador en lo que respecta a la comunicación social; se observan respuestas escasas y anormales a la apertura social de otras personas y un inicio limitado de interacciones sociales, que se reducen a intereses especiales o muy concretos. La inflexibilidad de comportamiento y las conductas repetitivas y restringidas interfieren con las actividades de todos los días y existe dificultad para aceptar y asimilar cambios, que con frecuencia provocan ansiedad. Finalmente, el Grado 1, de menor gravedad, necesita del cuidador para iniciar interacciones sociales y aun así se observan inconvenientes, del mismo modo, se evidencian respuestas atípicas o insatisfactorias a la apertura social de otras personas. La inflexibilidad de comportamiento interfiere significativamente con el funcionamiento diario en uno o más contextos, existen limitaciones para alternar actividades y los problemas de organización y planificación dificultan la autonomía (APA, 2013).

Al presentarse en las etapas iniciales del desarrollo infantil, se ha concluido que es posible detectar las primeras manifestaciones del TEA durante el primer año de vida. Estas consisten, por lo general, en una búsqueda menos frecuente de contacto físico, disminución

de intercambio de miradas con el cuidador, de sonrisas sociales y vocalizaciones, en número y variedad; se evidencia también una menor frecuencia de respuesta al nombre y un incremento de conductas sensoriales atípicas. Se observa un declive en la habilidad para cambiar el foco de atención de un estímulo a otro, con una fijación de la mirada más prolongada y existe menor espontaneidad en la conducta de exploración visual. Adicionalmente, se perciben peculiaridades en el temperamento que dan cuenta de un menor nivel de actividad, acompañado de constantes e intensas reacciones de malestar, a la vez que el interés social del niño continúa reduciéndose (Canal et al., 2013).

El periodo en el que se pueden evidenciar la mayoría de síntomas del TEA, en comparación con un desarrollo normal, va desde los 6 o 7 meses hasta los 12 meses de edad, donde las deficiencias en la comunicación social son cada vez más claras. Conductas como mostrar y señalar objetos a otros para pedir algo, los juegos sociales sencillos, imitar y prestar atención a los movimientos de los demás, se encuentran ausentes; pues los niños con esta condición no cuentan con una atención conjunta que les permita organizar la entrada de la información social y evitar errores de comunicación con su interlocutor. Así, al final del primer año se va construyendo un patrón de comportamiento que carece de las habilidades sociales necesarias para la consolidación de sistemas posteriores de interacción y relación (Canal et al., 2013).

A lo largo del segundo año de vida se empieza a evidenciar un uso menos frecuente de conductas de intercambio con los demás; así como un enlentecimiento progresivo en la adquisición del lenguaje expresivo y receptivo, que resalta un escaso desarrollo de vocabulario, entre otras habilidades lingüísticas, además de la escasez de recursos para comunicar necesidades e intereses. Se observa un interés mínimo por el juego, sin embargo, hay una preferencia por los juegos simples de causa-efecto y por aquellos que se presentan como menos variados y poco originales, menos complejos y no simbólicos. Las dificultades para desarrollar el juego funcional, al igual que la función simbólica, están estrechamente relacionadas con las deficiencias en la adquisición previa del lenguaje; para que el niño se involucre en actividades de juego con la función simbólica, es necesario que el cuidador estimule la coordinación del juego con el lenguaje y de esa manera incentivar progresivamente la integración de ambos. Estas limitaciones probablemente afectarán a la socialización, al aprendizaje y a la capacidad para responder adaptativamente a distintos contextos sociales, puesto que el juego es uno de los ejes para el intercambio comunicativo y el establecimiento de relaciones interpersonales a futuro (Canal et al., 2013).

Una vez alcanzados los tres años de edad, en un desarrollo normal, el niño ya se encuentra completamente insertado en la sociedad y el mundo que lo rodea. Sin embargo, en el caso del TEA, se evidencia una dificultad para orientarse espontáneamente hacia los estímulos sociales que tienen lugar en el entorno inmediato. Esta alteración influye negativamente en el patrón de desarrollo del niño, ya que se ve privado de estímulos sociales necesarios para progresar en su comportamiento adaptativo y mejorar habilidades sociales en general. Se observa también una ausencia de respuesta ante las expresiones emocionales del cuidador u otros adultos de referencia, mostrando desinterés e insensibilidad ante el malestar o miedo de los demás. Del mismo modo, las alteraciones en la comunicación social, instauradas ya en una etapa anterior, provocan que el niño desarrolle conductas sociales atípicas como la de instrumentalizar al otro con el fin de alcanzar su objetivo personal, por ejemplo, utilizando su cuerpo o dirigiendo la mano de alguien más para agarrar objetos (Canal et al., 2013).

Varios estudios sugieren que existen distintos patrones evolutivos en el TEA que pueden ser progresivos, regresivos o fluctuantes entre ambos. Los niños con evolución progresiva presentan un desarrollo autístico desde las primeras semanas de vida, que va instaurándose lentamente en su psiquismo. La evolución fluctuante del TEA refleja momentos de acceso a la intersubjetividad primaria del niño, es decir, a la comunicación social y emocional con el otro, gracias a la insistencia del cuidador, que se alternan con periodos de repliegue, aislamiento, desconexión emocional y relación interobjetiva (con objetos) más que intersubjetiva (con el otro). A partir de los 6 meses, es imposible la mayor parte del tiempo para estos niños, acceder a una intersubjetividad secundaria, basada en la triangulación relacional que posibilita la atención compartida con el otro hacia un objeto-sujeto externo (Larbán, 2013).

Dicho de otro modo, el psiquismo del niño normalmente evoluciona de una relación diádica con la madre (intersubjetividad primaria) hacia una relación triádica (intersubjetividad secundaria) que implica la entrada de un tercero que puede ser padre o madre, según quien sea la figura de apego principal, o incluso un objeto. Finalmente, los pequeños con una evolución regresiva son aquellos que durante el primer año de vida logran acceder de manera fluctuante a cierto grado de intersubjetividad primaria y secundaria, pero con bases temporales y nada sólidas en su psiquismo (Larbán, 2013).

Algunos estudios han propuesto dos cursos evolutivos del funcionamiento regresivo en el TEA, uno con aparición temprana al final del primer año o al inicio del segundo, y otro que presenta una regresión al finalizar los dos años; en muchos casos son los padres quienes

reportan este fenómeno, siendo los 19 meses la edad media de la manifestación de los síntomas regresivos. Así, quienes presentan este tipo de desarrollo, con independencia del patrón de aparición, ya sea temprano o tardío, tienden a un progreso lento, sobretodo en las habilidades sociales; se evidencia también una pérdida de habilidades previamente adquiridas, que dan cuenta del desarrollo atípico del TEA (Canal et al., 2013). Se muestran como niños muy tranquilos o apagados, con poca iniciativa en el área relacional y sumamente dependientes del cuidador para establecer cualquier tipo de contacto con otros (Larbán, 2013).

De acuerdo con el DSM-V (APA, 2013) la prevalencia promedio internacional del TEA es de 1 por cada 100 personas, sin embargo, estudios actuales realizados en Estados Unidos han encontrado que 1 de cada 59 niños es diagnosticado con alguna forma de autismo (Baio et al., 2018). Según el Instituto para Medidas y Evaluación de la Salud de Inglaterra, la prevalencia mundial del TEA en el 2015 en niños menores a 5 años fue del 0.12% con un cambio de porcentaje anual del 0.037%, y en niños de 5 a 14 años de edad la prevalencia fue de 1.34% con un cambio de 0.029% anual, cifras que se han mantenido en los últimos años (Ministerio de Salud Pública del Ecuador [MSP], 2017). A pesar de que muchos atribuyen su origen a la genética, lo cierto es que hay una gran variedad de elementos que podrían estar implicados en el desarrollo y la adquisición del TEA. Varias aportaciones del campo de la genética han llegado a la conclusión de que el TEA se presenta con mayor frecuencia en los niños que en las niñas, lo que revela una relación de prevalencia de 3-4 niños por niña. Otras investigaciones sugieren que en familias en las que existe un hijo o hija con TEA, en ocasiones se identifican otras formas menores de autismo en los padres o hermanos, en mayor proporción que en la población general (Larbán, 2013). Estudios con gemelos han demostrado que si uno de ellos tiene TEA, las probabilidades de que el otro también lo tenga son del 60-90% en gemelos idénticos, mientras que en gemelos no idénticos, las probabilidades son del 5-10% (Baron-Cohen, 2008).

En la actualidad existen algunas teorías psicológicas que pretenden explicar las posibles causas del TEA, entre las más relevantes se encuentran La Teoría de la Mente, La Teoría de la Ceguera Mental, La Teoría de la Coherencia Central y La Teoría del Cerebro Masculino Extremo. La Teoría de la Mente, propuesta por Simon Baron-Cohen en 1985, postula que el déficit cognitivo del TEA podría estar relacionado con múltiples alteraciones neurológicas que se manifiestan en la conducta. En el desarrollo infantil normal, la comprensión de los estados mentales de sí mismo y de los demás, se adquiere plenamente alrededor de los 4

años. La Teoría de la Mente posibilita la comprensión del comportamiento social, lo que permite predecir ciertas conductas del otro, por ejemplo su estado de ánimo, sus intereses, etc. Adicionalmente, Baron-Cohen plantea tres factores que deben estar presentes para el desarrollo de la Teoría de la Mente; el primero es el Detector de Intencionalidad (DI), un mecanismo de percepción que interpreta los estímulos como estados primitivos de deseo y establecimiento de objetivos, es decir, el DI permite que el niño sea capaz de seleccionar un objeto deseado y utilizarlo según su objetivo particular, este mecanismo no se encuentra alterado en el TEA. El segundo es el Detector de la Mirada (DDM), que cumple con tres funciones: detectar la presencia de los ojos o estímulos similares a los mismos, identificar el trayecto de los ojos e inferir la dirección de la mirada desde la propia mirada; durante los primeros estadios el DDM está intacto en el TEA. Por último, el tercero hace referencia al Mecanismo de Atención Compartida (MAC) que se encarga de la construcción de las representaciones triádicas; Baron-Cohen sugiere que esta función estaría alterada en el TEA, lo que impediría el desarrollo de una Teoría de la Mente (Alcantud, 2013).

La Teoría de la Ceguera Mental o The Mindblindness Theory, postula que los niños con TEA presentan un retraso en el desarrollo de la Teoría de la Mente, por lo que son incapaces de predecir y comprender el comportamiento de los demás o entender sus emociones y pensamientos, incluso a través de su discurso o sus gestos. En este sentido, los pequeños con TEA perciben al mundo social como confuso, desorganizado o hasta aterrador y pueden sentirse desconcertados y ansiosos ante las acciones de los demás, precisamente porque no logran interpretar su conducta. Por lo tanto, al no comprender cómo funcionan las relaciones sociales, estos niños muestran una gran falta de interés en interactuar con otras personas, lo que los lleva a tratarlas como objetos, es decir, como si “no tuvieran mentes” (Baron-Cohen, 2008).

La Teoría de la Coherencia Central, propuesta por Uta Frith en 1989, plantea que los niños con TEA muestran dificultad para interpretar las situaciones a través de la lectura de la intencionalidad del otro, a partir de los movimientos de las manos, ojos o demás pistas contextuales, lo que sugiere la existencia de un problema en una etapa anterior del desarrollo que impide la integración de la información extraída, en un conjunto coherente. Las alteraciones en la coherencia central o coherencia central débil, presentes en el TEA, abarcan varios niveles de procesamiento de la información que van desde el procesamiento perceptivo, pasando por el procesamiento visoespacial, hasta el procesamiento semántico. Para Frith, esta teoría explicaría la ausencia de capacidades como la atención conjunta y la

Teoría de la Mente, además de la presencia de las sensaciones fragmentadas, la monotonía y las conductas repetitivas (Alcantud, 2013).

La Teoría del Cerebro Masculino Extremo o The Extreme Male Brain Theory propone que existe una clara diferencia entre el funcionamiento cerebral masculino y el femenino en las áreas de empatía y sistematización. Así, las mujeres tienden a ser más empáticas, mientras los hombres tienen mayor facilidad para la sistematización. Esta teoría postula que existen cinco “tipos de cerebros” en la población: Tipo E (individuos cuya empatía es mayor a su sistematización), Tipo S (individuos cuya sistematización es mayor a su empatía), Tipo B (individuos cuya empatía es equivalente a su sistematización), Tipo E Extremo (individuos cuya empatía está por encima del promedio pero presentan problemas con la sistematización) y el Tipo S Extremo (individuos cuya sistematización está por encima del promedio pero presentan problemas con la empatía). En este sentido, las mujeres tendrían un funcionamiento cerebral de Tipo E y los hombres, un funcionamiento de Tipo S. Por lo tanto, desde esta perspectiva el TEA puede ser entendido como un extremo del funcionamiento cerebral masculino típico (Tipo S Extremo); la empatía por debajo del promedio explicaría las dificultades en la comunicación social y la sistematización en el promedio e incluso superior, justificaría los intereses restringidos, las conductas repetitivas y la resistencia al cambio o la necesidad de continuidad (Baron-Cohen, 2008).

A pesar de no contar aún con una teoría concluyente acerca del origen y las causas del TEA, la integración de las explicaciones previamente mencionadas podría dar luz a muchas interrogantes existentes respecto al tema. La identificación de las áreas afectadas y de los patrones de conducta disfuncionales, debe manejarse en conjunto con la información obtenida de otros aspectos importantes como los factores genéticos, prenatales y perinatales y factores biológicos actuales (nutrición, medicina) y ambientales (Díaz Mosquera & Andrade Zúñiga, 2015). Por otro lado, a pesar de que el Trastorno del Espectro Autista aparece como una de las patologías más estudiadas alrededor del mundo, existen países que todavía no cuentan con investigaciones e información suficiente al respecto, uno de ellos es Ecuador.

## **2.2 Situación del Trastorno del Espectro Autista en el Contexto**

### **Ecuatoriano**

El Ministerio de Salud Pública del Ecuador (2017) reporta que según la información recolectada por el Instituto para Medidas y Evaluación de la Salud en Inglaterra, los datos encontrados en Ecuador en el año 2015 respecto al TEA, revelan que en la población menor a 5 años, la prevalencia fue del 0.28% con un cambio de porcentaje anual del 0.0069%, mientras que en la población de 5 a 14 años de edad la prevalencia fue del 1.7% con un cambio de porcentaje anual del 0.016%. En el 2016, de acuerdo con la Dirección Nacional de Discapacidades del Ministerio de Salud Pública, se reportaron 1266 personas con un diagnóstico de TEA, de las cuales 254 fueron diagnosticadas con autismo atípico, 729 con Autismo en la Niñez, 205 con Síndrome de Asperger y 15 con Síndrome de Rett. Estudios epidemiológicos de los últimos 50 años han concluido que la prevalencia mundial del TEA va en aumento, lo que responde a varios factores como la ampliación de los criterios y herramientas diagnósticas, mayor concienciación de la patología en la población en general y a una adecuada comunicación entre los profesionales de la salud. En el contexto nacional conforme con el CRIE No.5 también se ha evidenciado un incremento de casos registrados (MSP, 2017).

Un estudio realizado en el Ecuador en el año 2017, acerca de la situación del TEA en el país, reveló que de los 80 niños/as entre los 2-12 años de edad provenientes de la Costa y Sierra ecuatoriana de diferentes clases sociales, que formaron parte del grupo de estudio, el 13.75% contaba con un diagnóstico erróneo; el 90% de los errores diagnósticos fueron detectados en Quito y ocurrieron sobretodo en instituciones privadas. El 68.1% de los niños con un diagnóstico de TEA en el estudio, fueron referidos con problemas de conducta, el 24.6% con retraso mental y el 14.5% con comportamiento antisocial; diagnósticos obtenidos al menos por medio de ocho profesionales, de los cuales ninguno fue realizado por el pediatra, a pesar de haber sido consultado por los padres. Además, al 68% de la población le tomó un año aproximadamente en llegar al diagnóstico, mientras que al 31.8% le tomó dos años como mínimo (López Chávez & Larrea Castelo, 2017).

Únicamente el 59.4% de los participantes del estudio obtuvieron un carnet del Consejo Nacional para la Integración de la Persona con Discapacidad (CONADIS), de los cuales el 33.3% fue valorado con discapacidad intelectual, el 14.5% con desorden mental, el 1.4% con problemas cognitivos, el 7.2% con desorden psicológico, el 1.4% con alteración en la comunicación y el 1.4% restante con problemas de aprendizaje (López Chávez & Larrea

Castelo, 2017). Otros datos encontrados exponen que el costo por el proceso de diagnóstico osciló entre \$100 a \$25.000 dependiendo de la condición social, lo que da cuenta de la imposibilidad o dificultad de acceso a estos procedimientos para personas de escasos recursos económicos. Entre los tratamientos recibidos se halló que el 46.4% tuvo atención psicológica y el resto de la población recibió acompañamiento psicopedagógico y educativo; el tiempo de tratamiento en cualquiera de los casos, demostró que el 42% duró por más de 49 meses, el 23.1% duró de 12 a 48 meses, el 18.8% duró menos de un año y el 15.9% no recibió ningún tipo de ayuda (López Chávez & Larrea Castelo, 2017). Adicionalmente, el 42% de los participantes fue medicado con antipsicóticos (López Chávez & Larrea Castelo, 2017).

Por otra parte, se encontró que el 87% de los niños con TEA provenía de familias biparentales, el 73.2% era atendido en casa por sus madres y de este porcentaje se halló que el 37% lo hacía de forma exclusiva y el 36.2% restante indicó que compartía las horas de cuidado de sus hijos con una institución escolar. Por otro lado, el 62.3% de los padres de niños con TEA poseía un conocimiento entre malo y regular en torno al tema y únicamente el 37.7% tenía un conocimiento bueno o excelente. Finalmente, el 79,9% de los padres demanda la capacitación de los profesionales, el 1.4% solicitó financiamiento económico, el 8.7% pidió la creación de institutos para la rehabilitación y el 10.1% requirió otro tipo de ayuda (López Chávez & Larrea Castelo, 2017).

De acuerdo con el Ministerio de Salud Pública, el manejo del TEA en el contexto ecuatoriano está construido sobre un enfoque integral, multisistémico e interprofesional enfocado en el paciente, su familia y la comunidad. Sin embargo, en la actualidad las personas que tienen esta condición son parcialmente atendidas con un enfoque educativo, pero sin una especificidad diagnóstica y terapéutica. En este sentido, las limitantes más significativas para el diagnóstico y atención integral del TEA en el país, residen en la falta de detección temprana debido al desconocimiento de los criterios clínicos, la variabilidad del manejo psicoterapéutico, la falta de seguimiento y la ausencia de una evaluación funcional y de discapacidad, así como en el tratamiento farmacológico, todavía vigente (MSP, 2017). Los errores en el diagnóstico del TEA representan una problemática a nivel mundial, en especial en los países en vías de desarrollo, debido a la carencia de profesionales especializados y a los costos elevados tanto de los prestadores de servicios de salud, como de los instrumentos internacionales empleados (López Chávez & Larrea Castelo, 2017).

En el 2012 se estableció que las políticas públicas del Ecuador apuntaran hacia la inclusión educativa de menores con capacidades especiales y se declaró al TEA como un área prioritaria, por lo que se propuso la ejecución de proyectos con el objetivo de favorecer el acceso escolar, laboral y social de los mismos. En el mismo año, la Facultad de Psicología de la Universidad Católica del Ecuador desarrolló una investigación en la ciudad de Quito, acerca de la prevalencia de estudiantes diagnosticados con TEA incluidos en la educación regular, en donde participaron 161 instituciones educativas de funcionamiento matutino y de lengua castellana (Dekkers, Groot, Díaz, Andrade, & Delfos, 2015).

