
FORTALECIMIENTO Y/O ADQUISICIÓN DE LAS HABILIDADES SOCIALES EN EL
TRASTORNO DE ESQUIZENCEFALIA A TRAVÉS DE LA TERAPIA PSICOLÓGICA
ASISTIDA CON ANIMALES EN LA FUNDACIÓN LAS GOLONDRINAS- ESTUDIO DE
CASO-

Santiago Arroyave Correa, Elkin Darío Restrepo Mesa, Paola A. Rivera De los Ríos

Institución Universitaria de Envigado

Facultad de Ciencias Sociales

Envigado

2016

FORTALECIMIENTO Y/O ADQUISICIÓN DE LAS HABILIDADES SOCIALES EN
EL TRASTORNO DE ESQUIZENCEFALIA A TRAVÉS DE LA TERAPIA
PSICOLÓGICA ASISTIDA CON ANIMALES EN LA FUNDACIÓN LAS
GOLONDRINAS - ESTUDIO DE CASO-

Santiago Arroyave Correa, Elkin Darío Restrepo Mesa, Paola A. Rivera De los Ríos

Trabajo de grado presentado como
requisito para optar al título de
Psicólogo.

Asesora: _____

Profesión: _____

Institución Universitaria de Envigado

Facultad de Ciencias Sociales

Envigado

2016

TABLA DE CONTENIDO

AGRADECIMIENTOS:	6
GLOSARIO	7
RESUMEN	9
ABSTRACT	10
1. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA:	11
2. JUSTIFICACIÓN:	14
3. OBJETIVOS	16
3.1. OBJETIVO GENERAL:	16
3.2. OBJETIVOS ESPECÍFICOS:	17
4. MARCO REFERENCIAL.	17
4.1. ANTECEDENTES INVESTIGATIVOS:	17
5. MARCO TEÓRICO	23
5.1. ESQUIZENCEFALIA:	23
5.2. DESARROLLO INFANTIL	25
5.2.1. <i>Primera Infancia</i>	26
5.2.2. <i>Segunda Infancia</i>	30
5.3. HABILIDADES SOCIALES:	39
5.3.1. <i>Características de las habilidades sociales:</i>	41
5.3.2. <i>Elementos de las habilidades sociales:</i>	42
5.3.3. <i>Conductas inadecuadas en la socialización:</i>	45

5.3.4.	<i>Adquisición y desarrollo de las habilidades sociales:</i>	47
5.4.	TERAPIAS PSICOLÓGICAS ASISTIDAS CON ANIMALES:	49
6.	MARCO LEGAL	53
7.	DISEÑO METODOLÓGICO	57
7.1.	ENFOQUE	57
7.2.	MÉTODO	58
7.2.1.	<i>Características del método:</i>	60
7.2.2.	<i>Tipo de Estudio de caso</i>	61
7.2.3.	<i>Instrumentos de recolección de información</i>	63
7.3.	CONSTRUCCIÓN DEL ANÁLISIS EN EL ENFOQUE CUALITATIVO:	68
8.	DESCRIPCIÓN Y ANÁLISIS DE LA INFORMACIÓN:	71
9.	CONCLUSIONES:	79
10.	ANEXOS	82
10.1.	CONSENTIMIENTOS INFORMADOS.	82
10.1.1.	<i>Madre</i>	85
10.1.2.	<i>Fisioterapeuta</i>	87
10.1.3.	<i>Psicólogo</i>	88
10.2.	DISEÑO DE ENTREVISTA SEMIESTRUCTURADA.	89
10.3.	VALIDACIÓN DE INSTRUMENTO POR PARTE DE PARES ACADÉMICOS.	93
10.3.1.	<i>Petición de Validación.</i>	93
10.3.2.	<i>Muestra de validación por parte de los pares académicos</i>	94
10.4.	DISEÑO DE GRUPO FOCAL.	100

10.5.	VALIDACIÓN DEL INSTRUMENTO DEL GRUPO FOCAL	101
10.5.1.	<i>Petición de Validación:</i>	101
10.5.2.	<i>Muestra de validación de grupo focal</i>	101
11.	BIBLIOGRAFÍA:	102

AGRADECIMIENTOS:

Los agradecimientos de este trabajo están dirigidos inicialmente a algunos integrantes de la Fundación Las Golondrinas, fueron ellos quienes facilitaron la realización de la investigación al abrirnos la puerta de sus instalaciones y permitir el acceso a su trabajo terapéutico que realizan bajo la modalidad de Terapias Psicológicas Asistidas con Animales, este reconocimiento muy especialmente a los señores: Jairo Aristizábal García, psicólogo de la fundación, y Andrés Felipe Otálvaro Echeverri, fisioterapeuta de la misma y su equipo canino para las terapias, por su apoyo y conocimientos que fueron esenciales.

De manera muy especial, agradecemos a la familia participante en el proceso investigativo, quienes inspiraron el curso de la investigación por su proceso y participación de las Terapias Psicológicas Asistidas con Animales, ofrecidas en la Fundación.

Agradecemos también el apoyo constante de nuestra asesora, Fabiola Inés Restrepo Ruíz, quien fue una guía académica y un apoyo esencial para la estructuración de la tesis.

Además agradecemos a nuestros familiares, quienes nos acompañaron y apoyaron emocional y económicamente, durante toda la carrera y aún más en estos últimos pasos; nuestra gratitud por creer en nuestras capacidades y esfuerzos. También reconocemos el valor de nuestros amigos cercanos en este largo proceso.

Y finalmente agradecemos a la Institución Universitaria de Envigado, quien nos dio las primeras bases teóricas y la preparación necesaria como futuros profesionales.

GLOSARIO

TERAPIAS PSICOLÓGICAS ASISTIDAS CON ANIMALES: Salama (2013), la define como una intervención hecha por un terapeuta, que hace la mediación entre la persona que acude a terapia y el animal. El animal no es un terapeuta, ni un médico, ni un co-terapeuta el animal cumple el papel de puente o de formador de un vínculo terapeuta – paciente por medio del contacto paciente- animal; es decir un mediador.

HABILIDADES SOCIALES: Conductas necesarias para interactuar y relacionarse con los iguales y con los adultos de forma efectiva y mutuamente satisfactoria. Las habilidades sociales son las capacidades o destrezas sociales específicas requeridas para ejecutar competentemente una tarea interpersonal. Al hablar de habilidades, nos referimos a un conjunto de conductas aprendidas. (Monjas Casares & Gonzáles Moreno, 1998, Pág. 29). Monjas & Gonzáles, también definen los elementos que componen el desarrollo de las habilidades sociales mediante el contacto con los otros; estos elementos son: La asertividad, la inteligencia emocional y por último la auto-estima y auto-concepto.

- **Asertividad:** Es el “estilo” con que se interactúa, es la conducta interpersonal que implica la expresión directa de los sentimientos propios y la defensa de los derechos personales sin negar los derechos de los otros.
- **Inteligencia emocional:** Es aquella que está compuesta de elementos como autocontrol emocional, entusiasmo, perseverancia, capacidad de auto-motivarse, relaciones interpersonales, entre otras.
- **Auto-estima y auto-concepto:** Es el conjunto de conocimientos y actitudes que tenemos sobre nosotros mismos; son las percepciones que el individuo tiene

referidas a sí mismo y las características o atributos que usamos para describirnos.

ESQUIZENCEFALIA: La esquizencefalia es un trastorno de la migración neuronal que se caracteriza por hendiduras en la corteza cerebral (Carrizosa, pág. 276); este trastorno se da cuando en cierta etapa del desarrollo del sistema nervioso central (SNC), entre la tercera y quinta semana de gestación, las células nerviosas no logran el desplazamiento desde su zona de nacimiento (tubo neural) hasta su zona de destino, ocasionando alteraciones como malformaciones en el cerebro relacionadas con el retraso mental y la epilepsia.

DESARROLLO INFANTIL: El desarrollo infantil “se enfoca en el estudio científico de los procesos de cambio y estabilidad en los niños” (Papalia D., Wendkos S. y Duskin R., 2009) a partir de tres dominios: el desarrollo físico, el desarrollo cognitivo y el desarrollo psicosocial

RESUMEN

En este trabajo de grado se indagó acerca de la adquisición y/o fortalecimiento de las habilidades sociales haciendo uso de las terapias psicológicas con animales, ofrecidas en la Fundación Las Golondrinas de la ciudad de Medellín; con un niño de cinco años que padece el trastorno neurológico de esquizecefalia, debido a que este trastorno por sus características dificulta el desarrollo normal de las habilidades sociales.

Dicha investigación es de corte cualitativo, y se eligió el estudio de caso único como método, recolectando la información para el análisis a través de la entrevista semiestructurada y el grupo focal, aplicados a los actores que intervienen en el proceso del caso, los cuales son el psicólogo, el fisioterapeuta y la madre del niño.

Se concluye que desde las diferentes sesiones de las terapias psicológicas asistidas con animales implementadas con el niño, se logró la adquisición de algunas habilidades sociales y el fortalecimiento de otras, además de que estas terapias no sólo se enfocan en la rehabilitación de síntomas o problemas; sino en el proceso que se genera y el acompañamiento del animal que es ya una forma, no sólo de recuperar o mejorar, sino de hacer llevaderas ciertas condiciones psicológicas, corporales y sociales.

PALABRAS CLAVE: Esquizecefalia, Fortalecimiento, Adquisición, Habilidades Sociales, Terapias Psicológicas, Asistidas con Animales

ABSTRACT

This thesis talks about the acquisition and / or strengthening of social skills using Animal assisted psychological therapies offered in the Las Golondrinas Foundation of Medellin city; the subject is a five year old boy suffering from Schizencephaly Disorder, this diagnosis hinders the development or acquisition of certain social skills.

This is a qualitative investigation, which implements a single case study as method, collecting information through semi-structured interviews and a focus group for the analysis , this semi-structured interviews and a focus group were applied to the actors involved in the process of the case, which were the psychologist, the physical therapist and the child's mother.

It is concluded that from the implementation of animal assisted psychological therapies with the child, the acquisition of certain social skills and strengthening other was achieved, in addition to these therapies, it doesn't only focus on the rehabilitation of symptoms or problems; but the process that is generated and the accompaniment of the animal is already a way not only to recover or improve, but to make bearable certain psychological, physical and social conditions.

KEYWORDS: Schizencephaly, strengthening, Acquisition, Social Skills, Animal assisted psychological therapies.

1. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA:

En la tradición terapéutica ha sido muy importante la relación entre el paciente y el terapeuta para el pleno desarrollo de la terapia. Conforme a lo anterior, Joan Coderch (1990) afirma: “Aquello que es esencial y común a toda psicoterapia es el hecho de que el factor curativo; o supuestamente curativo, es la relación psicológica entre terapeuta y paciente”. Así pues, el primer acercamiento entre paciente y terapeuta puede definir el rumbo del tratamiento, este encuentro es una de las primeras formas de acercamiento al diagnóstico, por lo que el terapeuta puede observar y analizar del paciente en la interacción con él; por medio de elementos o competencias que debe poseer el terapeuta como: Aceptación, empatía y autenticidad (Beck, 1979); dichos elementos generan en el paciente una percepción de interés, entendimiento y franqueza por parte del terapeuta abriendo paso para que el paciente se sienta más cómodo y ahonde en el descubrimiento y mejoría de su problemática, aportando también, por medio de esa relación terapeuta-paciente herramientas y aprendizajes para la construcción de otras relaciones del paciente, como las interpersonales para desenvolverse mejor en el medio social. Por ello es significativo tener habilidades sociales que permitan tanto un primer acercamiento, como una futura formación de vínculo.

Con la relevancia que ocupan la construcción de relaciones no sólo con el terapeuta, según lo descrito en el párrafo anterior, sino también con otros, y en las cuales se deben tener en cuenta que las relaciones humanas no siempre se establecen de igual manera por el sujeto, pues pueden presentarse algunas dificultades para construirse, más aún en los casos de personas que presentan algún tipo de trastorno o deficiencia neurológica.

En estos casos de índole neurológica, específicamente casos como la esquizencefalia, en la cual puede presentarse trastornos del lenguaje y del desarrollo, tales como: Retraso mental leve a grave, dificultades en la motricidad fina y gruesa, retardo simple del lenguaje (RSL) o trastorno específico del lenguaje (TEL), entre otros; que limitan la adquisición o fortalecimiento normal de habilidades de socialización e interacción con el entorno, ya sea por dificultades en la comunicación con otros sujetos, la comprensión adecuada de reglas o comportamientos sociales u otras dificultades que pueden generar indiferencia y/o exclusión de parte de los otros. Por esto mismo, es necesario encontrar una manera de posibilitar el desarrollo o fortalecimiento de estas habilidades sociales en este tipo de caso del trastorno de esquizencefalia, para mejorar la calidad de vida del sujeto con su entorno e incluso con su mismo núcleo familiar, permitiéndole el desarrollo de herramientas que faciliten su inclusión en la vida social y su desempeño en otros ambientes cotidianos como por ejemplo la escuela, el barrio, entre otros; siendo esto vital debido a la demanda que se presentan en las sociedades actuales a sus integrantes de un desarrollo y desempeño humano óptimo para enfrentar retos cotidianos que les implica su existencia, es decir, con habilidades y características que le permitan un mejor desempeño en la vida cotidiana y las prácticas sociales que surgen en ella. Una forma en la que es posible todo lo anterior, sería a través del uso de las terapias psicológicas asistidas con animales como una forma de fortalecimiento de los medios de socialización que pueden afectarse en el trastorno de esquizencefalia.