A partir de la información recolectada se concluyó que en Quito la mayoría de niños y jóvenes con TEA están excluidos de la educación regular. De los 57 alumnos con un diagnóstico de TEA (0.11%), que provenían de 33 instituciones, el 82% eran hombres y el 18% eran mujeres, revelando que dentro de esta población el TEA se manifestó 4.7 veces más en los hombres que en las mujeres, cifra que coincide con los rangos internacionales respecto a la incidencia de género. El 0.21% de la población, es decir 83 alumnos, a pesar de manifestar ciertas conductas que permitían sospechar de TEA según el criterio de los profesores, no contaban con un diagnóstico oficial; mientras que la probabilidad de reportar un estudiante con TEA fue mayor en las instituciones pequeñas, donde el 13% de las mismas contaba con menos de 100 estudiantes (Dekkers, Groot, Díaz, Andrade, & Delfos, 2015).

Adicionalmente, se encontró que los profesionales que participaron en el estudio, tanto profesores, como psicólogos y hasta directores de la institución, tenían un conocimiento limitado acerca del TEA y muy pocos sabían cómo manejarlo; razón por la cual, una segunda etapa de la investigación se llevó a cabo en el 2013, con el fin de conocer las problemáticas que enfrentan los profesores al trabajar con alumnos diagnosticados con TEA. La población en esta segunda etapa estuvo conformada por 21 instituciones educativas particulares, municipales y fiscomisionales de la ciudad de Quito, que dijeron tener o haber tenido estudiantes con un diagnóstico oficial de TEA. De estas instituciones, el 80.95% albergaba menos de 100 alumnos. Las instituciones participantes contaban con un total de 3.159 alumnos, entre los cuales el 0.66% pertenecía a un nivel escolar primario y tenía un diagnóstico oficial de TEA; de ellos el 85.7% eran hombres y el 14.3% eran mujeres, revelando una incidencia de 4 a 5 veces mayor en hombres que en mujeres. Se halló también que la edad promedio de los estudiantes con TEA era de 8.3 años (Díaz Mosquera & Andrade Zúñiga, 2015).

En cuanto a las problemáticas que representa para los profesores el trabajar con alumnos con TEA, se reportó una persistente falta de atención a las indicaciones grupales y la tendencia a señalar cosas en lugar de mencionarlas. Según este estudio, estas conductas estarían vinculadas a la dificultad en la comunicación social que expresan los niños con esta condición. Del mismo modo, las actitudes que se observan con frecuencia en este grupo de estudiantes al resistirse a hacer algo son gritar, decir que no tienen ganas, cerrar los ojos o dar patadas en el suelo, lo que da cuenta de la necesidad de mantener las rutinas, que presentan los niños con TEA. Así, la frustración de esta necesidad desencadena una carencia total de interés en otras actividades, ensimismamiento o rabieta; pues al no tolerar los cambios, las personas con TEA adoptan este tipo de comportamientos en un intento por mantener lo preestablecido y manejar el estrés que esto les produce. Por otro lado, el aislamiento y la agresividad hacia sí mismo o hacia los demás, son otras de las conductas que suponen un problema en el aula (Díaz Mosquera & Andrade Zúñiga, 2015).

En el estudio mencionado, se llegó a la conclusión de que la falta de conocimiento sobre el tema y la conducta inapropiada en la clase, dificultan la inclusión de los niños con TEA en la educación regular. Además, existe la presencia de situaciones que obstaculizan su acceso, permanencia y participación, que se relacionan también con las barreras asociadas al espacio físico, las estrategias didácticas y la dificultad en la relación con los demás, que muchas veces los expone a ser rechazados o a sufrir acoso escolar. De acuerdo con Díaz Mosquera & Andrade Zúñiga (2015), existen algunas investigaciones que han encontrado que los niños con TEA ganan socialmente al ser incluidos en las escuelas regulares, ya que el contacto con otras personas les permite mejorar sus habilidades sociales, siempre y cuando exista un ambiente propicio para el aprendizaje. Finalmente, los docentes encuestados expresaron la necesidad de capacitación en el manejo de alumnos con TEA, al igual que un mayor apoyo por parte de los padres; solicitud que debe considerarse como una prioridad en el establecimiento de políticas educativas, con el fin de promover una inclusión educativa y social efectivas (Díaz Mosquera & Andrade Zúñiga, 2015).

El Ministerio de Salud Pública del Ecuador publicó en el 2017, una Guía de Práctica Clínica para el TEA en niños y adolescentes, fundamentada en el sistema Oxford del Centro de Medicina Basada en Evidencia para niveles de recomendación y grados de evidencia científica para la detección, diagnóstico, tratamiento, rehabilitación y seguimiento, con el objetivo de actualizar y mejorar las políticas públicas en torno a este tema. De acuerdo con esta guía, la detección temprana del TEA puede darse en cualquier nivel de atención en salud,

sin embargo, lo óptimo sería realizarlo en el primer nivel, que incluiría: observación del niño, evaluación del desarrollo infantil, valoración del desarrollo cognitivo y del lenguaje, exploración neurológica a todos los niños menores a 5 años y finalmente, derivación a un especialista. Se recomienda que el personal para detección del TEA en el primer nivel de atención, esté conformado por un equipo de atención integral en salud que cuente con un pediatra, un psicólogo, un médico familiar y una enfermera. El segundo y tercer nivel de atención, constituidos por un grupo de especialistas en TEA, permiten una investigación a profundidad de niños y niñas con riesgo de autismo, a través de la aplicación de los respectivos instrumentos para el diagnóstico (MSP, 2017).

Según la Guía del Ministerio de Salud (2017), la evaluación para la confirmación diagnóstica del TEA debe realizarse por lo menos en tres consultas médicas, en un periodo no superior a los 6 meses. El proceso inicial de diagnóstico, debe ser la recopilación de información relevante a través de la anamnesis, proporcionada por los padres o cuidadores de la persona con TEA. El proceso diagnóstico confirmatorio y el diagnóstico diferencial tienen que estar fundamentados en los criterios del DSM-V y deben evaluar el contexto familiar y social de la persona para construir su perfil funcional; estos elementos servirán de base para guiar el tratamiento e inclusión socio-educativa. Por otro lado, quienes todavía no cuentan con un diagnóstico definitivo de TEA, a pesar de haber pasado por este proceso, deberán permanecer en seguimiento por 6 meses más hasta su confirmación, o bien hasta su descarte. Finalmente, el equipo de especialización en TEA debe orientar a los padres o cuidadores sobre el diagnóstico, brindar información acerca de las características del trastorno, tratamientos disponibles y programas de acompañamiento al paciente y a su familia (MSP, 2017).

Existen algunas opciones de tratamiento para el TEA disponibles en el Ecuador, entre las más utilizadas según uno de los estudios realizados en Quito, se encuentran (en orden de popularidad): la terapia de lenguaje, el tratamiento farmacológico, el tratamiento psicológico, la estimulación temprana, la terapia asistida por animales, la terapia conductual, los apoyos educativos, entre otros (López Chávez & Larrea Castelo, 2017). A pesar de que varias investigaciones han concluido ya que la utilización de fármacos para el tratamiento del TEA no tiene una base científica ni una garantía de resultados, existen profesionales que continúan recetándolos con una alta frecuencia; la Guía de Práctica Clínica del TEA del Ministerio de Salud Pública (2017) indica que el tratamiento psicofarmacológico de niños y

adolescentes con autismo está dirigido a las comorbilidades y otras condiciones que puedan alterar su funcionamiento familiar, social, escolar o laboral (MSP, 2017).

A pesar de la disponibilidad de varias opciones para el abordaje terapéutico del TEA en el Ecuador, ninguna de ellas ha sido realmente explotada debido a la falta de profesionales especializados en el tema. Como se menciona en el artículo *Autismo en Ecuador: Un Grupo Social en Espera de Atención*, el desafío está en la elaboración y validación de instrumentos especializados y de tamizaje para el diagnóstico, así como en el estudio de la prevalencia del TEA en el Ecuador con el fin de obtener respuestas certeras acerca de la realidad nacional y en la formación de profesionales para el diagnóstico, acompañamiento y tratamiento (López Chávez & Larrea Castelo, 2017). En el Ecuador, al no existir un método unificado para el diagnóstico y la detección temprana del TEA, se evidencia una dispersión de criterios que contribuyen a la ausencia de registros nacionales confiables (MSP, 2017).

### **2.3 Diagnóstico e Intervención en el Trastorno del Espectro Autista**

La detección temprana del TEA y de cualquier condición en general, es la clave para una intervención efectiva con posibles resultados positivos a largo plazo. La detección o atención temprana se define como el conjunto de intervenciones dirigidas a la población infantil (niños/as de 0 a 6 años), a la familia y al entorno, que a su vez, han demostrado influir positivamente en el pronóstico de ciertos casos. Para Mulas y sus colaboradores (2010), el abordaje del TEA debe incluir no solo una estrategia adecuada de intervención, sino también el acompañamiento a la familia y el asesoramiento sobre las posibilidades de escolarización (Mulas et al., 2010). Por otro lado, Larbán (2008) sugiere que tanto la detección, como el diagnóstico y el tratamiento deben realizarse durante el periodo de los 3 a los 12 meses de edad del niño, a más tardar al finalizar el segundo año de vida, que es cuando el funcionamiento característico del TEA se establece e interioriza; de no ser así, el tratamiento será mucho más largo y probablemente menos satisfactorio (Larbán, 2008).

Hasta hace algunos años se creía que la detección del TEA era imposible previo al segundo año, sin embargo, en la actualidad el porcentaje de padres que observan alteraciones durante el primer año en el desarrollo temprano de sus hijos con TEA es del 30-50%. Probablemente, lo que dificultaba este proceso era el método de observación, en ese entonces, centrado de manera exclusiva en los signos de alarma fluctuantes del bebé y no en la evolución del estilo de interacción entre el niño y su cuidador en el primer año (Larbán, 2013). Como se

mencionó previamente, si bien la detección temprana del TEA puede realizarse en cualquier nivel de salud, de acuerdo con Mulas y sus colaboradores (2010), es recomendable que sea identificada en el primer nivel a través del pediatra, quien debe ser el primero en detectar las señales de alarma. En las etapas iniciales del desarrollo del funcionamiento autista, muchas veces los padres pueden experimentar una sensación de inquietud acerca de su hijo, más que una necesidad de búsqueda de diagnóstico, lo que podría retrasar significativamente el proceso de detección y posterior intervención (Mulas et al., 2010).

La aparición de signos específicos de alarma en el pequeño desde sus primeros meses de vida, representan factores de riesgo para un funcionamiento autístico. En este sentido, Larbán propone tres grandes escalas de evaluación de los signos de alarma presentes en el niño que podrían conducir a un diagnóstico de TEA. Entre los más significativos se encuentran, en primer lugar, los signos de alarma desde las primeras semanas hasta los tres meses de vida, los cuales se resumen en ausencia de sonrisa intencional o social; fijación de la mirada, mirada ausente y no se evidencian conductas de seguimiento con los ojos; pasividad excesiva; sordera ficticia, no hay respuesta al llamado del cuidador y puede pasar del aislamiento sensorial auditivo a la hipersensibilidad auditiva; llanto escaso o ausencia del mismo; carencia de movimientos anticipatorios (ej. estirar los brazos al ser levantado); ausencia de autorregulación del tono muscular corporal y discapacidad sensorial y/o motora. La aparición de estos signos, da cuenta de una evolución del comportamiento hacia una evitación y rechazo activo de la comunicación del niño con su entorno, al igual que una tendencia al aislamiento (Larbán, 2008).

Los signos de alarma de mayor importancia que se observan a partir del tercer mes, hasta los seis meses de vida, son la ausencia persistente de la sonrisa intencional; curiosidad exploratoria nula o escasa; fijación de la mirada y rechazo del contacto visual; falta de respuesta ante el llamado y la demanda de contacto; pasividad excesiva con posible recurrencia al sueño como mecanismo de retirada relacional; baja tolerancia a la frustración y ausencia de progresos en el desarrollo de la capacidad de espera; ausencia de llanto; falta de movimientos anticipatorios; rechazo de contacto; carencia de autorregulación del tono muscular corporal; discapacidad sensorial y/o motora; ausencia de interacción lúdica en la relación del niño con el cuidador; trastornos del sueño con dificultad para ser consolado por quien lo cuida; apariencia de felicidad, sin evidencia de frustración en cuanto a la relación con el otro y finalmente, presencia de movimientos corporales estereotipados, repetitivos e

invariables; esta necesidad de invariancia y el rechazo al cambio, responden a una necesidad de control omnipotente y obsesivo sobre los objetos (Larbán, 2008).

A partir de los seis meses hasta los doce meses de edad, los signos de alarma más significativos se manifiestan como un gateo raro, direccionado no tanto al movimiento, sino más bien hacia la autoestimulación sensorial; dificultad en el ajuste postural; problemas persistentes en la comunicación visual; indiferencia a los sonidos y/o reacciones paradójicas a la estimulación auditiva; aislamiento y repliegue afectivo; ausencia de conductas relacionales con el otro (ej. gatear sin regresar a ver a la madre o cuidador, lanzar objetos sin intención de que alguien más los recoja, realizar una acción sin buscar la aprobación del cuidador); ausencia de señalamiento para formular demandas; carencia de participación en los juegos interactivos con el cuidador; aparente falta de extrañeza ante la ausencia de la madre frente a la presencia de un extraño; falta de respuesta ante el llamado; ausencia total de balbuceo; inexpressión y falta de interés por la atención de su cuidador; utilización de los objetos de forma estereotipada y no lúdica; y por último, discapacidad sensorial que dificulta en gran medida la comunicación con su entorno (Larbán, 2008).

Larbán plantea que los factores de riesgo para un posible diagnóstico de TEA se observan no solo en los niños, sino también en sus cuidadores. Entre estos se encuentran la depresión y desconexión emocional del cuidador, que le impiden establecer una comunicación empática con el bebé y la ausencia completa o parcial de la función paterna, o la existencia de la misma de forma intrusiva y descalificadora, que influye negativamente en la relación madre-hijo. La acumulación de estas conductas o signos de alarma presentes en el desarrollo temprano del niño, acentúan y aumentan el riesgo de un funcionamiento de tipo autista. Por lo tanto, cuanto mayor es el riesgo, mayor será la necesidad de seguimiento, exploración y evaluación, por parte del profesional (Larbán, 2008).

Tras la sospecha diagnóstica de un TEA existen varias evaluaciones o test que se deben aplicar para su confirmación o bien para su descarte. Entre los más utilizados están los métodos estandarizados para la medición del TEA como el Autism Diagnostic Interview (ADI), una entrevista que se aplica a los cuidadores de sujetos de 2 años en adelante, para el diagnóstico y planificación del tratamiento. Se cuenta también con el Autism Diagnostic Observational Schedule (ADOS), un método de observación para niños a partir de los 2 años de edad, que permite establecer un diagnóstico preciso de TEA a partir la edad, los niveles de desarrollo y habilidades lingüísticas (Baron-Cohen, 2008). También se consideran válidos y cada vez más usuales, otros instrumentos de detección como El Cociente del Espectro

Autista o The Autism Spectrum Quotient (AQ), que puede ser empleado a niños de 4 años en adelante, el cual mide la cantidad de rasgos autistas que puede presentar un individuo. Existen algunas variaciones de este test en función de la población a la que vaya a ser aplicada, como el AQ Infantil (The Child AQ), de 0 a 1 año, el AQ para adolescentes (The Adolescent AQ) y el Q-CHAT (Quantitative Checklist for Autism in Toddlers), para niños de 1 a 3 años de edad (Baron-Cohen, 2008).

Para el diagnóstico del TEA es importante especificar si éste se acompaña o no de un déficit intelectual, un deterioro del lenguaje, o si está asociado a una afección médica, genética o a un factor ambiental conocidos; también se debe registrar si está acompañado de otro trastorno del desarrollo neurológico, mental o del comportamiento, o si a su vez, incluye catatonía (APA, 2013). Con frecuencia, las personas con TEA suelen manifestar otros síntomas adicionales, que no necesariamente forman parte del diagnóstico ya establecido, por ejemplo, se pueden evidenciar fobias, trastornos alimenticios, manifestaciones agresivas y/o autolesivas; en especial cuando el diagnóstico se acompaña de retraso mental grave. El TEA no siempre se acompaña de un índice de CI bajo, sin embargo, según el CIE-10, aproximadamente el 75% de los casos tiene un retraso mental significativo además de autismo (Organización Panamericana de la Salud, 1995). Por esta razón, es importante que se realice un diagnóstico diferencial, previo al diagnóstico definitivo.

Los programas de intervención para el Trastorno del Espectro Autista están dirigidos a potencializar distintas áreas del desarrollo, a la vez que pretenden promover una mayor independencia. Existen varios modelos de intervención para el TEA, los cuales pueden resumirse en: Intervenciones Biomédicas (se recurre a la medicación y a la medicina complementaria como dietas de exclusión, etc.) e Intervenciones Psicoeducativas, que a su vez incluyen Intervenciones Conductuales (aprendizaje de nuevos comportamientos y habilidades), Intervenciones Evolutivas (adquisición de técnicas de comunicación y refuerzo del lenguaje, al igual que otras habilidades funcionales), Intervenciones Basadas en Terapias (desarrollo de habilidades sociales y desarrollo sensoriomotor), Intervenciones Basadas en la Familia (entrenamiento y soporte a los miembros de la familia) e Intervenciones Combinadas (se emplean elementos conductuales y evolutivos) (Mulas et al., 2010).

La evidencia disponible hasta el momento acerca del modelo de intervención más efectivo para el TEA, actualmente es insuficiente e inconclusa; sin embargo, se ha llegado a la conclusión de que existen algunos elementos comunes entre los modelos, que en conjunto podrían crear un programa de intervención óptimo y completo. Estos serían la entrada precoz

al programa de intervención, sin esperar hasta el diagnóstico definitivo; la intervención intensiva con el mayor número de horas de terapia individual que el niño pueda recibir; la inclusión de la familia en el tratamiento; la posibilidad de interacción con otros niños de la misma edad, con un desarrollo normal; la medición frecuente de los progresos; los programas altamente estructurados, con rutinas predecibles y actividades visuales con límites físicos para evitar la distracción; la continuidad de las actividades aprendidas y finalmente, el uso de programas de evaluación que promuevan tanto la comunicación funcional y espontánea, como las habilidades sociales (atención conjunta, imitación, interacción recíproca, iniciativa y autocuidado), las habilidades funcionales adaptativas (independencia, responsabilidad, etc.), la reducción de conductas maladaptativas, las habilidades cognitivas (juego simbólico, habilidades académicas y de destreza según el grado de desarrollo del niño) y el desarrollo de funciones ejecutivas (Mulas et al., 2010).

La intervención en el TEA, por lo tanto, debe continuar como un modelo multidisciplinario que involucre no sólo a los especialistas respectivos, sino también a la familia, al entorno escolar y a la comunidad (Mulas et al., 2010). En cuanto a su manejo, el enfoque integral del TEA debe incluir un plan de rehabilitación que considere las necesidades individuales de cada uno, con el fin de mejorar la calidad de vida del paciente y promover su integración en la sociedad (MSP, 2017). El diagnóstico temprano del TEA, a su vez facilitaría las intervenciones basadas en el desarrollo del apego seguro y el aprendizaje de estrategias de afrontamiento para los cuidadores (Kahane & El-Tahir, 2015).

## **2.4 Establecimiento del Vínculo con la Madre en Niños con Trastorno del Espectro Autista**

Como se ha expuesto con anterioridad, la relación de apego entre padres e hijos se refiere a ciertos aspectos que tienen como objetivo, entre otros, la regulación de la activación del estrés o la restauración del sentido de seguridad del niño (Hennighausen & Lyons-Ruth, 2010). A diferencia de lo que se pensaba algunos años atrás, varios estudios han demostrado que si bien en el TEA existe un déficit importante en la comunicación social y en el establecimiento de relaciones sociales, los niños que han sido diagnosticados con este trastorno son evidentemente capaces de desarrollar una conducta de apego con su figura de apego principal, que se evidencia al buscar a la madre tras la separación o al sentirse afligidos o inseguros; incluso se ha observado que existe una discriminación entre sus cuidadores y

personas desconocidas, pues dirigen más conductas sociales a sus padres que a los extraños (Rutgers, Bakermans-Kranenburg, Van IJzendoorn, & Van Berckelaer-Onnes, 2006).