Las terapias psicológicas asistidas con animales, de ahora en adelante nombrada por sus siglas T.P.A.A, han sido utilizadas como una alternativa terapéutica para los pacientes,

sobretudo en casos como la depresión, la ansiedad, casos de déficit de atención, el autismo y problemas neurológicos; debido a los beneficios identificados a partir de su desarrollo e implementación de la terapia con el animal en el fortalecimiento o adquisición de habilidades sociales, siendo este un mediador y/o herramienta de apoyo del terapeuta en los diferentes trastornos mencionados.

No obstante, se ha llegado a poner en duda los logros obtenidos de la T.P.A.A por ser catalogada como poco sistemática y profesional (Vásquez, 2011), por ello diferentes investigaciones buscan desmentir lo anterior evidenciando en ellas dichos logros; como: La de Zamorra San Joaquín, del año 2002 en Madrid-España, donde realiza un rastreo histórico y una conceptualización de las T.P.A.A y lo que éstas ofrecen; al igual que la Isabel Salama, quien ha realizado diferentes artículos acerca de la implementación de las T.P.A.A y el impacto que se logra en los pacientes, y los ha divulgado en su página web isabelsalama.com donde comparte información sobre lo mencionado de las T.P.A.A, o en su artículo “Las TPAA con validez científica” (2013), buscando ambas investigadoras evidenciar la aplicabilidad, veracidad y científicidad de este tipo de terapias y los logros que se pueden obtener a través de las mismas.

Respecto a la aprobación de esta técnica, se han encontrado aportes de otros autores con la implementación de las T.P.A.A en diferentes fundaciones, como la Fundación Affinity, de la ciudad de Barcelona-España, sus integrantes realizan una investigación para detectar los beneficios psicológicos del acompañamiento de animales domésticos en las terapias para personas de la tercera edad en el año 1987. Al igual que la Fundación Affinity, Verónica Cordones Escudero de la Universidad de Castilla-La Mancha, aplica las T.P.A.A

en una población geriátrica con el objetivo de “la mejora de la calidad de vida en las personas mayores institucionalizadas de la Residencia de Mayores de Nuestra Señora de la Piedad de Quintanar de la Orden (Toledo)”;

donde se logró evidenciar los beneficios de la T.P.A.A; además de estudios científicos que confirman que el trabajo con animales ofrece muy buenos resultados y son empleados en diversos campos e individuos.

Es por esta razón que se pretende identificar los beneficios psicológicos para el fortalecimiento de las habilidades sociales en un caso diagnosticado con el trastorno de esquizencefalia de la Fundación Las Golondrinas de la ciudad de Medellín, el interrogante que atraviesa la realización del presente trabajo es: ¿Cómo es la influencia de las T.P.A.A en las habilidades sociales del trastorno de esquizencefalia de la Fundación Las Golondrinas de la ciudad de Medellín?

2. JUSTIFICACIÓN:

El interés por la realización de este trabajo investigativo surge a partir de diferentes experiencias personales de cada uno de los integrantes del grupo de trabajo, en el contacto con animales de compañía y los elementos aportados a cada uno en dicha experiencia, lo cual ha mostrado algunas mejorías en situaciones emocionales difíciles de sobrellevar.

También se ha considerado importante el desarrollo del trabajo por encontrar en las T.P.A.A un elemento innovador y herramienta alternativa para el desarrollo del proceso terapéutico diferente de la psicoterapia convencional, cuyos protagonistas son el terapeuta y el paciente; rescatando de esta manera los posibles beneficios psicológicos que obtienen

los pacientes participantes del proceso de acompañamiento terapéutico con el animal de compañía como mediador entre paciente-terapeuta.

Estos beneficios psicológicos se pueden identificar y rastrear mediante las diferentes investigaciones a la hora de aplicar las T.P.A.A en relación a problemáticas de la conducta, la emoción, las relaciones sociales y para trastornos neurológicos, en este caso la esquizencefalia; de ahí la importancia de su uso para el fortalecimiento y adquisición de habilidades sociales de las cuales carecen comúnmente las personas que presentan este tipo de trastornos; utilizando al perro como un mediador motivacional para las interacciones con el terapeuta y este aprendizaje utilizarlo más adelante con otras personas ampliando su círculo social.

Dicha investigación también puede ayudar a desmentir la crítica que se le ha realizado al uso de las T.P.A.A; que considera que éstas carecen de sistematización, de poco profesionalismo y validez científica en su proceso terapéutico (A. Vásquez, 2011, Pág. 1-10), la cual genera a su vez un descrédito de su aplicabilidad y sus logros.

Ahora bien; desde el punto de vista de la formación académica y futura labor como psicólogos, este trabajo fortalece habilidades investigativas además de conocimientos teóricos como la función del psicólogo dentro de las terapias, etapas y trastornos del desarrollo, teorías vinculares y conocimientos interdisciplinarios que complementan el trabajo terapéutico en el uso de las T.P.A.A.

Respecto a la Institución Universitaria de Envigado, reconocida por sus siglas (IUE), se aportó una nueva alternativa conforme a una temática de investigación poco trabajada a nivel local por otras instituciones; siendo este el primer trabajo realizado dentro de dicha institución sobre las T.P.A.A que puede ser de interés para las áreas de investigación de la Facultad de Ciencias Sociales. Según la misión de la IUE, que busca propender la formación integral de profesionales capaces de generar cambios y adaptarse a las circunstancias que le impone el mundo contemporáneo, se refleja en el trabajo la posibilidad de generar cambios con respecto al uso y aplicación de otras herramientas o terapias alternativas a la psicoterapia común; adaptándose así como profesionales del área de psicología, a las nuevas técnicas de intervención para llevar el proceso terapéutico; en la Visión de la IUE se expresa la búsqueda de conocimientos científicos y una responsabilidad social; lo anterior se evidencia desde este trabajo mediante la recopilación de información que sistematiza el carácter científico de las T.P.A.A y su aplicación en el medio terapéutico que conlleva a una responsabilidad profesional.

3. OBJETIVOS

3.1. OBJETIVO GENERAL:

Identificar el fortalecimiento y/o adquisición de las habilidades sociales, mediante el proceso de las terapias psicológicas asistidas con animales en el trastorno de esquizencefalia en la Fundación Las Golondrinas.

3.2. OBJETIVOS ESPECÍFICOS:

1. Determinar los beneficios psicológicos que surgen en la relación terapeuta-paciente con el uso de las T.P.A.A. como primer acercamiento a la construcción de una relación social.
2. Distinguir la adquisición y/o fortalecimiento de los elementos que componen el desarrollo de habilidades sociales mediante el uso de las T.P.A.A.
3. Destacar los diferentes logros obtenidos en la aplicación de las T.P.A.A. en relación con las problemáticas del desarrollo social que se presentan en el trastorno de esquizencefalia.

4. MARCO REFERENCIAL.

4.1. ANTECEDENTES INVESTIGATIVOS:

La aparición de las terapias asistidas con animales, reconocidas con las siglas T.P.A.A., se remonta al siglo XVIII. Las primeras experiencias de animales en tratamientos terapéuticos pueden localizarse en York, Inglaterra (1792); donde un centro para personas con problemas emocionales introduce conejos y aves de corral, estimulando a los pacientes en su cuidado. En 1830 la organización British Charity Commissioners sugirió la introducción de animales tanto domésticos como de otro tipo en los asilos, con el fin de mejorar la percepción de los ancianos acogidos, y así muchas instituciones al igual que hospitales han acudido al uso de animales para el acompañamiento en los procesos terapéuticos. (Zamarra, 2002, Pag.144-146)

En 1867 aparece el tratamiento para epilépticos en Bethel Bielfield-Alemania con el uso de animales de compañía. En Estados Unidos en los años 1944 y 1945, la US Army Veterinary Medicine Branch of Healt Services Command Confort, para el personal y familias de la segunda guerra mundial en la ciudad de Nueva York, utilizaron animales para la rehabilitación de aviadores de guerra. Tres años más tarde Samuel B. Ross crea el centro Green Chimneys para la reeducación de niños y jóvenes con trastorno del comportamiento. (Zamarra, 2002, Pág.144-146)

En los inicios del año 1953 el Dr. Boris M. Levinson en los años 60's, aplica la terapia asistida con animales para mejorar vínculos, trastornos físicos y psicológicos en niños con trastornos del comportamiento, déficit de atención y problemas de comunicación, al introducir a una de sus terapias a su perro Jingles. (Zamarra, 2002, Pág.144-146)

A mediados de los 60's; específicamente en el año 1966 Stordahl- músico invidente funda el centro Beistostolen en Noruega, utilizando caballos y perros para rehabilitación y terapia de otros invidentes y personas con discapacidad física. En la década siguiente, en el año 1973, Elizabeth Yates ayudó con su perro en el hospital mental de Michigan a los niños enfermos que allí se encontraban, sirviéndoles de compañía y apoyo; y en el año de 1974, Corson realiza un programa para evaluar las terapias asistidas con animales en un entorno hospitalario con 50 pacientes. (Zamarra, 2002, Pág.144-146)

Comenzando la década de los 80's, se implementa la compañía de animales en la prisión de mujeres Purdy, para la mejora de la autoestima y la disciplina con perros rescatados en 1980 y 1981. Y a lo largo de esa misma década, Erika Friedman, James

Lynch y S. Thomas, trabajan con 92 pacientes con cuidados coronarios, en diferentes hospitales de la ciudad de Nueva York en Estados Unidos, para tratar la soledad humana con animales de compañía en dichos espacios. (Zamarra, 2002, Pág.144-146)

En inicios de los 90's Aderson Y Serpell realizan estudios coronarios y efectos beneficiarios en salud y comportamiento, respectivamente; con el uso de las terapias asistidas con animales; y en 1995 Robinson encuentra influencias con el uso de las terapias asistidas con animales en el estrés o ansiedad, disminuyéndolos considerablemente. (Zamarra, 2002, Pág.144-146)

Una investigación con la población de adultos mayores, es la de Bárbara Muñoz Gómez en su tesis de doctorado "Terapia asistida por animales de compañía aplicada a una residencia geriátrica en el medio rural" (2011-2013) en la Universidad de Murcia, España. Estudio realizado con metodología cuantitativa,este trabajo se seleccionaron a veintitrés adultos mayores pertenecientes al municipio de La Gineta; con cada uno se aplicaron diferentes métodos de valoración, en la parte física, se aplicó el Test de Tinetti para determinar el riesgo a posibles caídas, en la parte psicológica se aplicó el Mini Examen Cognoscitivo de Lobo para evaluar el deterioro cognitivo y posible progreso a demencias minimal, en la parte social se aplica el cuestionario Duke-Unk, donde se refleja el apoyo social que reciben los adultos mayores; y por último para valorar el estado funcional de los mayores se utilizan 3 índices, el de Katz (Independencia), de Barthel (Habilidades para actividades de la vida diaria) y de Lawton y Brody (Dependencia e independencia para actividades instrumentales de la vida diaria). Las intervenciones se dividieron en doce sesiones estructuradas en 3 etapas, inicial (calentamiento) donde se hace la presentación del

animal, media (terapias) donde se hace un juego o actividad con el animal y final, llamada “vuelta a la calma” donde se dan premios y se hace la despedida con el animal. En este caso los animales utilizados eran principalmente perros y gatos entrenados en T.P.A.A. Por medio del análisis estadístico de las sesiones, Muñoz logró identificar unos beneficios generales a nivel psicológico que son: Primero, orientación a la realidad: Como en los casos de Alzheimer, los perros sirven como contacto con la realidad, además de ser un punto focal para problemas de déficit de atención; los perros sirven como punto de interés, por ejemplo llaman la atención obligándolos a concentrarse. Segundo, mejoran el estado de ánimo e incluso son un antídoto contra la depresión: Ayudan a la superación del dolor y combaten la monotonía. Tercero, sirven como estímulo social: Fomentan el contacto social, sirven como tema para entablar conversaciones facilitando las relaciones interpersonales; incluso permiten un mejor canal de comunicación entre terapeuta y paciente, también se produce una mayor colaboración entre los usuarios y el personal de las instituciones cuando el personal está presente, satisfaciendo a su vez la necesidad de contacto físico. Cuarto, son un incentivo motivacional para distintas modalidades del tratamiento, permiten “salirse de sí mismo”; en personas que padecen ciertos trastornos, como el de autismo, o tienen niveles bajos de autoestima que tienden a centrarse mucho en sí mismos, y las interacciones con animales les permite centrarse en el entorno y los demás. Quinto, fortalecen la empatía y facilita la creación de vínculos y generar ambientes de confianza o sentimientos de conexión, Generando sentimientos de aceptación. Sexto, dan un estímulo mental; como consecuencia de las oportunidades que los animales proporcionan para comunicarse con otras personas.

A nivel de Latinoamérica, también se han encontrado investigaciones respecto al uso de las T.P.A.A. Susana C. Underwood de la Fundación “Caminando Juntos” de Buenos Aires-Argentina, elabora un Proyecto en el Centro de Día Senderos Del Sembrador, con jóvenes que presentan discapacidad mental cuyo objetivo era el mejoramiento de las áreas cognitiva, emocional y social; vinculando dos realidades distintas, la del estudiante universitario y la de las personas con discapacidad. La metodología fue cualitativa-participativa, donde inicialmente en el año 2009 se realizan las primeras visitas al centro, con el fin de que, por medio de la observación participativa, el equipo investigador realizara un primer registro de cómo se vinculaban los jóvenes con discapacidad con los animales, y además, tener un primer acercamiento con dichos jóvenes. En el año 2010 realizaron una serie de charlas con respecto a las T.P.A.A y en el mes de mayo de ese mismo año, comenzaron las intervenciones con las T.P.A.A, realizando actividades de acuerdo a las pautas planteadas por los profesionales y evaluar la forma en que los jóvenes se relacionaban tanto con los animales como entre sí. Los resultados de esta investigación apuntaron a que el trabajo con las T.P.A.A estimula a mejorar las habilidades de comunicación en los jóvenes con discapacidad, tanto en su forma oral como gestual; además se lograron avances en cuanto al trabajo de movilidad con algunos jóvenes con autismo al igual que la reducción de la ansiedad generada por fobias que algunos jóvenes también presentaban.