Las investigaciones de los últimas dos décadas han concluido que el apego es efectivamente compatible con el TEA, sin embargo, han encontrado también, que la conducta de apego en los niños con autismo es diferente a la de los niños con un desarrollo normal (Kahane & El-Tahir, 2015). Una investigación llevada a cabo por Wing y Gould en 1979, propuso una subclasificación para distintos tipos de conducta social, basada en la interacción, en niños con autismo, entre las cuales se identificaron 3 subtipos: distante, pasivo y activo pero extraño. Los niños con un estilo de conducta distante se caracterizan por ser indiferentes o evitativos ante la iniciativa social de los otros; el estilo de conducta pasivo da cuenta de una falta de interés en la interacción con los demás, sin embargo no manifiesta un rechazo activo hacia el contacto con otros y por último, el estilo activo pero extraño se presenta en los niños como el deseo de interactuar con otras personas, pero su manera de hacerlo es percibida como egocéntrica y extraña (Rutgers et al., 2006).

Las dificultades en la comunicación y reciprocidad social, sobretodo con sus padres, afecta la capacidad de los niños con TEA, de confiar en la disponibilidad y respuesta de su cuidador, lo que a su vez influye en la calidad del vínculo afectivo entre ambos (Teague, Gray, Tongue, & Newman, 2017). La conducta de apego entre los niños con TEA y sus padres puede tardar más tiempo en desarrollarse, en este sentido, un estudio realizado en 1993 concluyó que la conducta de apego en niños con TEA podría cambiar de insegura a progresivamente segura, con el paso de los años. La presencia de un TEA, por lo tanto, puede alterar los patrones típicos de conducta de un apego seguro, pero sin duda no imposibilita su desarrollo (Rutgers et al., 2006).

Por otro lado, existen varios factores que pueden influir en el vínculo con las figuras de apego. La evidencia sugiere que las deficiencias en la respuesta a la interacción con el otro y en la búsqueda y mantenimiento del contacto, son algunos de los elementos más comunes que dificultan la relación con el cuidador (Rutgers et al., 2006); esto ocurre puesto que la mayor parte del tiempo, para los padres constituye un desafío el sintonizarse con la intersubjetividad de sus hijos, de la misma manera que para los hijos resulta desafiante entender y predecir la conducta de su cuidador. Los padres de niños con TEA enfrentan problemas significativos en lo que respecta al cuidado de sus hijos, con mayor frecuencia que los padres de niños sin autismo o con otra condición (Teague et al., 2017); estas dificultades incluyen niveles mucho más altos de estrés, relacionados principalmente con la

gravedad del diagnóstico, el nivel de dependencia de sus hijos y su falta de adaptabilidad al medio, la preocupación acerca de la aceptación social del niño y su futuro sin la presencia de los padres, y un riesgo acrecentado de desarrollar depresión, sentimientos de ineficacia en la crianza de sus hijos y un estado de salud mental pobre (Rutgers et al., 2006).

Los estudios realizados hasta la actualidad, han demostrado que los niños con TEA son capaces de formar un apego seguro y organizado con sus cuidadores, sin embargo, los porcentajes en comparación con pequeños con un desarrollo normal o con algún otro tipo de discapacidad, son realmente bajos. Adicionalmente, se observó que mientras más grave sea el diagnóstico de TEA, menor será la probabilidad de que el infante pueda desarrollar un apego seguro; lo que a su vez se relaciona con una menor respuesta social hacia el cuidador, escasa interacción entre ambos, posibles rupturas en el vínculo, etc. Así, los niños con un diagnóstico menos severo y sin comorbilidades podrían superar las dificultades en cuanto al apego y la reciprocidad social, recurriendo a estrategias de tipo cognitivo que posibiliten la construcción de un apego más seguro (Teague et al., 2017). Por otro lado, el número de investigaciones en torno a la sensibilidad materna y el apego en el TEA, son por el momento limitadas, no obstante los resultados sugieren que las madres con una mayor resolución o capacidad para entender y aceptar la condición y el mundo interno de sus hijos (Kahane & El-Tahir, 2015), tienden a ser más sensibles y oportunas durante la interacción, resultando en un apego seguro (Teague et al., 2017).

Se encontró también, que los niños diagnosticados con TEA que tienen un apego seguro, manifiestan un mayor nivel de juego simbólico que quienes no lo tienen (Kahane & El-Tahir, 2015). Piaget define al juego simbólico como una asimilación de lo real reforzada por un lenguaje simbólico, construido por el yo del niño y modificado de acuerdo a sus necesidades. Postula que el juego o ritual lúdico se convierte en símbolo cuando el niño adquiere conciencia de la ficción, es decir, cuando hace “como si”. Para este autor, los primeros símbolos lúdicos se manifiestan cuando el niño empieza a hablar, por lo tanto, ocurren simultáneamente junto con los primeros signos verbales (Shuare & Montealegre, 1997).

La conexión entre el apego y el juego simbólico reside en la conducta exploratoria del niño, que requiere de una base segura para desarrollarse y habilitar el juego simbólico (Kahane & El-Tahir, 2015). En otras palabras, parece ser que la conducta de apego en niños con TEA cumple con las mismas funciones que en los niños con un desarrollo normal (Teague et al., 2017); si la sensibilidad de los padres tiene la capacidad de promover un apego seguro en los pequeños con autismo, ésta podría funcionar como un factor protector

y ofrecer un mejor pronóstico en lo que respecta a las habilidades sociales y cognitivas (Rutgers et al., 2006).

Actualmente, existen algunas intervenciones enfocadas en el apego y su desarrollo en niños con TEA. En vista de la asociación entre el estado mental de los padres y el apego, tanto en niños con y sin un diagnóstico de autismo, algunos programas de intervención se orientan a los mismos, con el objetivo de generar un cambio en el tipo de apego de los pequeños. Otros, apuntan hacia las conductas parentales y cómo adaptarlas para generar un apego seguro en sus hijos, pero sobretodo un gran número de éstos pretenden incrementar la sensibilidad del cuidador (Dozier, 2010). Estudios meta-analíticos realizados en 1995 y en años posteriores, demostraron que este tipo de abordaje podría en efecto, mejorar la sensibilidad parental y desarrollar un apego seguro en los niños, sobretodo si la intervención tiene una duración relativamente corta, de máximo 16 sesiones, se inicia a los seis meses de edad y se orienta únicamente a las conductas de los padres y a la sensibilidad (Juffer, Bakermans-Kranenburg, & IJzendoorn, 2010).

Por otro lado, algunas investigaciones realizadas en Holanda, con respecto a las intervenciones basadas en el apego, revelaron que parecería ser que los programas de intervención destinados a mejorar la sensibilidad de los padres, tienden a ser más exitosos en aquellos que se encuentran motivados a aprender nuevas formas de responder y manejar a sus niños “difíciles”; mientras que para las familias con mayor riesgo de un TEA, resultan más efectivas las intervenciones de mayor intensidad y duración (Egeland, 2010). Sin embargo, los programas más recientes basados en el apego han demostrado haber obtenido resultados mixtos, probablemente debido a la falta de exactitud alrededor de la sensibilidad parental y su relación con el apego seguro en niños con TEA (Teague et al., 2017).

En la actualidad, pocas intervenciones han sido diseñadas específicamente para prevenir un tipo de apego desorganizado, lo que produce una brecha en las investigaciones realizadas hasta el momento, debido en primer lugar, a que el apego desorganizado es un factor de riesgo para el desarrollo de psicopatologías a largo plazo, por lo que es sumamente importante dirigir las intervenciones basadas en el apego en términos de su potencial para prevenir un apego desorganizado y en segundo lugar, debido a que incluso los niños con TEA que tienen un apego seguro, son considerados como inseguros cuando su conducta de apego refleja algún tipo de desorganización. Para Benoit, tras el descubrimiento de una nueva clasificación del apego, el Apego Desorganizado (Tipo D), surgieron nuevos desafíos para las intervenciones basadas en el apego, las cuales no deberían estar enfocadas

exclusivamente en los factores que determinan el apego organizado (Tipos A, B y C), tales como las representaciones mentales de los padres y los comportamientos sensibles del apego inseguro, sino también en las determinantes del apego desorganizado (Juffer et al., 2010).

Finalmente, en base a las investigaciones realizadas sobre el apego y los resultados de las intervenciones dedicadas a modificarlo, sería importante incluir en los programas de prevención e intervención, visitas domiciliarias y programas de educación para los padres de los pequeños con alto riesgo de TEA y evaluar nuevas aproximaciones dirigidas a cambiar las representaciones cognitivas y mentales de los padres o cuidadores; estos programas deberían apuntar a las necesidades individuales de cada familia y a la explotación de sus fortalezas (Egeland, 2010). Otra posible aproximación terapéutica para la modificación del apego y las relaciones sociales en niños con TEA, son los modelos mixtos de intervención enfocados en la psicoeducación, dentro de los cuales se incluye la Terapia Asistida por Animales (Muñoz et al., 2013).

## CAPÍTULO III

### HIPOTERAPIA

#### 3.1 Terapia Asistida por Animales

Desde los inicios de la civilización, el vínculo entre animales y humanos ha sido entre otras cosas, terapéutico. Si bien las intervenciones con la asistencia de animales se remontan siglos atrás, la recopilación de la información y documentación científica, inició apenas hace 40 años aproximadamente. En 1792 el doctor William Tuke, uno de los fundadores del York Retreat en Inglaterra, fue el primero en introducir animales en el tratamiento de enfermos mentales sin métodos coercitivos, con el fin de apaciguar el ambiente que se vivía en los psiquiátricos de la época. Posteriormente, entre 1944 y 1945, Estados Unidos implementó por primera vez una terapia asistida por animales en el Army Air Force Convalescent Center en Nueva York, cuyo objetivo era fomentar el trabajo de los veteranos de guerra con lesiones físicas y traumas emocionales, a través del cuidado de animales de granja y el estudio de la fauna local. Hasta entonces, gran parte de la bibliografía sobre los animales en entornos terapéuticos se limitaba a interacciones casuales entre animales y personas en estos espacios, pues su presencia estaba destinada a distraer a los pacientes o a proporcionarles el placer tradicionalmente asociado al cuidado de las mascotas (Martínez Abellán, 2008).

Sin embargo, en 1969 el psiquiatra Boris M. Levinson adoptó oficialmente el término “animales terapéuticos” y fue el primero en describir los beneficios terapéuticos de los animales de compañía en niños y adultos institucionalizados y externos, tras la publicación de un artículo donde describía su primera experiencia con la terapia con animales; Jingles, su perro, se encontraba de casualidad en su consulta cuando apareció un paciente con su madre; tras este encuentro, Levinson cayó en cuenta de que el niño, quien era muy retraído y poco comunicativo, reaccionó positivamente ante la presencia de la mascota. La interacción entre el pequeño y el perro, no solo facilitó el tratamiento sino también le permitió descubrir que Jingles asumía un papel de intermediario entre él y su paciente, posibilitando que el niño adquiriera confianza progresivamente en el entorno terapéutico. Del mismo modo, Levinson llegó a la conclusión de que al extender la Psicoterapia Facilitada por Animales de Compañía (Pet Facilitated Psychotherapy) al tratamiento de otras patologías, obtendría mejores resultados en niños con trastornos emocionales, problemas de comunicación, discapacidad física, mental o sensorial, autismo, esquizofrenia, trastorno

obsesivo-compulsivo, entre otros. Según Levinson, esta intervención resulta especialmente beneficiosa para niños autistas, ya que por medio del animal se refuerza el contacto con la realidad; él creía que los animales dentro de este contexto cumplen con el rol de objetos transicionales, con el fin de que el niño establezca una relación primero con el animal, después con el terapeuta y posteriormente con los demás. Finalmente, a partir de 1970 la Terapia Asistida por Animales experimentó una gran expansión en Estados Unidos y varios países de Europa (Martínez Abellán, 2008).

Las intervenciones asistidas por animales cuentan con tres modalidades que incluyen: la Terapia Asistida por Animales, las Actividades Asistidas por Animales y los Programas de Animales de Servicio (Muñoz et al., 2013). De acuerdo con la Delta Society (1992), la Terapia Asistida por Animales (TAA) o Animal Assisted Therapy se trata de una intervención en la que se incorpora un animal como parte integral del proceso de tratamiento, lo cual tiene como objetivo promover la mejoría de las funciones físicas, psicosociales y/o cognitivas de quienes participan de ella (Martínez Abellán, 2008). Otros autores definen a la TAA como una intervención directa que cuenta con objetivos prediseñados, en la que participa un animal con criterios predeterminados como parte indispensable del tratamiento, con el fin de obtener beneficios físicos, sociales, emocionales y cognitivos (Cabra, 2012). La TAA por lo tanto, pretende integrar varios planos de trabajo: médico, psicológico, psicoeducativo y social, a la vez que se centra en la diversidad, es decir, está diseñada para abordar distintas condiciones, como problemas médicos específicos, deficiencias físicas, sensoriales o mentales, trastornos del desarrollo, entre otros (Martínez Abellán, 2008).

Por otro lado, las Actividades Asistidas por Animales (AAA) se definen como aquellas que se llevan a cabo con la ayuda de animales que reúnen ciertos requisitos; son actividades informales que pueden también ser recreativas, por lo que tienen cierta flexibilidad y muchas veces se realizan de manera espontánea. Promueven la interacción entre el humano y el animal estimulando la socialización, la motivación, la educación, entre otros beneficios que posibilitan una mejoría en la calidad de vida de las personas (Muñoz et al., 2013). Las AAA no están dirigidas por un terapeuta ni son evaluadas a esos efectos, y pueden realizarse en diversos ambientes (Martínez Abellán, 2008). Por último, los Programas de Animales de Servicio (PAS) recurren al uso de animales entrenados, con el fin de ayudar a las personas con discapacidad a afrontar sus problemas funcionales en el desempeño de sus actividades en el día a día (Muñoz et al., 2013).

En su aplicación, la TAA emplea ciertos tipos de animales como perros, equinos, delfines, gatos, pájaros, peces, entre otros. Sin embargo, entre las modalidades más reconocidas de la Terapia Asistida por Animales se encuentran la Hipoterapia, la Terapia Asistida por Pequeños Animales (como perros, gatos y otros animales domésticos) y la Delfinoterapia (Cabra, 2012). La terapia asistida por caballos o Hipoterapia, es uno de los recursos más extendidos y utilizados en el mundo; se trata de un conjunto de técnicas rehabilitadoras complejas que pueden ser aplicables para una gran variedad de cuadros de discapacidad (Arias, Arias, & Morentin, 2008). Algunos de los principios terapéuticos con los que trabaja la hipoterapia son la relajación muscular, el aumento de la sensopercepción, la estimulación de la motricidad, el incremento de la interacción social y capacidad de adaptación, entre otros. La Terapia Asistida por Pequeños Animales apunta hacia el efecto positivo que produce la presencia del animal en distintos procesos terapéuticos como desórdenes de conducta, Esquizofrenia, Síndrome de Down, Autismo y otras discapacidades cognitivas y físicas. Entre las terapias con animales de compañía con mayor reconocimiento a nivel mundial está la Canoterapia o terapia con perros, sin embargo, existen también importantes registros acerca de terapias alternativas con la asistencia de gatos, peces y animales de granja. Finalmente, la Delfinoterapia se centra en el trabajo con el paciente dentro y fuera del agua con delfines; de acuerdo con la Fundación Aqua Thought se ha concluido que gracias a la apertura y tolerancia de los delfines, los pacientes pueden desarrollar una mejor sincronización de los dos hemisferios cerebrales ante el contacto con ellos (Cabra, 2012).

Son varios los factores que pueden hacer de las intervenciones con asistencia de los animales, exitosas o no, sin duda, entre los más significativos cabe destacar la selección del animal y el usuario y la contratación de personal adecuadamente entrenado, siempre planteando protocolos con metas realistas (Muñoz et al., 2013). La TAA debe ser dirigida por profesionales especializados en la modalidad que se vaya a emplear, que además cuenten con una formación en Etología y atención a la diversidad y tengan conocimiento en evaluación y control de calidad, así como en las necesidades sanitarias de los animales. Por otro lado, ciertos autores indican que la esencia de la TAA reside en introducir un animal no amenazante en la intervención, que actúe como catalizador de emociones que no han logrado aún ser tramitadas. Así, algunos de los requisitos que deben reunir los animales escogidos para cada tipo de terapia son adaptarse a la condición a tratar, estar en buen estado físico, cumplir con todas las normas sanitarias, estar adiestrados específicamente para trabajar en entornos y circunstancias especiales y comportarse de manera adecuada ante posibles

reacciones inesperadas, como por ejemplo, crisis agresivas y ansiosas de los pacientes, etc. (Martínez Abellán, 2008). En este sentido, es necesario recalcar la importancia ética del trato adecuado a los animales, respetando sus periodos de descanso y en lo posible, evitando exponerlos a situaciones de estrés (Muñoz et al., 2013).

La TAA puede operar bajo distintos mecanismos de acción, entre los cuales se encuentran: (1) la estimulación multisensorial, (2) la representación del animal como un objeto transicional, (3) la utilización de los animales como modelos, (4) el reforzamiento de conductas y (5) la reducción del estrés. En el caso de (1) la estimulación multisensorial, se trabaja con una terapia controlada que tiene como objetivo la integración de los sentidos en las personas con déficits físicos y psíquicos, potenciando la comunicación, facilitando la expresión de afectos y estimulando el ejercicio físico a partir de una serie de tareas como la diferenciación de sensaciones (sonidos, colores, temperatura, olores, etc.) y otras actividades que favorezcan a la motricidad (pensar objetos, verterlos, alcanzarlos, etc.) (Cabra, 2012).

Respecto a (2) la representación del animal como un objeto transicional, como ya lo mencionó Levinson, representa el principio de enlace entre la realidad y la fantasía en el niño, quien a medida que crece, su necesidad por el objeto transicional (en este caso el animal) disminuye hasta desaparecer; sin embargo, el objeto puede reaparecer en momentos de tensión emocional y actuar como un mecanismo seguro para reducir la ansiedad (Cabra, 2012). El animal de compañía también puede introducirse en procesos de proyección, siendo más efectivo que los juguetes u otros objetos, ya que provoca en el niño una gama de reacciones más amplia, haciendo que sea más fácil que el pequeño traslade su interés a las personas y comience a comunicarse a largo plazo (Martínez Abellán, 2008).

En cuanto a (3) la utilización de los animales como modelos, sobretodo para niños con TEA, se crean actividades que primero realizará el animal y luego el pequeño, promoviendo la concentración y la consecución de instrucciones, en un ambiente sin estrés. Por otro lado, (4) a través del reforzamiento de conductas se puede trabajar con problemas conductuales, lenguaje verbal y no verbal, razonamiento lógico matemático, etc., y por último, (5) la reducción de estrés se maneja por medio del contacto físico con el animal (Cabra, 2012).

Serpell (1981) por su parte, destaca tres características de las TAA que hacen posible que los animales fomenten el inicio del cambio terapéutico; en primer lugar, está la categoría instrumental que incluye a la TAA en sí misma (hipoterapia, canoterapia, delfinoterapia, etc.), para personas con algún tipo de discapacidad o condición, pues el contacto físico con el animal y la interacción con el mismo, como la extensión de su propio cuerpo, incrementan

la coordinación y la movilidad, aumentando la confianza y el autoestima; en segundo lugar, se encuentra la interacción pasiva que se reduce a la simple contemplación de las actividades animales, lo que promueve un estado relajante de meditación o ensueño, cuyos beneficios persisten mientras se realice la actividad; y en tercer lugar, la categoría antropomórfica, que abarca a los animales de compañía (perros, gatos, periquitos) que tienen la capacidad de formar un vínculo afectivo con el paciente. El resultado terapéutico de esta actividad depende de si la persona logra percibir al animal como otro individuo capaz de transmitirle afectos positivos, así podría suponerse que este enfoque sería especialmente beneficioso para quienes se sienten no aceptados o enajenados socialmente (Martínez Abellán, 2008).