Otros estudios encontrados en la ciudad de Medellín, poseen fines similares a la investigación mencionada previamente; tal como la realizada en la Universidad de Antioquia por Mónica Teresa Gonzales Ramírez y René Landero Hernández donde exponen en su artículo del año 2013, Terapia asistida con animales como apoyo en la

reestructuración cognitiva , la evaluación de los beneficios psicológicos en la reestructuración cognitiva y su efecto en los pensamientos negativos; tales como reducción del estrés y problemas cardiovasculares al entrar en contacto con el animal. El instrumento utilizado para la investigación fue el Cuestionario de Pensamientos Automáticos (ATQ), aplicado en un taller para el manejo del estrés dictado a 9 mujeres que asisten de manera voluntaria, y apoyándose en la participación del perro como estrategia en las dinámicas de reestructuración cognitiva orientada a detectar y cuestionar pensamientos negativos en medio del taller. El taller de manejo del estrés consistió en 5 sesiones en las que se trabajaron las siguientes técnicas: psico-educación, relajación, reestructuración cognitiva y solución de problemas. Las sesiones tres y cuatro se dedicaron al trabajo de reestructuración cognitiva. La metodología de la investigación fue cuantitativa, mostrando los resultados de la reducción de ATQ después de las intervenciones en los talleres. El objetivo del trabajo se alcanzó, los pensamientos negativos disminuyeron tras el trabajo de reestructuración cognitiva en grupo, apoyado por perros de terapia como protagonistas en las dinámicas realizadas.

A manera de conclusión, cada una de las anteriores investigaciones referenciadas, han logrado identificar y demarcar beneficios que se obtienen a nivel psicológico en aspectos como la autoestima, la comunicación, apoyo emocional en problemas de depresión o ansiedad, puente de vínculos al generar ambientes propicios de tranquilidad para la conversación, entre otras, generando elementos que en conjunto son aspectos que permiten fortalecer atributos sociales para el desarrollo de dichas habilidades. Por lo tanto, las investigaciones también son un complemento informativo y una base de construcción para el trabajo a desarrollar.

5. MARCO TEÓRICO

5.1. ESQUIZENCEFALIA:

La esquizecefalia es un trastorno de la migración neuronal que se caracteriza por hendiduras en la corteza cerebral (Carrizosa, 2007,pág. 276); este trastorno se da cuando en cierta etapa del desarrollo del sistema nervioso central (SNC), entre la tercera y quinta semana de gestación, las células nerviosas no logran el desplazamiento desde su zona de nacimiento (tubo neural) hasta su zona de destino, ocasionando alteraciones como malformaciones en el cerebro relacionadas con el retraso mental y la epilepsia.

Cuando se da la esquizecefalia es generalmente por las malformaciones que desencadena el trastorno de la migración neuronal, por un lado, por el poco desarrollo del manto cortical en el segundo mes de gestación en las formaciones de las cisuras cerebrales primarias; y por otro lado, por hendiduras que aparecen en los hemisferios cerebrales desde la superficie pial hasta el ventrículo lateral; siendo esta última la malformación más común que da origen a la esquizecefalia. (Carriosa, Ochoa, Mejía & Gómez, 2007,pág. 277)

El nombre de esquizecefalia fue conferido por Yakolev y Wadsworth en 1946, durante estudios neurológicos por medio de autopsias en la que se notaba la orientación simétrica bilateral con anomalías, siendo esta una de las primeras características de la esquizecefalia encontradas, esto exactamente en la extensión hacia el ventrículo y la persistencia del grosor de materia gris celular a lo largo de la pared de la hendidura. (López, García, Sánchez & Pérez,2000, Pág. 29)

Según menciona el neurólogo infantil de la Universidad de Antioquia, Jaime Carrizosa Moog, en su investigación “*Esquizencefalia: Un trastorno de la migración neural*”, la causa de la esquizencefalia puede ser multifactorial (2007, Pág. 276); una de las hipótesis más aceptadas por la rama de la genética es una mutación en el desarrollo del SNC por el trastorno de migración neuronal.

Así pues, la esquizencefalia se ha dividido en dos tipos: La primera por una malformación de labio cerrado, cuando los bordes de la hendidura se aproximan entre sí; es decir, una especie de arruga cerrada en la pia-ependimal (López, García, Sánchez & Pérez, 2000, Pág. 29); y la segunda, de labio abierto; donde los bordes de la hendidura están ampliamente separados por el líquido cefalorraquídeo el cual se encuentra entre el ventrículo y el espacio subaracnoideo, estas aparecen principalmente en los lóbulos parietales y frontales.

Las manifestaciones clínicas de la esquizencefalia son radiológicas, electroencefalográficas, neurorradiografías, TAC craneal y la resonancia magnética y se diagnostica con angiografía y neumoencefalografía. Con la neurorradiografías se ha encontrado una característica común de la esquizencefalia, se presenta en su mayoría de veces a un solo lado de la corteza cerebral y de los lóbulos, es decir es unilateral, más que la bilateral, y también más frecuente la esquizencefalia de labio abierto.

Algunas características que presenta la esquizencefalia son:

- Puede haber ausencia de signos o síntomas y hasta presentarse un compromiso neurológico grave.

- Puede haber compromiso motor que se encuentre en el lóbulo frontal.
- Es frecuente el retardo mental y del desarrollo en diferentes grados.
- Hay anomalías en el SNC como ausencia del septum pellucidum, ausencia del cuerpo calloso, atrofia del nervio óptico, displasia cortical focal, quistes aracnoides, hemiatrofia cerebral y displasia cerebelosa.
- Puede presentar retraso motor, hidrocefalia (sobre todo en la de labio abierto), convulsiones y hemiparesia.
- Se compromete el desarrollo del lenguaje.