Las intervenciones con la asistencia de animales no solo permiten el desarrollo de habilidades para la socialización a niños, jóvenes y adultos con distintos tipos de discapacidad, sino también posibilitan la evolución de ciertas limitaciones físicas y psicomotrices, proporcionan un entrenamiento para la responsabilidad en pacientes institucionalizados y pueden facilitar el camino hacia una posible resistencia inicial a otro tipo de terapias (Martínez Abellán, 2008). Varias investigaciones acerca de los beneficios de la TAA han concluido que entre las patologías que más se benefician de este tipo de terapias se encuentran el TEA, la Parálisis Cerebral, el Alzheimer y otro tipo de demencias, al igual que una gran mayoría de discapacidades psicomotrices.

En el TEA, los resultados de las intervenciones con animales reflejan una reducción de los movimientos estereotipados, mayor apertura social, entre otros (Cabra, 2012). Para personas con Parálisis Cerebral, la hipoterapia ha sido el tratamiento más utilizado, con notables mejorías en la motricidad gruesa y la simetría corporal. En el tratamiento del Alzheimer y otras demencias, la introducción de canes en el proceso reflejó disminución de la ansiedad y de sentimientos de tristeza, así como incremento de emociones positivas y de la actividad motora (Muñoz et al., 2013). Finalmente, para discapacidad física y motriz es muy reconocida la terapia con caballos, ya que se ha evidenciado una reducción en la espasticidad de los miembros inferiores y una mejoría en el equilibrio y la marcha, sobretodo en pacientes con Accidente Cerebrovascular; para las personas con Esclerosis Múltiple, la hipoterapia ha contribuido a la participación social y a una mejor calidad de vida (Muñoz et al., 2013).

En conclusión, si bien la Terapia Asistida por Animales tiene valor en sí misma, sigue siendo un tratamiento integral y complementario, pues lo que se pretende a través de ella, es que esta nueva línea de investigación contribuya a mejorar la calidad de los procesos y resultados de la atención a la diversidad, así como la calidad de vida de los pacientes cuya

forma de vivir e interactuar con el mundo, con regularidad, no son lo suficientemente aceptadas ni valoradas (Martínez Abellán, 2008).

### **3.2 Hipoterapia**

Históricamente, los griegos fueron pioneros en describir a la equitación como un recurso para mejorar la salud y el bienestar de las personas con discapacidad; Hipócrates fue el primero en detallar los beneficios de los caballos en los procesos de rehabilitación, definiendo a la hipoterapia como un ejercicio universal (Anderson & Meints, 2016). Tras la Primera Guerra Mundial, se implementaron por primera vez los programas de rehabilitación a través de la monta a caballo, dirigidos principalmente para heridos de guerra (Arias et al., 2008), sin embargo, no fue hasta los años 90 que se emplearon oficialmente los términos Actividades y Terapias Asistidas por Caballos, establecidos por la Professional Association of Therapeutic Horsemanship International (PATH Intl.) (Anderson & Meints, 2016). La Terapia Asistida por Caballos (TAC) es una terapia complementaria a las ya existentes, como la fisioterapia, psicoterapia, educación especial, entre otras, que utiliza al caballo como mediador para mejorar la calidad de vida de las personas con discapacidad física, intelectual o sensorial, problemas de salud o de adaptación social. Dentro de la Terapia Asistida por Caballos o Equinoterapia existen distintas modalidades con ligeras variaciones de acuerdo a la condición del paciente, una de ellas es la hipoterapia (Arias et al., 2008).

El concepto de hipoterapia proviene de la palabra griega *Hippos* (caballo) y significa tratamiento con la asistencia de caballos; según la American Hippotherapy Association, la hipoterapia se define como una terapia física, ocupacional o de lenguaje que emplea el movimiento del caballo como una estrategia para el tratamiento de deficiencias funcionales y de personas con discapacidad del sistema neuromotor o algún tipo de disfunción sensorial, como parte de un tratamiento integral y complementario, con el fin de alcanzar metas funcionales (Professional Association of Therapeutic Horsemanship International, 2018). La hipoterapia es un tratamiento esencial para niños y adultos con discapacidad ya que trabaja bajo el contexto de la terapia mientras ofrece el soporte necesario para desafiar las deficiencias del sistema sensoriomotor y cognitivo. Esta intervención debe ser realizada por un especialista en hipoterapia, un terapeuta ocupacional, un terapeuta físico o un terapeuta de lenguaje (Ajzenman, Standeven, & Shurtleff, 2013).

Asistir a sesiones de hipoterapia, sin importar el tipo de discapacidad o el grado de dependencia del paciente, tiene múltiples beneficios entre los cuales destacan la adquisición o mejora del equilibrio, fuerza, resistencia, coordinación, aumento del tono muscular y el desarrollo de sentimientos de independencia, confianza y bienestar. El hecho de incluir caballos en el tratamiento como estrategia de rehabilitación física asegura una posición activa del sujeto (Arias et al., 2008); debido a que cada paso que da el caballo es un desafío para la estabilidad, éste debe esforzarse por reajustar su postura continuamente con el fin de mantener el ritmo del animal. Durante la sesión, el caballo en una caminata da 100 pasos por minuto aproximadamente, lo que obliga a la persona a responder ante la variación del movimiento para no perder el equilibrio (Ajzenman et al., 2013).

Por otra parte, la biología evolutiva y conductual afirman la existencia de estructuras y mecanismos universales básicos que subyacen al comportamiento social, tanto en humanos como en animales, que permiten el desarrollo de las relaciones sociales interespecies y posteriormente influyen sobre la conducta social entre individuos. Así, la bibliografía sugiere que los caballos son capaces de detectar cambios diminutos en el lenguaje corporal del ser humano, lo que les permite actuar como un espejo con el objetivo de que el participante tenga una retroalimentación de su propia psique (Anderson & Meints, 2016).

La creciente acogida de la terapia asistida por caballos alrededor del mundo, ha permitido su reconocimiento por parte de importantes organizaciones como la OMS y otras instituciones dedicadas a la promoción de la salud (Arias et al., 2008). De esta manera, existen a nivel mundial, varias asociaciones que promueven la TAC como una herramienta para el tratamiento de distintos tipos de discapacidad. Una de las más reconocidas es la PATH Intl., que se ha consolidado como la autoridad global de las terapias y actividades asistidas por equinos, encargada de regular las condiciones de seguridad y resultados positivos de las mismas. PATH Intl. fue creada en Estados Unidos en 1969, como una asociación sin fines de lucro con el objetivo de capacitar a profesionales y acreditar programas de rehabilitación para personas con necesidades especiales; actualmente cuenta con 881 centros ubicados en distintos países y más de 5.000 instructores especializados (PATH, 2018). Europa por su parte, cuenta también con una organización reguladora similar, la Federation of Horses in Education and Therapy International en Bélgica (HETI) que contribuye a la creación de nuevos programas de atención para la discapacidad en aproximadamente 45 países diferentes (Federation of Horses in Education and Therapy International, 2018).

### **3.3 Autismo e Hipoterapia**

La hipoterapia, como ya se mencionó con anterioridad, está indicada para varios trastornos y condiciones, entre ellos, el Trastorno del Espectro Autista. Como se sabe, el TEA implica una serie de deficiencias y retrasos en varias áreas del desarrollo; el compromiso en actividades significativas, por ejemplo, se encuentra reducido con frecuencia y es esencial para un crecimiento típico. El compromiso se puede definir como la interacción intencional, persistente, activa y enfocada con el entorno, incluyendo objetos y personas. En el autismo los niños tienden a pasar más tiempo no comprometidos con la actividad que se esté realizando y durante los periodos en los que si logran comprometerse, muestran un mayor interés y atención por los juegos solitarios u otros objetos, más que por quienes les rodean. Este tipo de comportamiento resulta contraproducente para el desarrollo, ya que el compromiso y el interés son la clave para el aprendizaje. En este sentido, varios estudios han demostrado que la variedad de ejercicios que se llevan a cabo durante la hipoterapia, pueden generar un sentido de compromiso en los niños con TEA e incentivarlos a involucrarse en actividades relacionadas con animales que promuevan experiencias positivas y comprometidas, que se generalicen posteriormente a otros entornos y personas (Llambias, Magill-Evans, Smith, & Warren, 2016).

Por otro lado, los pequeños con TEA presentan déficits en la modulación e integración sensorial; la modulación permite la filtración de estímulos irrelevantes y el mantenimiento de un nivel óptimo de excitación, que facilita la atención a las demandas del medio con un mayor compromiso en las tareas. Por lo tanto, las estrategias para regular la sobreexcitación se manejan por medio de la estimulación del sistema vestibular y propioceptivo, a través de la marcha y la velocidad del caballo, que provocan un efecto relajante mediante una caminata tranquila e invariable o un efecto de alerta a partir del trote o un paseo rápido (Llambias, Magill-Evans, Smith, & Warren, 2016).

A pesar de que las deficiencias motoras no se consideran como características del TEA, entre un 80%-90% de los niños que han sido diagnosticados manifiestan estos síntomas. Las dificultades en el control motor pueden afectar la capacidad del niño para realizar movimientos coordinados y participar en actividades que promuevan el desarrollo, lo que a su vez puede influir negativamente en la comunicación e interacción social y en el desempeño de tareas diarias. El desarrollo del sistema postural en estos pequeños está

retrasado, lo que puede tener un impacto negativo en la manipulación manual, planeación y ejecución de movimientos secuenciales y en la motricidad tanto fina, como gruesa. Por lo tanto, la inhabilidad para controlar adecuadamente el sistema motor puede limitar la interacción con el mundo físico y social que rodea al niño, reduciendo así sus posibilidades de desarrollar habilidades sociales apropiadas, pudiendo contribuir al aislamiento, ansiedad y problemas emocionales para él y su familia. A través de las sesiones de hipoterapia se ha evidenciado una notable mejoría en la estabilidad del tronco, que a su vez posibilita un movimiento más funcional de las extremidades superiores; un mejor control postural promueve en el niño, una mayor disposición para participar en interacciones sociales y ciertas actividades de ocio de baja demanda como colorear, cortar, entre otros, y de cuidado personal como atarse los cordones o vestirse por su cuenta (Ajzenman et al., 2013).

La bibliografía sugiere que entre sus múltiples beneficios, la hipoterapia provee estimulación multisensorial que incrementa las habilidades cognitivas, sociales y motoras en niños con TEA. Un estudio reveló que montar a caballo estimula el cerebro de los pequeños con autismo a partir de estímulos nuevos y diferentes que no se perciben como amenazantes. Durante las sesiones, en especial cuando el caballo está al trote, los niños reaccionan y evidencian su comodidad por medio de risas y gestos, lo que genera en ellos un interés en mostrar su estado de ánimo a los demás, a través de balbuceos y sonidos, y en un nivel más avanzado, con palabras y actividad física. Así, estos cambios tanto emocionales como cognitivos, conllevan a una iniciación y mantenimiento de las interacciones sociales, una mejor comprensión afectiva y tras un dominio óptimo del caballo, un incremento en la eficacia, el autoconcepto, la autoestima y el autocontrol. Adicionalmente, se ha registrado una reducción de emociones negativas como el miedo, la ira, la desconfianza y la tristeza (Ghorban, Sedigheg, Marzieh, & Yaghoog, 2013).

Otra de las utilidades de la hipoterapia, reside en un aumento de la motivación social y un posible decremento de la búsqueda de sensaciones y movimientos estereotipados (Llambias et al., 2016). Por otro lado, varias investigaciones han hallado también, una reducción en las conductas no adaptativas en los niños con TEA, lo que a su vez posibilita una regulación de los niveles de estrés y un incremento en la confianza y en la participación social, a través del acercamiento físico y la comunicación no verbal. El desarrollo de la empatía mediante la constante interacción y contacto con el caballo permite un mejor desenvolvimiento social, al reforzar la capacidad de los niños para analizar e identificar estados emocionales en los otros y responder adecuadamente a los mismos (Anderson & Meints, 2016). Del mismo

modo, se ha evidenciado un progreso en la capacidad para lidiar con la frustración, enfrentar nuevas experiencias sociales y seguir instrucciones sencillas (Ajzenman et al., 2013).

Otro estudio reveló que la comunicación en niños con autismo tras participar en las sesiones de hipoterapia, mejoró junto con otras conductas, como el contacto visual; así, se observó una mayor búsqueda de respuestas emocionales gratificantes, a partir del contacto visual con los padres. Una de las posibles explicaciones a este suceso se debe a que el significado emocional y cognitivo de los estímulos sociales y ambientales que los rodean, cambió de amenazante a placentero debido a que los pequeños empezaron a ver el mundo de forma positiva, impulsándolos a compartir sus emociones, intereses y logros con sus padres y otras personas significativas. Además, se encontró que al integrar otras técnicas psicoeducativas a la terapia con caballos, la capacidad verbal aumentó, en tanto comunicación y vocabulario. De esta manera, una vez que las funciones fundamentales del lenguaje como la atención conjunta, la imitación y la empatía se activen, ciertos autores aseguran que a futuro una forma de expresión verbal podría estar garantizada (Keino et al., 2009).

A través de los elementos que ofrece la hipoterapia se puede trabajar sobre distintos objetivos que van desde la rehabilitación física, la integración sensorial y la psicomotricidad, hasta la modificación de la conducta y el entrenamiento de las habilidades sociales. Al desarrollarse al aire libre y en un espacio natural, los pequeños con TEA pueden percibirse a sí mismos participando en una actividad normalizada y hasta cierto punto fuera de los límites de una terapia convencional, que a su vez promueve la integración social bajo la forma de tareas de ocio o trabajo (Arias et al., 2008). La hipoterapia puede incluir actividades sobre el caballo que recurren al movimiento para mejorar ciertas habilidades, y actividades bajo el caballo, cuyo objetivo es el bienestar del animal y pretenden generar un componente afectivo entre el pequeño y el caballo, que como ya se mencionó, se trasladará posteriormente hacia otros seres humanos (Llambias et al., 2016). Algunos expertos recomiendan que la estructura de la sesión, en lo posible, debe ser lo más parecida a una clase de equitación, que incluye la limpieza del caballo, la selección del equipo de monta y el trabajo en la pista; esta distribución es válida para todo tipo de discapacidad, menos para los cuadros más incapacitantes (Arias et al., 2008).

Arias y sus colaboradores (2008) postulan que las sesiones de hipoterapia deberían ser dirigidas por el guía que lleva al caballo, los acompañantes laterales que dan soporte físico a quien está montando, en caso de ser necesario, y finalmente, por el terapeuta; según el

nivel de autonomía de los participantes, el número de personas que dirigen la sesión podría reducirse. El terapeuta puede ir sobre el caballo sosteniendo al niño, o simplemente caminar junto a él, pues con excepción de los pequeños con una discapacidad física severa, son los jinetes quienes deben intentar controlar al caballo por su cuenta. Por lo tanto, al trabajar con estas tres modalidades, los niños abandonarían su rol de “ser cuidados”, para adoptar el de cuidador y jinete responsable, en este caso del caballo. Adicionalmente, la rutina de cuidado del equino es secuencial, está guiada por el terapeuta y su estructura apenas varía, haciendo que esta actividad sea ideal para ciertas condiciones como el autismo (Arias et al., 2008).

Por otro lado, a través de la hipoterapia se puede trabajar también sobre las técnicas de relajación y el desarrollo de la autonomía. En un inicio el niño se familiariza con el caballo, aprende a sentarse y bajarse adecuadamente, a cambiar de posiciones (sentado hacia adelante, hacia atrás, de lado, acostado boca arriba y boca abajo, entre otras) a moverse despacio e ir incrementando la velocidad gradualmente, hasta conseguir un dominio óptimo del mismo (Ghorban et al., 2013). Sin embargo, el aumento de la autonomía solo es posible mediante la reducción de la intensidad del control del terapeuta sobre las tareas que se llevan a cabo durante las sesiones, hasta que el pequeño sea quien conduzca al caballo sin ningún tipo de asistencia (Arias et al., 2008). Otra de las estrategias empleadas para incrementar la autonomía en el niño, es incluir opciones entre las que pueda escoger determinadas tareas a realizarse, de acuerdo a sus preferencias e intereses (Llambias et al., 2016).

Del mismo modo, algunas de las herramientas para trabajar sobre las habilidades lingüísticas, cognitivas y sociales apuntan a la participación en actividades sobre el caballo cada vez más complejas, como la introducción de figuras geométricas que el niño debe identificar y señalar mientras monta, y tareas para reforzar la atención, la comunicación y el juego, como seguir instrucciones, cruzar obstáculos, interactuar con el terapeuta u otros niños (pasar la pelota) (Ajzenman et al., 2013). En este sentido, un estudio realizado en el 2009 obtuvo resultados exitosos al implementar el uso de fotografías de las madres de los participantes, con el objetivo de que los niños con TEA pudieran asociar el rostro de su madre con la palabra “mamá”, por medio de una serie de tareas como acercarse a la foto, identificarla, pronunciar “mamá” junto al terapeuta y por último dirigirse a ella, todo esto montado sobre el caballo (Keino et al., 2009). Es importante resaltar que el tipo de actividades a realizarse a lo largo de las sesiones depende de los objetivos que se hayan definido en la evaluación previa del niño (Arias et al., 2008).

Finalmente, para Keino los puntos principales que guían el funcionamiento adecuado de la terapia con caballos son en primer lugar, el mantenimiento de un ambiente seguro para los niños a lo largo de las sesiones y segundo, el hecho de que los niños se sientan seguros y respaldados por sus padres o por quienes guían la terapia. Cabe mencionar que las experiencias negativas durante la terapia deben evitarse en la medida de lo posible, ya que esto podría resultar en el abandono prematuro de la misma (Keino et al., 2009). Sin embargo, la magnitud de los efectos terapéuticos de la hipoterapia depende también de otros factores como las condiciones de trabajo, la formación del terapeuta, las características del caballo, la correcta evaluación de las necesidades particulares de cada niño y por último, la adecuación a las metas planteadas por los demás profesionales de la salud que trabajen con el pequeño (Arias et al., 2008).

### **3.4 La Hipoterapia en el Contexto Ecuatoriano**

Algunos países de Latinoamérica como Chile, México, Argentina, Brasil, Uruguay y otros, ya cuentan con organizaciones especializadas en hipoterapia y otras terapias asistidas por animales, que dirigen sus servicios a personas con necesidades especiales. Ecuador por su parte, también ha logrado desarrollar algunos centros de rehabilitación integral destinados a la población con y sin discapacidad, en distintas regiones del país. Heidi Páлиз, creadora de la Fundación Amor y Energía “AM-ÉN” introdujo por primera vez la hipoterapia en el Ecuador en 1989, luego de haber realizado un curso en el Diamond Centre (Riding for the Disabled Association RDA) y en el Lea Castle Hospital Group de Inglaterra. Desde entonces, varias instituciones públicas y privadas como la Fundación San Miguel en la provincia de Cotopaxi, el Centro Integral de Equinoterapia en Samborondón (Guayaquil), la Unidad de Equitación y Remonta de la policía nacional (UER) en Azuay y La Fundación Orión en Ambato, por citar algunas, se han ido consolidando y profesionalizando progresivamente. De manera más específica, en el Distrito Metropolitano de Quito, donde se desarrolló la presente disertación, entre los centros más conocidos se encuentran La Fundación “AM-EN”, el Centro de Rehabilitación “Ángeles en Cuatro Patas” y el Grupo de Equinoterapia del Cuerpo de Agentes de Control Metropolitano.

La Fundación Amor y Energía “AM-EN”, ubicada en Tumbaco en el sector La Viña, se consolidó en 1995 como una organización civil de desarrollo social sin fines de lucro, con el objetivo de promover la salud, educación, recreación e integridad social de las personas con discapacidad, a cargo de su fundadora, Heidi Páлиз. Desde su creación, “AM-EN” ha

trabajado en la rehabilitación de niños, jóvenes y adultos con distintos tipos de discapacidad como Autismo, Síndrome de Down, Parálisis Cerebral, Esclerosis Múltiple, etc., y sin discapacidad, a través de la estimulación y prevención temprana para niños de 0 – 6 años, por medio de la hipoterapia y otras técnicas terapéuticas convencionales, tradicionales y alternativas, las mismas que al ser combinadas entre sí, proporcionan una gran cantidad de beneficios y dan origen a la nueva metodología de la rehabilitación integral. Así, la Fundación tiene como propósito el contribuir al aumento de la calidad de vida de grupos sociales vulnerables de áreas urbanas y rurales. Adicionalmente, junto con el Programa del Fondo de las Naciones Unidas "UNVFD", AM-EN ha conseguido capacitar profesionalmente a una gran parte de las instituciones que trabajan con personas con discapacidad y en favor de la niñez en el Ecuador, sobre el tema de la hipoterapia y sus múltiples beneficios (Fundación Amor y Energía, 2018).

Por otro lado, el Centro de Rehabilitación “Ángeles en Cuatro Patas”, ubicado en el Parque Metropolitano, Sector Bellavista, fue creado hace más de 23 años aproximadamente, por su fundadora principal Ebe Cacció De Negri, como una institución sin fines de lucro que busca el bienestar de las personas regulares y con discapacidad, a través de la interacción con los animales. Ángeles en Cuatro Patas tiene como labor principal, aliviar de alguna manera las molestias de niños y jóvenes que padecen de condiciones que afectan tanto al área física, como psíquica, por ejemplo: el Trastorno del Espectro Autista, Síndrome de Down, Minusvalías psíquicas de cualquier tipo, Discapacidad física, Discapacidad sensorial, entre otras, a través de las sesiones de hipoterapia, canoterapia y la interrelación de los pacientes con el medio ambiente. De forma adicional, el centro ofrece sus servicios también como una escuela de equitación, con el fin de solventar sus necesidades (Centro de Rehabilitación Ángeles en Cuatro Patas, 2011).

Finalmente, el Grupo de Equinoterapia del Cuerpo de Agentes de Control Metropolitano (CACM), localizado en el Parque Metropolitano del Sur, se creó en el año 2014 (Diario El Quiteño, 2018) como un servicio a la comunidad, gracias a la visión de una policía. La unidad, a cargo del Subinspector Marco Jimbo, cuenta con 12 miembros de la institución que se capacitaron en técnicas de Equinoterapia, con el fin de ofrecer sus servicios a distintas fundaciones que trabajan con pacientes con discapacidad y no cuentan con un establecimiento propio. Actualmente, son 20 las instituciones beneficiarias de esta iniciativa (Cuerpo de Agentes de Control Metropolitano de Quito, 2018).

## **CAPÍTULO IV**

### **TRABAJO PRÁCTICO**

#### **4.1 Método**

La metodología a partir de la cual se realizó la presente disertación es de tipo mixto, dado que se emplearon datos tanto cuantitativos como cualitativos, y se trata de un estudio transversal, ya que se llevó a cabo durante un solo periodo de tiempo. De este modo, los elementos cuantitativos se extrajeron a través de encuestas aplicadas a los padres, con el fin de identificar y analizar los cambios en las áreas a evaluar; mientras que la información cualitativa se obtuvo por medio de entrevistas previas a la aplicación de las encuestas, que posibilitaron la recolección de datos demográficos del niño y su entorno.

#### **4.2 Participantes**

Se trabajó con los padres de cinco niños entre 5 y 8 años de edad, de los cuales dos son mujeres y tres son hombres; todos los niños cuentan con un diagnóstico de TEA y asisten a sesiones de hipoterapia. La edad de los padres de familia osciló entre los 45 y 50 años.

La muestra fue seleccionada de manera intencional y homogénea, puesto que se buscó que quienes participaron cumplieran con el siguiente criterio de inclusión: niños y niñas con un rango de edad entre 5 a 8 años, diagnóstico previo de TEA y asistencia a un mínimo de ocho sesiones de hipoterapia. Previo al trabajo, se entregó un consentimiento informado a los padres, en el cual se detallaron el motivo de la investigación, el procedimiento a realizarse y la importancia de su participación para el mismo (ver Anexo 1).

#### **4.3 Medición**

La información recabada se obtuvo a partir de una entrevista y una encuesta a los padres, antes de las ocho sesiones de hipoterapia y una última encuesta, después de las mismas. Previo a su aplicación, la estructura tanto de las encuestas, como de las entrevistas, fue sometida a la validación de tres profesionales (ver Anexo 2); una vez revisadas, se incorporaron las observaciones sugeridas al instrumento final. Así, la entrevista constaba de datos informativos generales del niño y siete preguntas adicionales que evaluaban su entorno inmediato (ver Anexo 3). La encuesta, previa a iniciar las ocho sesiones, contaba con 11

preguntas referentes a la conducta de apego del niño para con su madre o cuidador, demás miembros de la familia y personas cercanas. Las conductas a evaluarse fueron las siguientes:

1. ¿Se observa en el niño una búsqueda por la proximidad con la madre o cuidador/a?
2. ¿Es el niño quien inicia la interacción con la madre o cuidador/a?
3. ¿Existe una respuesta satisfactoria en el niño frente a la búsqueda de interacción por parte de la madre o cuidador/a?
4. ¿Se observa algún tipo de interacción por parte del niño con familiares cercanos o personas allegadas a él que se encuentren presentes la mayor parte del tiempo en su día a día?
5. ¿Se observa algún tipo de interacción por parte del niño con otros niños y niñas de la misma edad que se encuentren presentes la mayor parte del tiempo, ya sea en el hogar, la escuela u otros lugares?
6. ¿El niño es capaz de comunicar sus necesidades a la madre o cuidador/a?
7. ¿Se observa un interés en el niño por mantener conversaciones sencillas con miembros de la familia?
8. ¿Con que regularidad se observan cambios en el estado de ánimo del niño sin razón aparente?
9. ¿Cuál es el estado de ánimo predominante y actual del niño?
10. ¿El niño es capaz de tolerar situaciones nuevas?
11. ¿El niño es capaz de tolerar la frustración?

Para contestar la encuesta, los padres tenían que escoger entre cinco opciones que iban desde: siempre, con frecuencia, ocasionalmente, casi nunca y nunca, la opción que mejor se ajustara a su situación; con excepción de la pregunta nueve, donde debían indicar el estado de ánimo de su hijo entre: feliz, irritable, triste, ansioso o indiferente (ver Anexo 4).

Finalmente, la segunda encuesta, posterior a las ocho sesiones, tenía el mismo contenido de la primera, más una sección de observaciones bajo cada pregunta y dos preguntas abiertas adicionales que evaluaban la disposición y colaboración del niño frente a la terapia y los progresos o dificultades que se pudieron evidenciar a lo largo del proceso (ver Anexo 5).

#### **4.4 Procedimiento**

Para el reclutamiento de los participantes se solicitó una autorización a los directores del Centro de Rehabilitación “Ángeles en Cuatro Patas”, Fundación “AM-EN” y del Grupo de Equinoterapia del Cuerpo de Agentes de Control Metropolitano de Quito, quienes extendieron un oficio en el que permitían que la investigación se llevara a cabo en sus respectivas instalaciones (ver Anexo 6).

A lo largo del estudio se programaron dos reuniones con los padres de los cinco niños, la primera tuvo lugar al inicio de las ocho sesiones, donde se les entregó el consentimiento

informado, se realizó la entrevista y se aplicó la encuesta inicial; el segundo encuentro fue posterior a las ocho sesiones y en este se aplicó la encuesta final.

## 4.5 Resultados

Las encuestas a los padres fueron aplicadas con el objetivo de evaluar una posible evolución en la conducta de apego del niño hacia su madre o cuidador principal, tras recibir hipoterapia como un tratamiento complementario. A continuación se exponen los hallazgos obtenidos.

### -Participantes/Datos demográficos

Tabla 1

*Distribución de los participantes*

Distribución de los Participantes							
Caso	Padres		Niños		Diagnóstico	Número de Sesiones de Hipoterapia (previo)	Centro/Fundación
	Edad	Sexo	Edad	Sexo			
RC	45	H	8a 3m	H	Autismo	21	Cuerpo de Agentes de Control Metropolitano de Quito
JT	45	M	7a 6m	H	Autismo	24	Cuerpo de Agentes de Control Metropolitano de Quito
MR	45	H	5a 10m	H	Trastorno Pervasivo del Neurodesarrollo Profundo	12	Ángeles en Cuatro Patas
LD	50	M	8a 1m	M	Trastorno Pervasivo del Desarrollo	3	AM-EN
ME	45	M	7a 5m	M	Autismo Leve	7	Cuerpo de Agentes de Control Metropolitano de Quito

Elaborado por Borja, María Belén, 2018.

La Tabla 1 detalla los cinco casos que participaron en el estudio, incluye el sexo y la edad del niño y de su figura cuidadora principal, el centro en el que recibe hipoterapia actualmente y el número de sesiones que lleva hasta la fecha de la primera entrevista.

## -Resultado de las encuestas

Tabla 2

*Reporte de los padres frente a la conducta de apego de los niños (N=5) previo a las sesiones de hipoterapia*

<b>Encuestas previo a las sesiones</b>							
<b>Preguntas</b>	<b>RC</b>	<b>JT</b>	<b>MR</b>	<b>LD</b>	<b>ME</b>	<b>Total</b>	<b>Promedio</b>
<b>1</b>	4	3	5	5	5	<b>22</b>	<b>4,4</b>
<b>2</b>	3	2	4	4	4	<b>17</b>	<b>3,4</b>
<b>3</b>	5	5	5	5	5	<b>25</b>	<b>5</b>
<b>4</b>	4	2	5	4	5	<b>20</b>	<b>4</b>
<b>5</b>	2	2	3	2	3	<b>12</b>	<b>2,4</b>
<b>6</b>	4	2	5	5	5	<b>21</b>	<b>4,2</b>
<b>7</b>	1	1	5	1	5	<b>13</b>	<b>2,6</b>
<b>8</b>	4	2	3	3	2	<b>14</b>	<b>2,8</b>
<b>10</b>	5	3	4	4	2	<b>18</b>	<b>3,6</b>
<b>11</b>	3	2	3	4	5	<b>17</b>	<b>3,4</b>
<b>Total:</b>	<b>35</b>	<b>24</b>	<b>42</b>	<b>37</b>	<b>41</b>	<b>179</b>	

Elaborado por Borja, María Belén, 2018.

A partir de la Tabla 2, se puede observar que la pregunta 3 fue la que mayor puntuación obtuvo en la encuesta inicial, lo que significa que todos los participantes muestran una respuesta satisfactoria ante la búsqueda de interacción por parte de su madre o cuidador. Por otro lado, la pregunta 5 obtuvo la menor puntuación, reflejando que en su mayoría, todos los casos presentan dificultad al relacionarse con otros niños de su edad que frecuentan con regularidad.

Tabla 3

*Reporte de los padres sobre el estado de ánimo de los niños previo a las sesiones de hipoterapia (Pregunta 9)*

<b>Estado de Ánimo Predominante y Actual</b>					
<b>Caso</b>	<b>Feliz</b>	<b>Irritable</b>	<b>Triste</b>	<b>Ansioso</b>	<b>Indiferente</b>
<b>RC</b>	1				
<b>JT</b>					1
<b>MR</b>	1				
<b>LD</b>	1				
<b>ME</b>	1				
<b>Total:</b>	4	0	0	0	1

Elaborado por Borja, María Belén, 2018.

La Tabla 3 refleja que en cuatro de cinco niños, el estado de ánimo predominante y actual es feliz, mientras que en un niño, es indiferente.

Tabla 4

*Reporte de los padres frente a la conducta de apego de los niños (N=5) posterior a las sesiones de hipoterapia*

<b>Encuestas posterior a las sesiones</b>								
<b>Preguntas</b>	<b>RC</b>	<b>JT</b>	<b>MR</b>	<b>LD</b>	<b>ME</b>	<b>Total</b>	<b>Promedio</b>	<b>Variación</b>
<b>1</b>	4	3	5	5	5	<b>22</b>	<b>4,4</b>	<b>0</b>
<b>2</b>	4	2	4	5	4	<b>19</b>	<b>3,8</b>	<b>0,4</b>
<b>3</b>	5	5	5	5	5	<b>25</b>	<b>5</b>	<b>0</b>
<b>4</b>	4	3	5	4	5	<b>21</b>	<b>4,2</b>	<b>0,2</b>
<b>5</b>	3	3	3	2	4	<b>15</b>	<b>3</b>	<b>0,6</b>
<b>6</b>	5	3	5	5	5	<b>23</b>	<b>4,6</b>	<b>0,4</b>
<b>7</b>	3	1	5	1	5	<b>15</b>	<b>3</b>	<b>0,4</b>
<b>8</b>	4	3	4	4	4	<b>19</b>	<b>3,8</b>	<b>1</b>
<b>10</b>	5	3	5	4	3	<b>20</b>	<b>4</b>	<b>0,4</b>
<b>11</b>	4	3	3	5	5	<b>20</b>	<b>4</b>	<b>0,6</b>
<b>Total:</b>	<b>41</b>	<b>29</b>	<b>44</b>	<b>40</b>	<b>45</b>	<b>199</b>		

Elaborado por Borja, María Belén, 2018.

En la Tabla 4 se observa un incremento en la puntuación en la mayoría de las preguntas, en comparación con la encuesta inicial. Posterior a las ocho sesiones de hipoterapia, al no

existir variación, la pregunta 3 continúa teniendo el puntaje más alto, seguida de la pregunta 6; esto quiere decir que actualmente, cuatro de cinco niños logran comunicar sus necesidades a la madre o cuidador, mientras que uno lo hace ocasionalmente. Las preguntas 5 y 7 obtuvieron la menor puntuación, lo que indica que la mayor parte de los participantes todavía tiene dificultad en iniciar la interacción con otros niños y en mantener conversaciones sencillas con miembros de la familia.

Tabla 5

*Reporte de los padres sobre el estado de ánimo de los niños posterior a las sesiones de hipoterapia (Pregunta 9)*

<b>Estado de Ánimo Predominante y Actual</b>					
<b>Caso</b>	<b>Feliz</b>	<b>Irritable</b>	<b>Triste</b>	<b>Ansioso</b>	<b>Indiferente</b>
<b>RC</b>	1				
<b>JT</b>	1				
<b>MR</b>	1				
<b>LD</b>	1				
<b>ME</b>	1				
<b>Total:</b>	5	0	0	0	0
<b>Variación:</b>	1	0	0	0	0

Elaborado por Borja, María Belén, 2018.

La Tabla 5 revela una evolución de indiferente a feliz, en el estado de ánimo predominante y actual en uno de los casos participantes, tras la asistencia a ocho sesiones de hipoterapia.

#### **4.6 Análisis General de Resultados**

Tras la tabulación de las encuestas aplicadas a los padres (Tablas 2, 3, 4, 5) y el análisis de la información obtenida, se llegó a la conclusión de que todos los participantes tuvieron algún progreso en su conducta de apego. Considerando que a cada una de las preguntas, con excepción de la pregunta 9, se le asignó un valor del uno al cinco, siendo cinco el puntaje máximo (siempre) y uno el puntaje mínimo (nunca), los resultados reflejaron un incremento de 20 puntos en el total, luego de haber asistido a las ocho sesiones de hipoterapia.

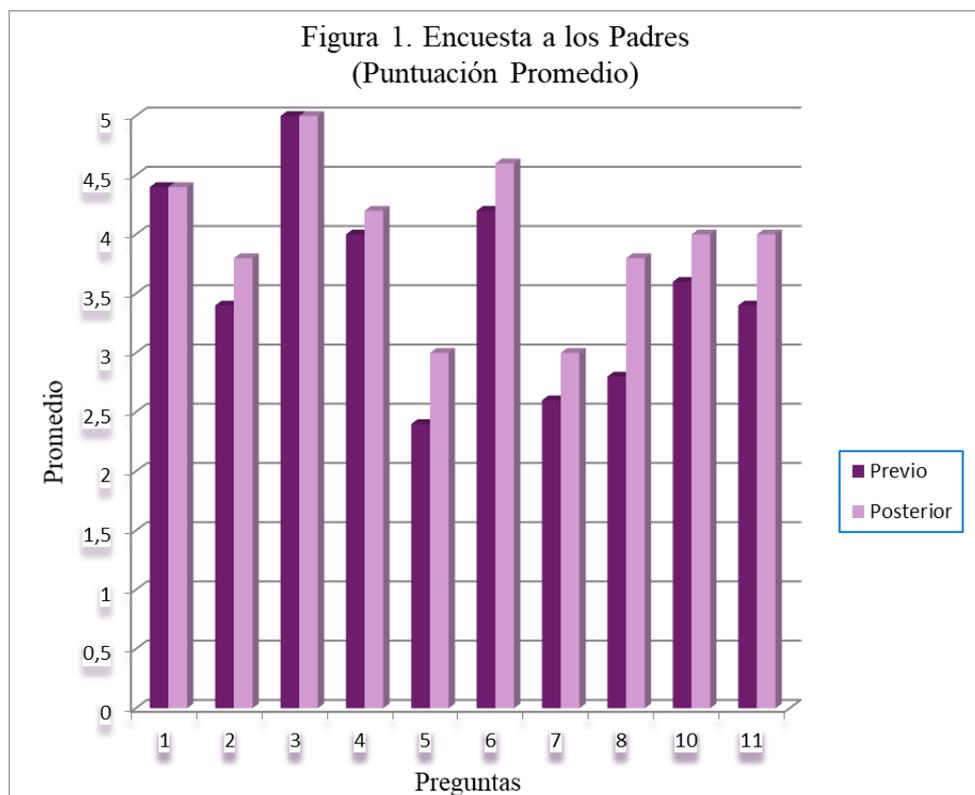
A continuación se presenta un análisis grupal de cada una de las once preguntas de la encuesta:

- En la pregunta 1, búsqueda de la proximidad con la madre o cuidador/a por parte del niño, no se evidenciaron cambios en ninguno de los casos.
- En la pregunta 2, inicio de la interacción con la madre o cuidador/a por parte del niño, se reflejó un incremento del promedio de 3,4 a 3,8, lo que equivale a una variación de 0,4 puntos.
- La pregunta 3, respuesta satisfactoria en el niño frente a la búsqueda de interacción por parte de la madre o cuidador/a, no evidenció cambios en ninguno de los casos.
- La pregunta 4, interacción por parte del niño con familiares cercanos o personas allegadas, manifestó un aumento del promedio de 4 a 4,2, equivalente a una variación de 0,2 puntos.
- En la pregunta 5, interacción por parte del niño con otros niños y niñas de la misma edad, se observó un incremento del promedio de 2,4 a 3, lo que representa una variación de 0,6 puntos.
- En la pregunta 6, capacidad del niño para comunicar sus necesidades a la madre o cuidador/a, se halló un aumento del promedio de 4,2 a 4,6, que responde a una variación de 0,4 puntos.
- La pregunta 7, interés del niño por mantener conversaciones sencillas con miembros de la familia, mostró un incremento en el promedio de 2,6 a 3, correspondiente a una variación de 0,4 puntos.
- La pregunta 8, regularidad con la que se observan cambios en el estado de ánimo del niño sin razón aparente, evidenció un aumento del promedio de 2,8 a 3,8, que corresponde a una variación de 1 punto.
- En la pregunta 9, estado de ánimo predominante y actual del niño, se percibió un cambio de indiferente a feliz en uno de los casos, lo que da cuenta de un incremento del total de 4 a 5, reflejando una variación de 1 punto.
- En la pregunta 10, capacidad del niño para tolerar situaciones nuevas, se observó un aumento en el promedio de 3,6 a 4, lo que equivale a una variación de 0,4 puntos.
- La pregunta 11, capacidad del niño para tolerar la frustración, presentó un incremento en el promedio de 3,4 a 4, equivalente a una variación de 0,6 puntos.
- Finalmente, el análisis reflejó que las áreas con un mayor progreso tras la asistencia a ocho sesiones de hipoterapia fueron: regularidad con la que se observan cambios en el

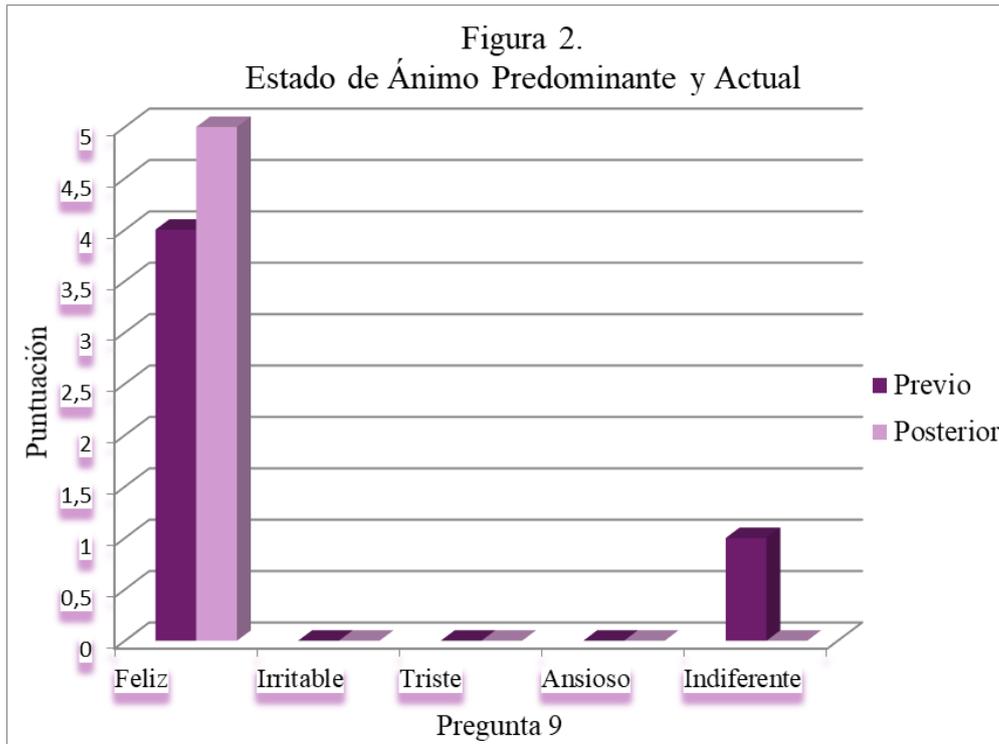
estado de ánimo del niño (de con frecuencia u ocasionalmente a casi nunca) y estado de ánimo predominante y actual del niño (de indiferente a feliz).