5.2. DESARROLLO INFANTIL

El desarrollo infantil “se enfoca en el estudio científico de los procesos de cambio y estabilidad en los niños” (Papalia D., Wendkos S. y Duskin R., 2009, pág. 6) a partir de tres dominios: el desarrollo físico, el desarrollo cognitivo y el desarrollo psicosocial; estos dominios son definidos por Papalia D., Wendkos S. y Duskin R (2009) en su libro “psicología del desarrollo de la infancia a la adolescencia” como:

- **Desarrollo Físico:** “Crecimiento del cuerpo y cerebro que incluye patrones de cambio en capacidades sensoriales, habilidades motoras y salud.” (pág. 10)
- **Desarrollo Cognitivo:** “Patrón de cambio en las capacidades mentales, como el aprendizaje, atención, memoria, lenguaje, pensamiento, razonamiento y creatividad.” (pág. 10)
- **Desarrollo Psicosocial:** “Patrón de cambio en emociones, personalidad y relaciones sociales.” (pág. 10)

Estos dominios mencionados previamente son de crucial importancia en el estudio del desarrollo infantil, puesto que dictaminaran lo que se podrá considerar como un desarrollo normal para un niño según su edad cronológica. Ya que se dificulta asegurar una edad exacta en la que un sujeto termina su infancia y entra en la adolescencia, se toma como referente los cinco periodos mencionados por Papalia D., Wendkos S. y Duskin R (2009), los cuales agrupan ciertas edades que comparten ciertas características evolutivas, facilitando la categorización según la edad cronológica. Estos periodos son:

- **Lactancia y primera infancia:** La primera infancia dura desde el nacimiento del niño, hasta los 3 años de edad
- **Segunda infancia:** Es una etapa transitoria, en donde los niños pasan de la infancia a la niñez. La segunda infancia comprende niños entre 3 a 6 años de edad.
- **Tercera infancia:** Los niños pertenecientes a este periodo poseen entre 6 a 11 años de edad.
- **Adolescencia:** Es una etapa transitoria entre la infancia y la adultez la cual implica cambios físicos, cognitivos y psicosociales.

Antes de abordar específicamente la segunda infancia se mostrara en la siguiente tabla el desarrollo evolutivo que han adquirido los niños durante la primera infancia según Papalia D., Wendkos S. y Duskin R (2009). (pág. II y III)

5.2.1. Primera Infancia

Neonato (nacimiento a 1 mes): durante esta etapa, físicamente se puede apreciar un aumento rápido de estatura y peso, al igual que la presencia de todos los sentidos. Cognitivamente el niño comienza la etapa sensoriomotora, puede aprender por

condicionamiento o habituación y presta mayor atención a los nuevos estímulos que a los estímulos conocidos. Su comunicación se basa en el llanto, siendo este llanto normalmente un indicador de emociones negativas. La llegada de un infante a un núcleo familiar suele causar un cambio en las relaciones familiares.

1 – 6 Meses: durante esta etapa, físicamente el infante logra alcanzar y tomar objetos, levantar y girar su cabeza, girar sobre sí mismo, posiblemente sea capaz de arrastrarse o gatear y se desarrolla la visión de profundidad. Cognitivamente se puede apreciar como el lactante repite conductas que le proporcionan resultados agradables, coordina la información sensorial, participa en juegos repetitivos, busca objetos que se han dejado caer y puede repetir una acción aprendida antes si se le recuerda el contexto original. A nivel emocional el lactante sonríe y ríe en respuesta a personas e imágenes y sonidos inesperados, a su vez ocurre una regulación mutua de emociones en las interacciones frente a frente. Lingüísticamente el infante comienza a reconocer palabras familiares y a producir sonidos de arrullo; mientras que en el ámbito social el niño comienza a desarrollar la confianza básica y muestra interés en otros bebés a través de sonrisas, emisión de sonidos y miradas.

6 – 12 Meses: en este tiempo el niño físicamente es capaz de sentarse sin apoyo, se mantiene de pie sosteniéndose y luego por sí solo, posiblemente de sus primeros pasos y su peso de nacimiento se triplica en un año. Cognitivamente el lactante participa en comportamientos dirigidos a metas, comete el error A mas no el B, puede distinguir las diferencias entre pequeños conjuntos de objetos, muestra imitación diferida, pone en práctica comportamientos aprendidos con diferentes objetos, surge la

memoria semántica y finalmente surgen las emociones básicas: gozo, sorpresa, tristeza, asco y enojo. En este punto de su desarrollo evolutivo el lactante reconoce los sonidos de su lengua materna motivándolo a balbucear y después imitar los sonidos del lenguaje, lo cual ocasiona una comunicación a través de la gesticulación y la probabilidad de que surjan sus primeras palabras. Es en esta etapa en donde se evidencia la conformación de un apego, acompañado posiblemente de una ansiedad a desconocidos o a la separación.

12 – 18 Meses: en esta etapa se puede apreciar a nivel físico un aumento en la estatura y en el peso es un poco más lento, el infante ya puede caminar mucho mejor, puede construir una torre con dos cubos. Su cognición también presenta ciertos avances como lo son: búsqueda de objetos en el último sitio en donde se le oculto, comprensión de las relaciones causales, participación en juegos constructivos y una imitación diferida menos dependiente del entorno y los estímulos específicos. A nivel lingüístico el infante sobre-extiende y sub-extiende los significados de las palabras. En este momento del desarrollo es que comienza a parecer una etapa inicial de la empatía y junto con esta la referencia social. Socialmente se empieza a evidenciar el efecto que tiene la relación de apego con las otras relaciones sociales.

18 – 24 Meses: durante esta etapa es que se logra subir escalones, debido a que a la fuerza muscular ganada. Durante esta etapa se observan grandes avances cognitivos como lo son: la permanencia de objeto, la memoria episódica, la formación de conceptos y categorías y la utilización de representaciones mentales y símbolos; a nivel emocional se logra ver el comienzo de un negativismo al igual que el surgimiento de emociones

autoconscientes al igual que precursores de vergüenza y culpa. El niño a esta edad presenta una explosión de denominación al igual que el constante uso de oraciones telegráficas. Es durante esta etapa que el infante desarrolla una necesidad por la autonomía.

24 – 30 Meses: durante esta etapa se logran importantes avances a nivel neurológico ya que se alcanza el número máximo de sinapsis y ocurre la mielinización de los lóbulos frontales (es posible que este desarrollo subyazca a la autoconciencia, emociones autoconscientes y capacidad de autorregulación). Esta etapa es la que marca el inicio de la etapa preoperacional. Emocionalmente esta etapa marca el surgimiento de emociones autoevaluativas (orgullo, vergüenza, culpa), generando que sus respuestas empáticas sean menos egocéntricas y más apropiadas.

30-36 Meses: durante esta etapa se logra evidenciar la presencia de la dentadura primaria al igual que la capacidad de salto en un mismo lugar. Cognitivamente el niño adquiere la capacidad para contar, explicar relaciones causales conocidas y adquiere mayor precisión para evaluar e interpretar los estados emocionales ajenos. Lingüísticamente el niño dice ya hasta mil palabras, comprende mejor el lenguaje, combina tres o más palabras y es capaz de utilizar el tiempo verbal pasado. Socialmente su interés se sigue centrando en otros niños.

3 Años: esta edad marca el cierre de la primera infancia y el inicio de la segunda infancia. Durante esta etapa se puede evidenciar que el niño dibuja figuras, puede verter líquidos y comer con cubiertos, puede utilizar el baño por sí solo. Cognitivamente durante esta etapa el niño comprende la naturaleza simbólica de las ilustraciones, mapas y modelos

a escala, es posible que comience la memoria autográfica, el niño participa en juegos imaginativos y puede realizar cálculos pictóricos que involucren números enteros. Los últimos avances se logran percibir a nivel lingüístico y social ya que en esta etapa el niño: mejoran el vocabulario, la gramática y la sintaxis, desarrollan las primeras habilidades para el alfabetismo, desarrolla la iniciativa, el juego con otros se vuelve más coordinado y por último el niño elige amigos y compañeros de juego con base en la proximidad.