- Por otro lado, las áreas que menos se beneficiaron, debido a que no presentaron ningún cambio fueron: búsqueda del niño por la proximidad con la madre o cuidador/a y respuesta satisfactoria del niño frente a la búsqueda de interacción por parte de la madre o cuidador/a.

Los gráficos comparativos de los hallazgos que se obtuvieron a partir de las encuestas aplicadas a los padres se presentan a continuación:



Elaborado por Borja, María Belén, 2018.



Elaborado por Borja, María Belén, 2018.

#### 4.7 Análisis Individual de Resultados

##### Caso RC

##### Figura Cuidadora:

-Sexo: Hombre

-Edad: 45 años

##### Niño:

-Sexo: Hombre

-Edad: 8 años, 3 meses

-Nivel de escolaridad: Educación especial (Centro de Estimulación RAPHA)

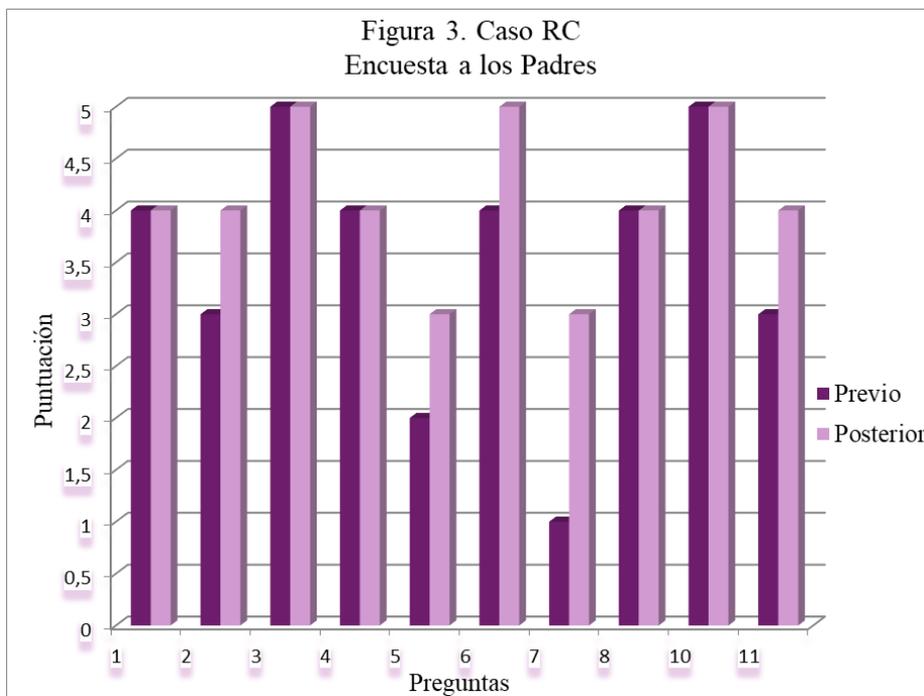
-Número de sesiones de hipoterapia asistidas (posterior): 29

Tabla 6

Caso RC. Reporte de los padres

Resultado de las Encuestas		
Área	Previo	Posterior
1 Búsqueda por la proximidad	4	4
2 Inicio de la interacción	3	4
3 Respuesta satisfactoria frente a la interacción	5	5
4 Interacción con familiares o personas allegadas	4	4
5 Interacción con niños/as de la misma edad	2	3
6 Comunicar necesidades	4	5
7 Conversaciones sencillas	1	3
8 Cambios en el estado de ánimo	4	4
10 Tolerancia a los cambios	5	5
11 Tolerancia a la frustración	3	4
<b>Total:</b>	<b>35</b>	<b>41</b>

Elaborado por Borja, María Belén, 2018.



Elaborado por Borja, María Belén, 2018.

RC tiene un diagnóstico de Autismo, sus padres son separados y actualmente vive con su padre y su hermano mayor. Su padre, que es quien cuida de él, optó por la hipoterapia como

una terapia complementaria a las actividades que se realizan en el centro de estimulación al que asiste, por recomendación de la directora. De acuerdo con los resultados obtenidos a partir de las encuestas, se pudo observar un incremento de 6 puntos en el total, que refleja una mejoría a nivel general en la conducta de apego de RC. Sin embargo, una de las áreas que presentó un mayor beneficio, fue el interés por mantener conversaciones sencillas con miembros de la familia; su padre refiere que si bien RC no habla, después de haber asistido a las ocho sesiones, balbucea o emite sonidos con mayor frecuencia, al interactuar con su hermano o con él. RC es el niño con mejores resultados de todos los casos.

Entre los progresos que se han podido evidenciar a lo largo de la terapia, el padre de RC reporta que su hijo está más tranquilo, ha desarrollado una sonrisa social y ha aprendido a comunicar sus necesidades señalando objetos o partes de su cuerpo. En cuanto a la disposición del niño frente a la terapia, el padre afirma que con el tiempo su hijo se ha ido adaptando y ahora toma el proceso con mucho entusiasmo y colaboración. Por otro lado, la mayor dificultad que ha tenido el padre de RC respecto a la hipoterapia, reside en la falta de organización del Cuerpo de Agentes de Control Metropolitano al inicio de las terapias, ya que impedía que los niños tuvieran un proceso continuo y sin interrupciones.

## **Caso JT**

### **Figura Cuidadora:**

-Sexo: Mujer

-Edad: 45 años

### **Niño:**

-Sexo: Hombre

-Edad: 7 años, 6 meses

-Nivel de escolaridad: Educación especial (Centro de Estimulación RAPHA)

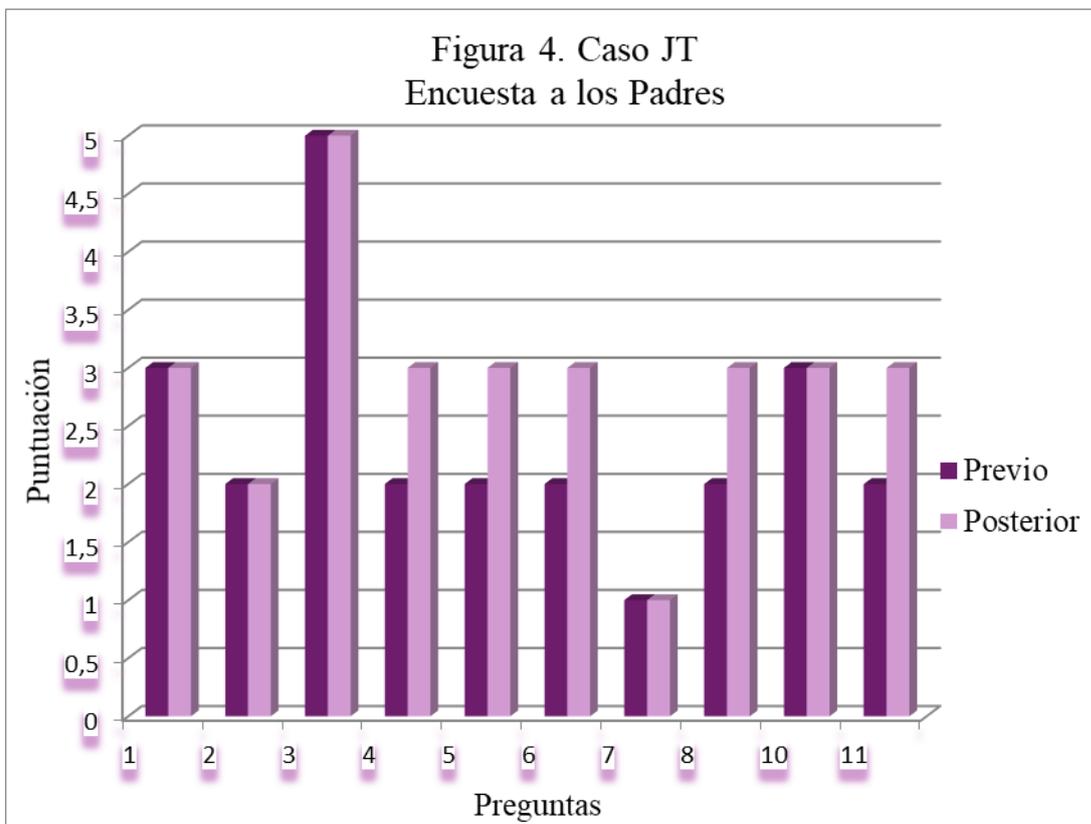
- Número de sesiones de hipoterapia asistidas (posterior): 32

Tabla 7

Caso JT. Reporte de los padres

<b>Resultado de las Encuestas</b>		
<b>Área</b>	<b>Previo</b>	<b>Posterior</b>
<b>1</b> Búsqueda por la proximidad	3	3
<b>2</b> Inicio de la interacción	2	2
<b>3</b> Respuesta satisfactoria frente a la interacción	5	5
<b>4</b> Interacción con familiares o personas allegadas	2	3
<b>5</b> Interacción con niños/as de la misma edad	2	3
<b>6</b> Comunicar necesidades	2	3
<b>7</b> Conversaciones sencillas	1	1
<b>8</b> Cambios en el estado de ánimo	2	3
<b>10</b> Tolerancia a los cambios	3	3
<b>11</b> Tolerancia a la frustración	2	3
<b>Total:</b>	<b>24</b>	<b>29</b>

Elaborado por Borja, María Belén, 2018.



Elaborado por Borja, María Belén, 2018.

JT cuenta con un diagnóstico de Autismo y vive con sus padres y sus dos hermanos. En casa, su madre se encarga de él cuando regresa del centro de estimulación; ella comenta que decidieron iniciar las sesiones de hipoterapia con su hijo, gracias a la recomendación de la directora del centro. En base a los hallazgos de las encuestas, se pudo observar un incremento de 5 puntos en el total, lo que da cuenta de un progreso en la conducta de apego de JT, con énfasis en el estado de ánimo predominante y actual, que evolucionó de indiferente a feliz (ver tabla 3 y 5) tras la asistencia a las ocho sesiones.

La madre describe a JT como un niño pasivo y un poco ausente, afirma que no se relaciona voluntariamente pero no rechaza el contacto por parte de los demás; menciona también que es alguien bastante selectivo en cuanto a las actividades en las que participa. Sin embargo, reporta que a lo largo de este proceso ha evidenciado varios progresos en su hijo, como el establecimiento del contacto visual con ella y con los demás y mejor tolerancia a la frustración (menos rabietas), adicionalmente refiere que ahora JT indica sus necesidades con mayor frecuencia que antes, a pesar de que no hable. Respecto a la disposición del niño frente a la terapia, su madre afirma que en un inicio no hubo una respuesta adecuada, debido a que JT lloraba cada vez que asistía a las sesiones y le costaba acercarse al caballo, no obstante, con el paso del tiempo pudo acostumbrarse y actualmente asistir a la hipoterapia es algo que le hace muy feliz. En cuanto a las dificultades que pudieron presenciarse, la madre reporta la falta de continuidad de las terapias durante el primer ciclo.

## **Caso MR**

### **Figura Cuidadora:**

-Sexo: Hombre

-Edad: 45 años

### **Niño:**

-Sexo: Hombre

-Edad: 5 años, 10 meses

-Nivel de escolaridad: No asiste a ninguna institución escolar

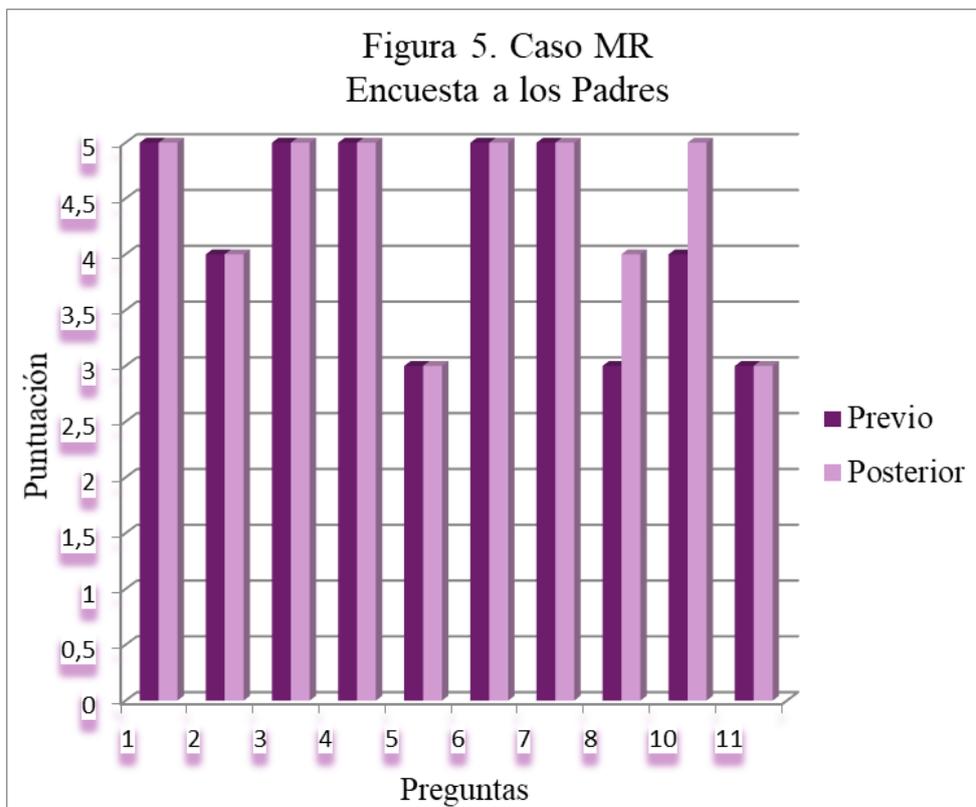
- Número de sesiones de hipoterapia asistidas (posterior): 20

Tabla 8

Caso MR. Reporte de los padres

<b>Resultado de las Encuestas</b>		
<b>Preguntas</b>	<b>Previo</b>	<b>Posterior</b>
<b>1</b> Búsqueda por la proximidad	5	5
<b>2</b> Inicio de la interacción	4	4
<b>3</b> Respuesta satisfactoria frente a la interacción	5	5
<b>4</b> Interacción con familiares o personas allegadas	5	5
<b>5</b> Interacción con niños/as de la misma edad	3	3
<b>6</b> Comunicar necesidades	5	5
<b>7</b> Conversaciones sencillas	5	5
<b>8</b> Cambios en el estado de ánimo	3	4
<b>10</b> Tolerancia a los cambios	4	5
<b>11</b> Tolerancia a la frustración	3	3
<b>Total:</b>	<b>42</b>	<b>44</b>

Elaborado por Borja, María Belén, 2018.



Elaborado por Borja, María Belén, 2018.

MR fue diagnosticado con Trastorno Pervasivo del Neurodesarrollo Profundo, vive con sus padres y es el último de dos hermanas. Por lo general es el padre quien cuida de MR, pues renunció a su trabajo para dedicarse a él por completo, sin embargo, su madre también está presente la mayor parte del tiempo y además cuentan con la ayuda de una enfermera que asiste por las mañanas. El padre de MR se enteró de las sesiones de hipoterapia por recomendación de otros padres de familia, quienes le comentaron acerca del progreso que habían visto en sus hijos. Según los resultados de las encuestas, se observó un aumento de 2 puntos en el total, lo que representa una evolución en la conducta de MR en las siguientes áreas: regularidad con la que se observan cambios en el estado de ánimo y en la tolerancia a los cambios.

El padre de MR indica que su hijo ha asistido a sesiones de hipoterapia en diferentes centros desde que tenía seis meses de edad, en la actualidad asiste a la Fundación “Ángeles en Cuatro Patas” con una frecuencia de cuatro días a la semana. Adicionalmente, menciona que MR tiene el área de lenguaje desarrollada pero habla únicamente cuando quiere, hecho que no ha interferido en su interacción con los demás, ya que siempre intenta comunicarse y ser parte de la conversación, aunque sea por medio de sonidos o balbuceos. Entre los progresos más destacables de MR a lo largo de la terapia, su padre reporta cambios del estado de ánimo sin razón aparente, con menor frecuencia que antes y una mayor tolerancia a los cambios, por ejemplo, ya no llora y la ansiedad ha disminuido. Con referencia a la disposición del niño frente a la terapia, el padre afirma que MR siempre se ha mostrado dispuesto y bastante cómodo, incluso desde que era muy pequeño. Por otro lado, la mayor dificultad que ha tenido que enfrentar el padre de MR, no durante este proceso en específico, sino de manera general, tiene que ver con el trato antiético y poco profesional a los niños con algún tipo de discapacidad y a sus padres, en varios centros e institutos especializados del país.

### **Caso LD**

#### **Figura Cuidadora:**

-Sexo: Mujer

-Edad: 50 años

#### **Niño:**

-Sexo: Mujer

-Edad: 8 años, 1 mes

-Nivel de escolaridad: Inicial

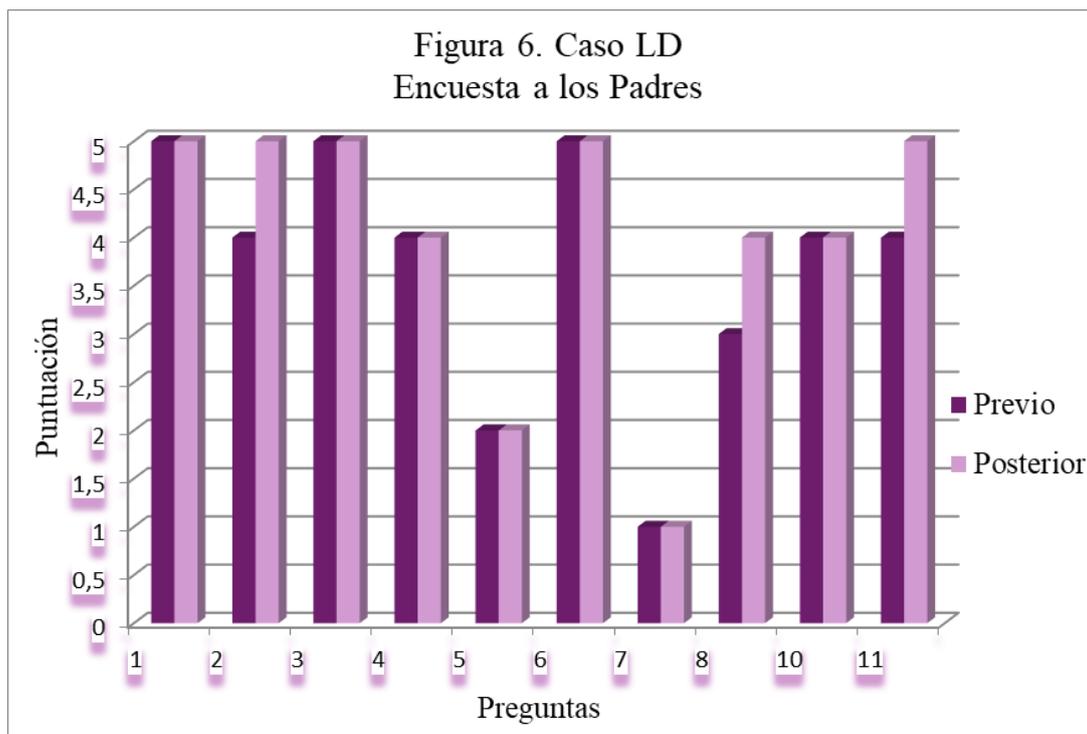
- Número de sesiones de hipoterapia asistidas (posterior): 11

Tabla 9

Caso LD. Reporte de los padres

Resultado de las Encuestas		
Preguntas	Previo	Posterior
1 Búsqueda por la proximidad	5	5
2 Inicio de la interacción	4	5
3 Respuesta satisfactoria frente a la interacción	5	5
4 Interacción con familiares o personas allegadas	4	4
5 Interacción con niños/as de la misma edad	2	2
6 Comunicar necesidades	5	5
7 Conversaciones sencillas	1	1
8 Cambios en el estado de ánimo	3	4
10 Tolerancia a los cambios	4	4
11 Tolerancia a la frustración	4	5
<b>Total:</b>	<b>37</b>	<b>40</b>

Elaborado por Borja, María Belén, 2018.



Elaborado por Borja, María Belén, 2018.

LD es la hermana intermedia, tiene un diagnóstico de Trastorno Pervasivo del Desarrollo y vive con sus padres y sus dos hermanas. Por lo general, es su madre quien la cuida, no obstante, cuentan también con la ayuda de una señora que se ocupa de LD cuando ella no está presente. La madre de LD se enteró de las sesiones de Hipoterapia por la televisión y decidió iniciar el tratamiento con su hija, tras revisar varios estudios acerca de los beneficios del caballo de paso en niños con capacidades especiales. De acuerdo a los hallazgos en las encuestas, se observó un incremento de 3 puntos en el total, que equivale a un progreso en la conducta de apego de LD, en especial en las áreas de inicio de la interacción con la madre o cuidador/a, regularidad de los cambios de ánimo y tolerancia a la frustración.

La madre de LD reporta que su hija es bastante apegada a ella, y por lo regular mantiene una buena relación con los demás miembros de la familia, sin embargo cuando se queda solo con sus hermanas o su padre, se maneja por su cuenta y no acude a nadie más. Entre los progresos más evidentes de LD posterior a las ocho sesiones, la madre refiere una mejoría en la postura, sonrisa social con mayor frecuencia, un manejo más adecuado de las situaciones que le suelen provocar ansiedad y constantes intentos por comunicarse verbalmente. Adicionalmente, indica que los movimientos estereotipados se han mantenido a lo largo del proceso. Por otra parte, respecto a la disposición del niño frente a la terapia, la madre afirma que LD siempre se ha mostrado dispuesta y colaboradora, ya que la hipoterapia es algo que disfruta mucho y sobretodo le relaja.

## **Caso ME**

### **Figura Cuidadora:**

-Sexo: Mujer

-Edad: 45 años

### **Niño:**

-Sexo: Mujer

-Edad: 7 años, 5 meses

-Nivel de escolaridad: Educación especial

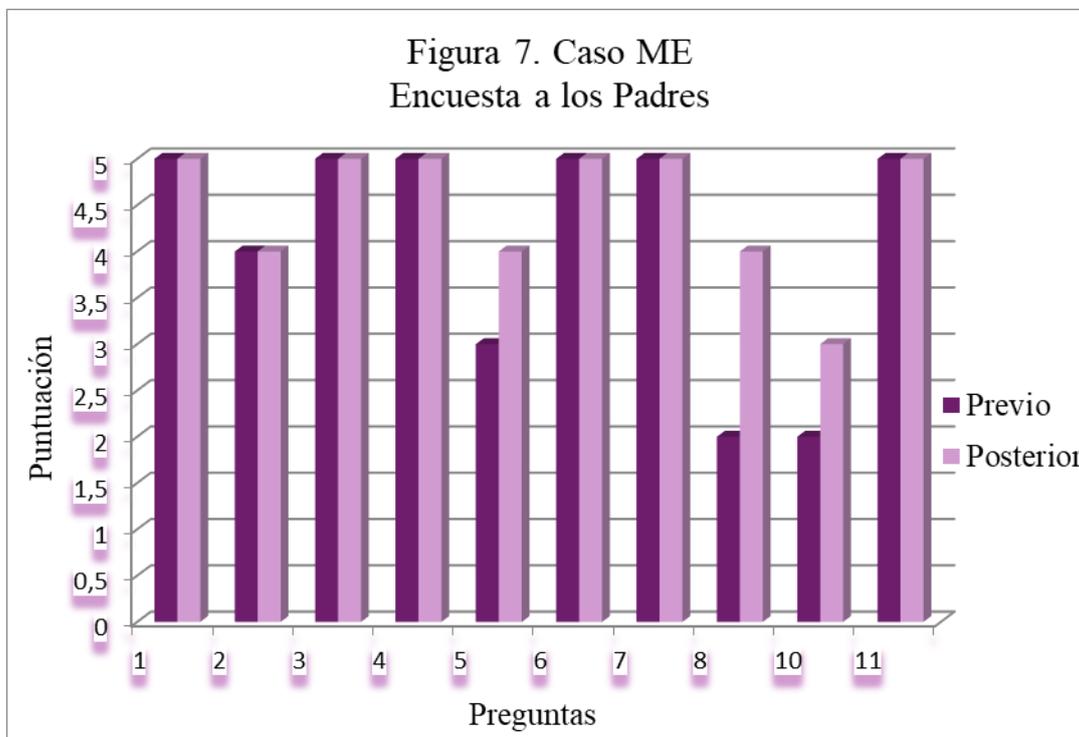
- Número de sesiones de hipoterapia asistidas (posterior): 15

Tabla 10

Caso ME. Reporte de los padres

<b>Resultado de las Encuestas</b>		
<b>Preguntas</b>	<b>Previo</b>	<b>Posterior</b>
<b>1</b> Búsqueda por la proximidad	5	5
<b>2</b> Inicio de la interacción	4	4
<b>3</b> Respuesta satisfactoria frente a la interacción	5	5
<b>4</b> Interacción con familiares o personas allegadas	5	5
<b>5</b> Interacción con niños/as de la misma edad	3	4
<b>6</b> Comunicar necesidades	5	5
<b>7</b> Conversaciones sencillas	5	5
<b>8</b> Cambios en el estado de ánimo	2	4
<b>10</b> Tolerancia a los cambios	2	3
<b>11</b> Tolerancia a la frustración	5	5
<b>Total:</b>	<b>41</b>	<b>45</b>

Elaborado por Borja, María Belén, 2018.



Elaborado por Borja, María Belén, 2018.

ME ha sido diagnosticada con Autismo Leve (Síndrome de Asperger), vive con su madre y la amiga de su madre, y es la menor de dos hermanas. La madre de ME decidió iniciar con las sesiones de hipoterapia, gracias a la recomendación de la Fundación Tierra Nueva, centro

al que asiste su hija. A partir de los resultados de las encuestas, se pudo evidenciar un aumento de 4 puntos en el total, lo que refleja una evolución en la conducta de ME. En este sentido, el área que demostró un progreso mayor, fue la regularidad con la que existen cambios en el estado de ánimo.

La madre de ME afirma estar satisfecha con los nuevos aprendizajes de su hija a lo largo de este proceso; indica que algo que le ha llamado mucho la atención es la integración progresiva de ME al grupo de niños que también reciben hipoterapia. En cuanto a la disposición del niño frente a la terapia, la madre refiere que al comienzo había días que su hija se negaba a ir, sin embargo, en la actualidad es muy colaboradora, disfruta de las sesiones y se impacienta por asistir. Finalmente, menciona que la mayor dificultad que ha tenido respecto a la terapia ha sido en un inicio, la irregularidad con la que se llevaban a cabo las sesiones, debido a la organización del Cuerpo de Agentes de Control Metropolitano; a partir de este nuevo ciclo, en el que se han programado las terapias de forma más regular, la madre de ME reporta haber observado una mayor evolución en su hija.

## CONCLUSIONES

Una vez revisados los resultados de las encuestas y entrevistas aplicadas a los padres, y tras el análisis de cada caso, tanto a nivel individual como grupal, se encontró lo siguiente:

- Las entrevistas a los padres permitieron obtener información adicional acerca de los datos sociodemográficos y del entorno inmediato de los niños, la cual fue necesaria para el análisis individual de los casos.
- El sexo de los niños participantes en esta investigación se alinea a la estadística mundial del TEA por género, que señala una incidencia de 3-4 niños por niña.
- En tres de cinco casos participantes, los cuidadores principales de los niños fueron mujeres; lo que confirma las hipótesis de varios estudios que sugieren que el mayor porcentaje de las figuras cuidadoras de los niños con TEA son sus madres.
- Se comprobó también, que a mayor gravedad del diagnóstico, los problemas en la comunicación e interacción social son más severos, incluso en la relación con la figura de apego principal. De hecho, uno de los casos participantes obtuvo la menor puntuación en lo que respecta tanto a la búsqueda de proximidad con el cuidador, como al inicio de la interacción con el mismo.
- Se concluyó que la detección temprana del TEA es un factor sumamente importante para una intervención efectiva con resultados positivos a largo plazo. En efecto, los casos que recibieron un diagnóstico temprano e iniciaron las sesiones de hipoterapia entre los dos primeros años de vida, contaban con un mayor nivel de desarrollo que el resto de los participantes, sobretodo en el área de lenguaje.
- Los niños que han sido diagnosticados con TEA son capaces de desarrollar una conducta de apego con su madre o figura de apego principal. Esto se vio reflejado en la mayoría de los casos, a partir de la discriminación y reconocimiento de sus cuidadores y tras su búsqueda ante la separación. Cabe destacar que si bien se evidenció una conducta de apego en los niños frente a sus figuras cuidadoras, cada una de ellas se expresó de manera diferente y fue analizada de forma individual.
- Los hallazgos revelaron que la hipoterapia contribuye al fortalecimiento del vínculo entre el niño con TEA y su madre o cuidador, tras la evolución de ciertas áreas que reflejaron un progreso en la búsqueda por la proximidad, inicio de la interacción con la madre y familiares cercanos, respuesta satisfactoria ante la interacción por parte de los demás,

comunicación de necesidades básicas, participación en conversaciones sencillas, mejoría del estado de ánimo y disminución de los cambios de ánimo sin razón aparente y finalmente, tolerancia a la frustración y a las situaciones nuevas.

- Los alcances de la hipoterapia como una terapia complementaria para el tratamiento del TEA en esta investigación, se resumieron en un mejor control postural que promueve en el niño una mayor disposición para participar en interacciones sociales y ciertas actividades de cuidado personal como comer por su cuenta o comunicar sus necesidades, interés en comunicarse con los demás por medio de balbuceos o palabras sencillas, incremento del autocontrol, reducción de emociones negativas y desarrollo de la empatía, mediante la constante interacción con el caballo.
- Los resultados del estudio reflejaron que todos los participantes manifestaron algún progreso en su conducta de apego, a partir de la asistencia a ocho sesiones de hipoterapia.
- A nivel grupal, el progreso más evidente fue la disminución de la frecuencia con la que se observan cambios en el estado de ánimo de los niños sin razón aparente; mientras que las áreas que menos se beneficiaron, debido a que no presentaron ningún cambio, fueron la búsqueda del niño por la proximidad con la madre o cuidador y respuesta satisfactoria del niño ante la búsqueda de interacción por parte de la madre o cuidador/a.
- La pregunta relacionada con la búsqueda de proximidad con la madre o figura cuidadora no presentó ningún cambio. Esto podría atribuirse a que probablemente, el periodo de evaluación (ocho sesiones) no fue suficiente para generar un progreso en esta área en específico.
- Entre los progresos más destacables que reportaron los padres en sus hijos, tras la asistencia a las ocho sesiones se encuentran: establecimiento del contacto visual, sonrisa social con la madre o cuidador, mayor relajación, balbuceos e intentos de comunicación verbal con más frecuencia y comunicación de necesidades básicas.
- La mayoría de los padres de familia que participaron en este estudio, cuentan con escasos recursos económicos y asisten a las sesiones de hipoterapia por un costo relativamente bajo, gracias a la ayuda financiera de las fundaciones respectivas. Sin embargo, en ciertas ocasiones, debido a la falta de ingresos, se han visto obligados a interrumpir la terapia, lo que ha repercutido negativamente sobre la evolución de sus hijos.
- En función del trabajo realizado, se concluye que las principales limitaciones de este estudio, fueron la heterogeneidad en el número total de sesiones de hipoterapia recibidas por los niños y el periodo de tiempo durante el cual se llevó a cabo la investigación (8

sesiones), el cual no parece ser suficiente para hablar de una evolución en cada una de las áreas evaluadas.

## **RECOMENDACIONES**

A partir de las experiencias adquiridas en la realización de este estudio, se plantean las siguientes recomendaciones:

- Para la optimización de los resultados derivados de la Hipoterapia y las Terapias Asistidas con Animales (TAA) en general, es sumamente necesario que estas se lleven a cabo con regularidad y con una frecuencia de dos veces por semana como mínimo.
- La forma de trabajo que se maneja en las sesiones de hipoterapia debería ser individualizada, con el fin de potencializar los beneficios de esta terapia sobre el TEA. Dentro de las fundaciones participantes se observó una misma metodología de trabajo para todos los niños, sin importar el tipo de discapacidad que presentaban.
- Como se pudo observar, la inclusión de animales en el tratamiento terapéutico puede ser una gran motivación para los niños con TEA. En razón de esto, se recomienda que para un mayor potencial de la terapia, se debe combinar la atracción hacia el animal, con la selección estratégica de técnicas y modalidades de trabajo que mejor se ajusten a las necesidades del paciente. Por ejemplo: la estimulación multisensorial a través de la cabalgata y el trote del caballo, el cambio de posiciones durante la monta, actividades bajo el caballo que incentiven la responsabilidad y la empatía o la integración de otras técnicas psicoeducativas como la manipulación de objetos y repetición de palabras al estar sobre el animal, con el fin de aumentar la capacidad verbal, entre otras.
- Es fundamental que los centros y fundaciones que ofrecen este servicio, cuenten con un equipo multidisciplinario que incluya: profesionales en TAA, terapeutas físicos, psicólogos y en lo posible, rehabilitadores en otras áreas.
- Es sumamente necesario que los profesionales que trabajan en esta disciplina, estén muy bien preparados y actualizados con las organizaciones reguladoras internacionales, con el fin de proporcionar un tratamiento adecuado.
- Se sugiere que las instituciones tanto privadas como públicas que trabajan con niños y adultos con discapacidad, tengan presente que es su obligación ofrecer un trato ético y profesional a sus pacientes y a los padres de familia.

- Finalmente, la promoción de las TAA debe apuntar hacia el fortalecimiento de las competencias sociales de quienes asisten a ellas, así como al respeto y cuidado de los animales. En este sentido, lo ideal sería que el gobierno junto al Ministerio de Salud Pública del Ecuador adopte las TAA como una iniciativa formal para toda la población vulnerable y sin discapacidad a nivel nacional.

## BIBLIOGRAFÍA

- Ainsworth, M. D. (1979). Infant-Mother Attachment. *American Psychologist*, 34(10), 932-937.
- Ainsworth, M. D. (1989). Attachments Beyond Infancy. *American Psychologist* (No. 4), 709-716.
- Ajzenman, H., Standeven, J., & Shurtleff, T. (2013). Effect of Hipotherapy on Motor Control, Adaptive Behaviours, and Participation in Children With Autism Spectrum Disorder: A Pilot Study . *The American Journal of Occupational Therapy* , 653-663.
- Alcantud, F. (2013). *Trastornos del espectro autista: detección, diagnóstico e intervención temprana*. España: Ediciones Pirámide.
- American Psychiatric Association. (2016). *Neurodevelopmental Disorders:DSM-5 Selections*. Arlington, VA: American Psychiatric Association .
- Anderson, S., & Meints, K. (2016). Brief Report: The Effects of Equine-Assisted Activities on Social Functioning in Children and Adolescents with Autism Spectrum Disorders. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, Vol. 46, 44-52.
- Arias, V., Arias, B., & Morentin, R. (2008). Terapia asistida por caballos: nueva propuesta de clasificación, programas para personas con discapacidad intelectual y buenas prácticas. *SIGLO CERO. Revista Española sobre Discapacidad Intelectual*, 39(226), 18-30.
- Asociación Americana de Psiquiatría. (2013). *Guía de consulta de los criterios diagnósticos del DSM 5*. Arlington, VA: Asociación Americana de Psiquiatría .
- Baio, J., et al. (2018). Prevalence of Autism Spectrum Disorder Among Children Aged 8 Years- Autism and Developmental Disabilities Monitoring Network, 11 Sites United States. *Surveillance Summaries*, (No. 6), 1-23.
- Balbuena, F. (2007). Breve revisión histórica del autismo. *Asociación Española de Neuropsiquiatría*, XXVII(No. 100), 333-353.
- Baron-Cohen, S. (2008). *Autism and Asperger Syndrome* . New York: Oxford University Press Inc.
- Bowlby, J. (1969/1998). *El Apego y la Pérdida - I*. Barcelona: Paidós.
- Bretherton, I. (1992). The Origins of Attachment Theory: John Bowlby and Mary Ainsworth. *Developmental Psychology*, 759-775.
- Cabra, C. (2012). Terapia asistida con animales. Efectos positivos en la salud humana. *Journal of Agriculture and Animal Sciences*, 1(2).
- Calle, D. A. (2012). Apego, Desarrollo y Resiliencia. *Informes Psicológicos*, Vol. 12, 25-40.
- Canal, R., et al. (2013). El autismo. Una perspectiva neuroevolutiva del desarrollo temprano. En F. Alcantud, *Trastornos del espectro autista: detección, diagnóstico e intervención temprana* (págs. 95-111). España: Ediciones Pirámide.
- Cassidy, J., & Shaver, P. (Edits.). (2016). *Handbook of Attachment. Theory, Research, and Clinical Applications* (Third Edition ed.). New York: The Guilford Press.