5.2.2. Segunda Infancia

La segunda infancia agrupa a niños entre 3 a 6 años de edad. Según Papalia D., Wendkos S. y Duskin R (2009). Estos niños de 3 años dejan de ser bebés y pasan a ser un “atlético aventurero”, como consecuencia de su comodidad en este mundo dejando atrás lo que este autor denomina como “época relativamente peligrosa”, generando en el niño una disposición a la exploración de sus posibilidades y al desarrollo de capacidades corporales y mentales.

5.2.2.1. Desarrollo Físico:

Los niños durante esta etapa empiezan a mostrar cambios físicos en relación a su estructura ósea y su sistema muscular, algunos de los cambios más notorios son:

- Incrementar su estatura
- Bajar o subir de peso
- Una mejoría en habilidades como correr, saltar, brincar, impulsarse y arrojar la pelota
- Se empieza a evidenciar una preferencia por el uso de su mano izquierda o derecha
- Se desarrollan los músculos del abdomen logrando una firmeza

- El tronco y las extremidades se alargan, adquiriendo proporciones cada vez mas adultas.

Agregando a lo expuesto previamente, estos niños de tres a seis años logran grandes avances en sus habilidades motoras; por un lado tenemos avances en las habilidades motoras gruesas que involucran a los grandes músculos; y por otro lado tenemos mejorías en las habilidades motoras finas, las cuales implican coordinación ojo-mano, al igual que de pequeños músculos. Un ejemplo de esto es la comodidad que presentan la mayoría de los niños de alrededor de tres años y medio para alternar los pies para subir escalas, pero no es hasta los 5 años que logran descender las escalas con la misma facilidad. Papalia D., Wendkos S. y Duskin R plantean que este ejemplo se da gracias al desarrollo en las áreas sensoriales y motoras de la corteza cerebral ya que estas “permiten mejorar la coordinación entre lo que los niños quieren hacer y lo que pueden hacer”(2009,pág. 282), puesto que a medida que los cuerpos van cambiando le permiten al sujeto integrar nuevas habilidades dentro de su sistema de acciones, entendiendo sistema de acciones como: “combinaciones cada vez más complejas de habilidades motoras que permiten un rango más amplio o preciso de movimientos y un mayor control del ambiente.” (Papalia D., Wendkos S. y Duskin R., 2009, pág. 282)

5.2.2.2. Desarrollo cognitivo:

Con el fin de obtener mayor claridad en los procesos cognitivos que se ven implicados en esta etapa, la información se dividirá en apartados en los cuales se podrá evidenciar las particularidades de la segunda infancia en relación a la cognición, estos

apartados se titulan: el niño preoperacional, desarrollo de la memoria y finalmente desarrollo del lenguaje.

5.2.2.2.1. Etapa Preoperacional

La segunda infancia también es conocida según Piaget como la etapa preoperacional del desarrollo cognitivo, en la cual se fortalece el uso del pensamiento simbólico, entendiendo esto como “la capacidad de utilizar representaciones mentales (palabras, números o imágenes) a las que el niño ha asignado algún significado” (Papalia D., Wendkos S. y Duskin R., 2009, pág. 295) Estos avances en el pensamiento simbólico son acompañados por un aumento en la comprensión de identidad y categorización y en la comprensión de la causalidad.

- **Comprensión de la causalidad:** Piaget planteaba que los niños en la etapa preoperacional no pueden razonar de manera lógica acerca de la causa y el efecto, puesto que estos razonaban a través de la transducción, esto quiere decir que los niños tienden a “vincular experiencias particulares en su mente, sea o no que exista una relación lógica causal.” (Papalia D., Wendkos S. y Duskin R., 2009, pág. 297)
- **Comprensión de identidad y categorización:** Un avance en la comprensión de la identidad genera que el mundo se torne más ordenado y por ende más predecible, ya que se empieza a generar: “el concepto de que las personas y muchos objetos son básicamente iguales, aun si cambian de forma, tamaño o apariencia” (Papalia D., Wendkos S. y Duskin R., 2009, pág. 297), dándole emergencia al autoconcepto. Una vez se logra identificar algunos sujetos y objetos de su vida diría, el niño acude a la categorización para darle un orden a su vida; entiéndase esta categorización como la clasificación que emplea un niño una vez identifica las semejanzas y las

diferencias posee un sujeto o un objeto (Papalia D., Wendkos S. y Duskin R., 2009); la categorización comúnmente usada por los niños es la de si una persona es buena o mala, lo cual da cuenta de las implicaciones psicosociales que esta conlleva.

5.2.2.2.2. Desarrollo de la memoria:

La memoria es la capacidad de adquirir, almacenar y recuperar la información, esta se ve reforzada durante la segunda infancia, ya que los niños presentan mejorías en su atención y en la velocidad y eficiencia con la que procesan información (Papalia D., Wendkos S. y Duskin R., 2009, pág. 305) haciendo de su memoria una más duradera. La memoria puede ser tomada como “un sistema de archivo que tiene tres pasos o procesos: codificación, almacenamiento y recuperación” (Papalia D., Wendkos S. y Duskin R., 2009, pág. 306).

- **La codificación:** según Papalia D., Wendkos S. y Duskin R (2009) la codificación es un “proceso por medio del cual se prepara la información para almacenamiento a largo plazo y posterior recuperación” (pág. 306), en pocas palabras es etiquetar o codificar la información de tal manera que esta sea más fácil ubicar cuando sea necesario.
- **El almacenamiento:** Es la “retención de información en la memoria para su uso posterior” (Papalia D., Wendkos S. y Duskin R., 2009, pág. 306), esto se puede asemejar a guardar la información ya clasificada en un archivador.
- **La recuperación:** “Proceso mediante el cual se accede o recuerda la información del almacén de memoria” (Papalia D., Wendkos S. y Duskin R., 2009 pág. 306)

Retomando la idea del archivador planteada previamente, se debe de tener en cuenta que la información que se procesa no siempre es archivada en el mismo lugar ya que se cuenta con 3 tipos de “almacenes” los cuales son: memoria sensorial, memoria de trabajo y memoria a largo plazo.

Papalia D., Wendkos S. y Duskin R (2009, pág. 306) definen estos 3 tipos de “almacenes” como:

- **Memoria sensorial:** Almacenamiento inicial, breve y temporal de la información sensorial.
- **Memoria de trabajo:** Almacenamiento a corto plazo de información que se procesa de manera activa.
- **Memoria a largo plazo:** Almacenamiento de capacidad virtualmente ilimitada que contiene información durante periodos muy largos.