- Centers for Disease Control and Prevention. (30 de Agosto de 2018). *Autism Spectrum Disorder (ASD)*. Obtenido de CDC: <https://www.cdc.gov/ncbddd/autism/index.html>
- Centro de Rehabilitación Ángeles en Cuatro Patas. (2011). *Ángeles en Cuatro Patas* . Obtenido de <http://www.angeles4patas.com/quienes-somos.html>
- Cuerpo de Agentes de Control Metropolitano de Quito. (2018). Obtenido de Grupo de Equinoterapia: <https://cuerpodeagentesdecontrolquito.gob.ec/grupo-de-equinoterapia/>
- Dekkers, L., Groot, N., Díaz, E., Andrade, I., & Delfos, M. (2015). Prevalence of Autism Spectrum Disorders in Ecuador: A Pilot Study in Quito. *Journal of Autism And Developmental Disorders*, Vol.45, 4165-4173.
- Diario El Quiteño. (20-26 de diciembre de 2018). 40 mil niños con discapacidad atendidos con equino y canoterapias. *Diario El Quiteño*, pág. 8.
- Díaz Mosquera, E., & Andrade Zúñiga, I. (2015). El Trastorno del Espectro Autista (TEA) en la educación regular: estudio realizado en instituciones educativas de Quito, Ecuador. *Revista Intercontinental de Psicología y Educación*, 17(1), 163-181.
- Dozier, M. (2010). El Impacto de las Intervenciones Basadas en el Apego, sobre la Calidad del Apego entre Lactantes y Niños Pequeños. *Enciclopedia sobre el Desarrollo de la Primera Infancia*, 1-5.
- Egeland, B. (2010). Programas de Intervención y Prevención para Niños Pequeños, Basados en el Apego. *Enciclopedia sobre el Desarrollo de la Primera Infancia*, 1-8.
- Federation of Horses in Education and Therapy International. (2018). Obtenido de HETI : <http://www.frdi.net/index.html>
- Fundación Amor y Energía. (2018). *Fundación AM-EN*. Obtenido de <http://www.fundacion-amen.org/>
- Ghorban, H., Sedigheg, R., Marzieh, G., & Yaghoog, G. (2013). Effectiveness of Therapeutic Horseback Riding on Social Skills of Children with Autism Spectrum Disorder in Shiraz, Iran. *Journal of Education and Learning*, Vol. 2, 79-84.
- Hennighausen, K., & Lyons-Ruth, K. (2010). Desorganización de las Estrategias de Apego en la Infancia y la Niñez. *Enciclopedia sobre el Desarrollo de la Primera Infancia*, 1-7.
- Herlyn, S. (2017). *Trastornos del espectro autista*. Obtenido de Confederación Asperger España: [https://www.asperger.es/index.php?V\\_dir=MSC&V\\_mod...f=2017](https://www.asperger.es/index.php?V_dir=MSC&V_mod...f=2017).
- Hernández Sampieri, R. (2010). *Metodología de la Investigación*. México: Mc. Graw Hill.
- Juffer, F., Bakermans-Kranenburg, M., & IJzendoorn, M. V. (2010). Apoyando a las Familias para Construir Relaciones de Apego Seguro: Comentarios sobre Benoit, Dozier y Egeland. *Enciclopedia sobre el Desarrollo de la Primera Infancia*, 1-6.
- Kahane, L., & El-Tahir, M. (2015). Attachment behavior in children with Autistic Spectrum Disorders . *Advances in Mental Health and Intellectual Disabilities*, Vol. 9, 79-89.
- Keino, H., Funahashi, A., Miwa, C., Hosokawa, M., Hayashi, Y., & Kawakita, K. (2009). Psycho-educational Horseback Riding to Facilitate Communication Ability of Children with Pervasive Developmental Disorders. *Journal of Equine Sciences*, Vol. 20, 79-88.

- Larbán, J. (2008). Guía Para la Prevención y Detección Precoz del Funcionamiento Autista en el Niño/a, en su Primer Año de Vida. *Cuadernos de Psiquiatría y Psicoterapia del Niño y del Adolescente*, Vol. 45, 63-152.
- Larbán, J. (2013). *Vivir con el autismo, una experiencia relacional: guía para cuidadores*. España: Ediciones Octaedro. Obtenido de: ProQuest ebrary.
- Llambias, C., Magill-Evans, J., Smith, V., & Warren, S. (2016). Equine-Assisted Occupational Therapy: Increasing Engagement for Children with Autism Spectrum Disorder. *The American Journal of Occupational Therapy*, Vol. 70, 1-9.
- López Chávez, C., & Larrea Castelo, M. d. (2017). Autismo en Ecuador: un Grupo Social en Espera de Atención. *Revista Ecuatoriana de Neurología*, 26(3), 203-214.
- Martínez Abellán, R. (2008). La terapia asistida por animales: una nueva perspectiva y línea de investigación en la atención a la diversidad. *Indivisa. Boletín de Estudios e Investigación*(9), 177-143.
- Ministerio de Inclusión Económica y Social . (2013). *Desarrollo Infantil Integral* . Ecuador: Subsecretaría de Desarrollo Infantil Integral (MIES).
- Ministerio de Salud Pública del Ecuador. (2017). *Trastornos del Espectro Autista en niños y adolescentes: detección, diagnóstico, tratamiento, rehabilitación y seguimiento. Guía de Práctica Clínica (GPC)*. Quito: Ministerio de Salud Pública, Dirección Nacional de Normatización .
- Mulas, F., et al. (2010). Modelos de Intervención en Niños con Autismo. *Revista de Neurología*, 77-84.
- Muñoz, S., et al. (2013). Intervenciones asistidas por animales en neurorrehabilitación: una revisión de la literatura más reciente. *Neurología*, Vol. 30, 1-7.
- Organización Panamericana de la Salud . (1995). *Clasificación Estadística Internacional de Enfermedades y Problemas relacionados con la Salud- 10a. Revisión*. Washington, D.C: OPS.
- Professional Association of Therapeutic Horsemanship International. (2018). *PATH International* . Obtenido de EAAT Definitions : <https://www.pathintl.org/resources-education/faculty/27-resources/general/193-eaat-definitions>
- Rutgers, A., Bakermans-Kranenburg, M., Van IJzendoorn, M., & Van Berckelaer-Onnes, I. V. (2006). Autism and attachment: A meta-analytic review. En A. Rutgers, *Autism and Attachment Security* (págs. 13-35). ISED.
- Schore, A. N. (2017). *Handbook of Trauma Psychology: Foundations in Knowledge* . American Psychological Association.
- Shuare, M., & Montealegre, R. (1997). La Situación Imaginaria, El Rol y El Simbolismo en el Juego Infantil. *Revista Colombiana de Psicología* (N. 5-6), 82-88.
- Soria, E. (2017). *El estado del Buen Vivir: Desarrollo Infantil Integral*. Quito: Ministerio de Inclusión Económica y Social .
- Spitz, R. A. (1972). *El Primer Año de Vida del Niño. Génesis de las Primeras Relaciones Objetales* (Edición Española ed.). Madrid: Aguilar.

Teague, S., Gray, K., Tongue, B., & Newman, L. (2017). Attachment in children with autism spectrum disorder: A systematic review. *Research in Autism Spectrum Disorders*, Vol. 35, 35-50.

# **ANEXOS**

## **Anexo 1:**

*Formulario de consentimiento informado*

### **FORMULARIO DE CONSENTIMIENTO INFORMADO**

**TÍTULO DEL ESTUDIO:** Hipoterapia y Fortalecimiento del Vínculo con la Madre en Niños Diagnosticados Dentro del Trastorno del Espectro Autista. Estudio realizado desde la teoría cognitiva conductual con cinco niños de cinco a ocho años de edad en la ciudad de Quito en el periodo febrero- junio de 2018

**NOMBRE DEL ESTUDIANTE:** María Belén Borja Ayala

**NOMBRE DE LA DIRECTORA DE TESIS:** Mtr. Elena Díaz Mosquera

**INSTITUCIÓN:**

A través del presente documento, se le solicita su participación en el estudio de investigación para la disertación mencionada, de la Facultad de Psicología de la Pontificia Universidad Católica del Ecuador. Esta investigación tiene como objetivo describir los beneficios de la Hipoterapia sobre el fortalecimiento del vínculo con la madre en niños diagnosticados dentro del Trastorno del Espectro Autista. Para este propósito, se elaborarán entrevistas y encuestas a padres y terapeutas del Centro de Rehabilitación, previas y posteriores al inicio del tratamiento, las cuales serán sometidas a la validación de expertos. Posteriormente, se hará un análisis cualitativo y cuantitativo de la información obtenida tras la asistencia a 8 sesiones de Hipoterapia, para la comparación de los resultados encontrados. Además de la información proporcionada en este documento, usted puede solicitar a la responsable del proyecto de investigación cualquier información extra que le ayude a entender el objetivo de su participación; si decide participar, por favor firme al final del documento. Adicionalmente, se le proporcionará a usted una copia de este formulario.

**INFORMACIÓN DE CONTACTO:** Si usted tiene alguna pregunta acerca de este proyecto, por favor ponerse en contacto con:

María Belén Borja, Investigadora, teléfono: 0985530945, correo: mabeborja@hotmail.com

Mtr. Elena Díaz Mosquera, Directora de la Investigación, teléfono: 2991700 Ext. 1818, correo endiaz@puce.edu.ec.

Para cualquier consulta o inconveniente que se presentara, usted puede ponerse en contacto con la Mtr. Paulina Barahona Cruz, Decana de la Facultad de Psicología de la PUCE, teléfono 2991700 Ext. 1268, Quito, Ecuador.

Yo, \_\_\_\_\_ confirmo que he sido informado/a sobre la investigación denominada: “Hipoterapia y Fortalecimiento del Vínculo con la Madre en Niños Diagnosticados Dentro del Trastorno del Espectro Autista. Estudio realizado desde la teoría cognitiva conductual con cinco niños de cinco a ocho años de edad en la ciudad de Quito en el periodo febrero - junio de 2018”. Aseguro que he podido hacer preguntas y discutir sobre su contenido. Doy mi consentimiento para participar en esta investigación y soy consciente de que mi participación es enteramente voluntaria. Comprendo que puedo finalizar mi participación en el estudio en cualquier momento, sin que esto represente algún perjuicio para mí.

FIRMA DEL PARTICIPANTE:

Cc:

FECHA:

CORREO ELECTRÓNICO:

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

ESTUDIANTE:

Cc:

FECHA:

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

## **Anexo 2:**

### *Solicitud para validación de encuestas y entrevista*

Mtr. (Nombre):

Como parte de mi disertación, denominada: Hipoterapia y Fortalecimiento del Vínculo con la Madre en Niños Diagnosticados Dentro del Trastorno del Espectro Autista, realizaré una entrevista y una encuesta a los padres de familia que participan en el centro, antes y después de la asistencia de los niños a ocho sesiones de Hipoterapia, con el objetivo de evaluar si se ha producido un cambio en el vínculo con la madre.

Adjunto, sírvase a encontrar las preguntas de la entrevista y encuesta que he elaborado y que han sido aprobadas por la directora de mi disertación Mtr. Elena Díaz. Le solicito, emita su criterio sobre los instrumentos, para realizar los ajustes necesarios antes de la aplicación.

Agradezco su gentil ayuda

Atentamente, Belén Borja

### **Anexo 3:**

*Entrevista a los padres previo a las ocho sesiones de hipoterapia*

**Hipoterapia y Fortalecimiento del Vínculo con la Madre en Niños Diagnosticados Dentro del Trastorno del Espectro Autista. Estudio realizado desde la Teoría Cognitiva Conductual con cinco niños de cinco a ocho años de edad en la ciudad de Quito en el periodo febrero- junio de 2018**

#### **Entrevista para Padres o Cuidadores**

**Fecha:** \_\_\_\_\_

#### **I. Datos Informativos**

Nombre del niño/a: \_\_\_\_\_

Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_

Edad: \_\_\_\_\_

Sexo: Hombre \_\_\_ Mujer \_\_\_

Diagnóstico: \_\_\_\_\_

Profesional responsable del diagnóstico: \_\_\_\_\_

Nivel de escolaridad del niño/a: \_\_\_\_\_

Nombre de la madre o cuidador/a principal del niño/a:

\_\_\_\_\_

Edad de la madre o cuidador/a: \_\_\_\_\_

Sexo: Hombre \_\_\_ Mujer \_\_\_

Relación con el niño/a: \_\_\_\_\_

Nivel de escolaridad de la madre o cuidador/a: \_\_\_\_\_

#### **II. Datos Adicionales**

1. Personas con las que vive el niño/a

\_\_\_\_\_

2. Número de hermanos del niño/a

\_\_\_\_\_

3. Lugar que ocupa el niño/a entre los hermanos

---

4. ¿De qué manera se enteró de la existencia de la Fundación y de las terapias disponibles?

---

---

---

5. ¿Por qué se decidió por este tipo de terapia? ¿Qué factores influyeron en su decisión?

---

---

---

6. ¿Hace cuánto tiempo asiste a las sesiones de Hipoterapia? ¿Con qué frecuencia lo hace?

---

---

---

7. ¿Qué resultados le gustaría ver a partir de esta terapia? ¿Qué es lo que espera de ella?

---

---

---

## **Anexo 4:**

*Encuesta para padres previo a las ocho sesiones de hipoterapia*

### **Hipoterapia y Fortalecimiento del Vínculo con la Madre en Niños Diagnosticados Dentro del Trastorno del Espectro Autista. Estudio realizado desde la Teoría Cognitiva Conductual con cinco niños de cinco a ocho años de edad en la ciudad de Quito en el periodo febrero- junio de 2018**

#### **Encuesta para padres o cuidadores previa a las sesiones de Hipoterapia**

**La presente encuesta consta de una escala simple en la que se pretende analizar la frecuencia de búsqueda de proximidad del niño con la madre o cuidador/a frente a diferentes situaciones del diario vivir, para lo cual se solicita que responda de la manera más precisa a las siguientes preguntas.**

Fecha de inicio de las sesiones: \_\_\_\_\_

Número de sesiones asistidas: \_\_\_\_\_

1. ¿Se observa en el niño una búsqueda por la proximidad con la madre o cuidador/a?
  - a) Siempre
  - b) Con frecuencia
  - c) Ocasionalmente
  - d) Casi nunca
  - e) Nunca
  
2. ¿Es el niño quien inicia la interacción con la madre o cuidador/a?
  - a) Siempre
  - b) Con frecuencia
  - c) Ocasionalmente
  - d) Casi nunca
  - e) Nunca
  
3. ¿Existe una respuesta satisfactoria en el niño frente a la búsqueda de interacción por parte de la madre o cuidador/a?
  - a) Siempre
  - b) Con frecuencia
  - c) Ocasionalmente
  - d) Casi nunca
  - e) Nunca
  
4. ¿Se observa algún tipo de interacción por parte del niño con familiares cercanos o personas allegadas a él que se encuentren presentes la mayor parte del tiempo en su día a día?
  - a) Siempre

- b) Con frecuencia
  - c) Ocasionalmente
  - d) Casi nunca
  - e) Nunca
5. ¿Se observa algún tipo de interacción por parte del niño con otros niños y niñas de la misma edad que se encuentren presentes la mayor parte del tiempo, ya sea en el hogar, la escuela u otros lugares?
- a) Siempre
  - b) Con frecuencia
  - c) Ocasionalmente
  - d) Casi nunca
  - e) Nunca
6. ¿El niño es capaz de comunicar sus necesidades a la madre o cuidador/a?
- a) Siempre
  - b) Con frecuencia
  - c) Ocasionalmente
  - d) Casi nunca
  - e) Nunca
7. ¿Se observa un interés en el niño por mantener conversaciones sencillas con miembros de la familia?
- a) Siempre
  - b) Con frecuencia
  - c) Ocasionalmente
  - d) Casi nunca
  - e) Nunca
8. ¿Con que regularidad se observan cambios en el estado de ánimo del niño sin razón aparente?
- a) Siempre
  - b) Con frecuencia
  - c) Ocasionalmente
  - d) Casi nunca
  - e) Nunca
9. ¿Cuál es el estado de ánimo predominante y actual del niño?
- a) Feliz
  - b) Irritable
  - c) Triste
  - d) Ansioso
  - e) Indiferente
10. ¿El niño es capaz de tolerar situaciones nuevas?
- a) Siempre
  - b) Con frecuencia
  - c) Ocasionalmente

- d) Casi nunca
- e) Nunca

11. ¿El niño es capaz de tolerar la frustración?

- a) Siempre
- b) Con frecuencia
- c) Ocasionalmente
- d) Casi nunca
- e) Nunca

## **Anexo 5:**

*Encuesta para padres posterior a las ocho sesiones de hipoterapia*

### **Hipoterapia y Fortalecimiento del Vínculo con la Madre en Niños Diagnosticados Dentro del Trastorno del Espectro Autista. Estudio realizado desde la teoría cognitiva conductual con cinco niños de cinco a ocho años de edad en la ciudad de Quito en el periodo febrero- junio de 2018**

#### **Encuesta para padres o cuidadores posterior a las sesiones de Hipoterapia.**

**La presente encuesta consta de una escala simple en la que se pretende analizar la frecuencia de búsqueda de proximidad del niño con la madre o cuidador/a frente a diferentes situaciones del diario vivir, para lo cual se solicita que responda de la manera más precisa a las siguientes preguntas.**

Fecha de inicio de las sesiones: \_\_\_\_\_

Número de sesiones asistidas: \_\_\_\_\_

1. ¿Se observa en el niño una búsqueda por la proximidad con la madre o cuidador/a?

- a) Siempre
- b) Con frecuencia
- c) Ocasionalmente
- d) Casi nunca
- e) Nunca

Observaciones: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

2. ¿Es el niño quien inicia la interacción con la madre o cuidador/a?

- a) Siempre
- b) Con frecuencia
- c) Ocasionalmente
- d) Casi nunca
- e) Nunca

Observaciones: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

3. ¿Existe una respuesta satisfactoria en el niño frente a la búsqueda de interacción por parte de la madre o cuidador/a?
- a) Siempre
  - b) Con frecuencia
  - c) Ocasionalmente
  - d) Casi nunca
  - e) Nunca

Observaciones: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

4. ¿Se observa algún tipo de interacción por parte del niño con familiares cercanos o personas allegadas a él que se encuentren presentes la mayor parte del tiempo en su día a día?
- a) Siempre
  - b) Con frecuencia
  - c) Ocasionalmente
  - d) Casi nunca
  - e) Nunca

Observaciones: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

5. ¿Se observa algún tipo de interacción por parte del niño con otros niños y niñas de la misma edad que se encuentren presentes la mayor parte del tiempo, ya sea en el hogar, la escuela u otros lugares?
- a) Siempre
  - b) Con frecuencia
  - c) Ocasionalmente
  - d) Casi nunca
  - e) Nunca

Observaciones: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

6. ¿El niño es capaz de comunicar sus necesidades a la madre o cuidador/a?
- a) Siempre
  - b) Con frecuencia
  - c) Ocasionalmente
  - d) Casi nunca
  - e) Nunca

Observaciones: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

7. ¿Se observa un interés en el niño por mantener conversaciones sencillas con miembros de la familia?

- a) Siempre
- b) Con frecuencia
- c) Ocasionalmente
- d) Casi nunca
- e) Nunca

Observaciones: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

8. ¿Con que regularidad se observan cambios en el estado de ánimo del niño sin razón aparente?

- a) Siempre
- b) Con frecuencia
- c) Ocasionalmente
- d) Casi nunca
- e) Nunca

Observaciones: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

9. ¿Cuál es el estado de ánimo predominante y actual del niño?

- a) Feliz
- b) Irritable
- c) Triste
- d) Ansioso
- e) Indiferente

Observaciones: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

10. ¿El niño es capaz de tolerar situaciones nuevas?

- a) Siempre
- b) Con frecuencia
- c) Ocasionalmente
- d) Casi nunca
- e) Nunca

Observaciones: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

11. ¿El niño es capaz de tolerar la frustración?

- a) Siempre
- b) Con frecuencia
- c) Ocasionalmente
- d) Casi nunca
- e) Nunca

Observaciones: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

12. ¿Cómo evaluaría usted la disposición y colaboración del niño frente a la terapia?

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

13. ¿Qué progresos o dificultades ha podido evidenciar a lo largo de este proceso?

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

## **Anexo 6:**

### *Solicitud de autorización para proyecto de disertación*

Estimado/a (Nombre):

Me dirijo a usted muy respetuosamente, mi nombre es María Belén Borja, estudiante de la carrera de Psicología Clínica de la Pontificia Universidad Católica del Ecuador. Actualmente estoy realizando mi tesis de pregrado sobre los beneficios de la Hipoterapia y el fortalecimiento del vínculo afectivo con la madre en niños diagnosticados dentro del Trastorno del Espectro Autista. Para ello, solicito a usted me permita formar parte de la Institución que usted dirige, como voluntaria/o, con el fin de realizar entrevistas a padres y terapeutas, junto con la aplicación de una encuesta a los mismos.

Toda la información recabada será manejada con carácter confidencial y previo a la publicación, compartiré con usted los datos obtenidos. En caso de que lo requiera, el correo electrónico de la directora de la presente disertación, Mtr. Elena Díaz Mosquera es [endi@puce.edu.ec](mailto:endi@puce.edu.ec). Mi número de celular es: 0985530945 y mi correo es [mabeborja@hotmail.com](mailto:mabeborja@hotmail.com)

Sin otro particular, quedo de usted muy agradecida.

Atentamente,

María Belén Borja

Pontificia Universidad Católica del Ecuador