Durante esta etapa la memoria de las experiencias que vivencia los niños rara vez es aleatoria, puesto que estos generalmente recuerdan aquello que les causo una gran impresión. Es por esto que Papalia D., Wendkos S. y Duskin R (2009, pág. 307) hablan de 3 tipos de memoria que están siendo reforzadas constantemente durante la segunda infancia, estas memorias son:

- **La memoria genérica:** que se inicia alrededor de los dos años de edad, produce un guión, un esquema general de un evento familiar, repetitivo, sin detalles en cuanto a tiempo y lugar. El guión contiene rutinas para las situaciones que surgen una y otra vez; ayuda al niño a saber qué esperar y cómo comportarse.

- **La memoria episódica:** se refiere a la conciencia de haber experimentado un evento o episodio particular que ocurrió en un momento y lugar específicos. Las memorias episódicas iniciales les permiten a los niños construir una imagen mental de su mundo al organizar sus experiencias en torno a eventos.
- **La memoria autobiográfica:** es un tipo de memoria episódica; se refiere a los recuerdos específicos y perdurables que forman la historia vital de una persona, esta empieza a surgir entre los tres y cuatro años de edad.

La evocación de recuerdos de cada una de estas memorias es un ejercicio que debe ser promovido por los cuidadores o acudientes del niño a través del dialogo, puesto que según el modelo interaccion social de Vygotsky, que menciona Nelson (1993) citado por Papalia D., Wendkos S. y Duskin R (2009, pág. 308) plantea que “los niños construyen sus recuerdos autobiográficos en colaboración con sus progenitores o con otros adultos a medida que hablan acerca de eventos compartidos”.

5.2.2.2.3. Desarrollo del lenguaje

Con el pasar de los años los niños se van introduciendo gradualmente en el lenguaje, permitiéndoles expresar su punto de vista único sobre el mundo. En la segunda infancia, los niños presentan avances acelerados en la gramática, el vocabulario y la sintaxis.

El primer avance que se logra percibir en los niños es en su vocabulario, ya que al iniciar esta etapa se genera una ampliación en el vocabulario el cual se promedia estar compuesto por alrededor de unas novecientas a mil palabras, se cree que este vocabulario es posiblemente ampliado a través de lo que se conoce como mapeo rápido, el cual

“permite que un niño determine el significado aproximado de una palabra nueva después de escucharla sólo una o dos veces dentro de una conversación” (Papalia D., Wendkos S. y Duskin R., 2009, pág. 312).

El segundo avance se percibe en esta etapa es en relación a su gramática y sintaxis, ya que los niños a esta edad logran empezar a “utilizar plurales, posesivos y el tiempo pretérito, además de saber la diferencia entre yo, tú y nosotros. Sin embargo, siguen regularizando en extremo porque todavía no han aprendido o comprendido las excepciones a las reglas” (Papalia D., Wendkos S. y Duskin R., 2009, pág. 312). No obstante, las oraciones que logran construir en esta etapa son por lo general sencillas y cortas.

El avance en los aspectos mencionados previamente vuelven a los niños más competentes en la pragmática, entendiendo esta como el “conocimiento práctico necesario para utilizar el lenguaje con propósitos comunicativos.” (Papalia D., Wendkos S. y Duskin R., 2009, pág. 313). Facilitando la comunicación de sus necesidades, “él como narrar un cuento o chiste, cómo empezar y continuar una conversación y cómo ajustar los comentarios a la perspectiva de un escucha.” (Papalia D., Wendkos S. y Duskin R., 2009, pág. 313).

5.2.2.3. Desarrollo Psicosocial

J. Krishnamurti plantea que “antes de emprender un viaje para encontrar la realidad, para encontrar a Dios, antes de que podamos actuar, antes de que podamos tener relación algún con otro – lo cual constituye la sociedad, es sin duda esencial que

comencemos por comprendernos a nosotros mismos.” (1998, pag 294). En base a esta idea es que se planteara el desarrollo psicosocial iniciando desde una construcción de sí mismo y de sus sentimientos y finalizando con las relaciones con el otro.

El autoconcepto es un constructo que se va aclarando a medida que la persona adquiere más capacidades cognitivas y a medida que afronta las tareas del desarrollo que se presentan en cada etapa (Papalia D., Wendkos S. y Duskin R 2009, pg 325). En pocas palabras se puede afirmar que el autoconcepto es una construcción que se va dando con el paso del tiempo y la cual puede variar según las vivencias de cada sujeto. Papalia D., Wendkos S. y Duskin R (2009) plantean que el desarrollo del autoconcepto se ve reflejado en los cambios en la autodefinición, también conocido como autodescripción, entendiendo autodefinición como un “conjunto de características que se utilizan para la descripción de uno mismo.” (Papalia D., Wendkos S. y Duskin R 2009, pg 325). Paralelo a la construcción de un autoconcepto se va dando la creación de una autoestima. La autoestima es definida como “la parte evaluativa del autoconcepto, el juicio que hacen los niños acerca de su propia valía. La autoestima se basa en la creciente capacidad cognitiva de los niños para describirse y definirse a sí mismos”, esta valorización suele ser absoluta en la segunda infancia ya que se pueden catalogar a ellos mismos como “soy bueno” o “soy malo”.

Al avanzar en los constructos que permiten una mejor comprensión de sí mismo, el niño comienza a desarrollar la capacidad de comprender, regular o controlar sus propios sentimientos (Papalia D., Wendkos S. y Duskin R, 2009). Papalia D., Wendkos S. y Duskin R (2009) exponen que “los niños que pueden comprender sus emociones son más capaces de controlar la manera en que las demuestran y de ser sensibles a los sentimientos de los

demás. La autorregulación emocional ayuda a los niños a guiar su comportamiento y contribuye a su capacidad para llevarse bien con otras personas”. Se podría decir entonces, que la regulación emocional es un efecto de la comprensión emocional, y es esta regulación emocional la que facilita una relación con el otro.

No cabe duda la importancia que tiene la familia en el desarrollo psicosocial de un individuo, ya que este es el primer grupo con el que el niño interactúa, pero según Papalia D., Wendkos S. y Duskin R (2009)

“las relaciones con hermanos y compañeros de juego se vuelven más importantes en la segunda infancia... Las relaciones con hermanos y pares en la segunda infancia fortalecen la cognición social, o “lectura mental”: la capacidad para comprender las intenciones, deseos y sentimientos de los demás. Estas relaciones también proporcionan una vara para medir la autoeficacia, la sensación cada vez mayor que adquieren los niños acerca de su propia capacidad para dominar los retos y lograr metas. Al competir y compararse con otros niños, evalúan sus competencias físicas, sociales, cognitivas y lingüísticas, y adquieren un sentido más realista del yo” (pag 354)

El fortalecimiento de esta cognición social enunciada previamente, facilita el aumento de amistades conforme al desarrollo de la gente; es por medio de esta amistad y de las interacciones con compañeros que los niños aprenden a llevarse bien con los demás, logrando de esta manera aprender a resolver problemas en las relaciones, como colocarse en el sitio de otra persona, valores y normas del rol de género y practican los roles adultos. (Papalia D., Wendkos S. y Duskin R, 2009).

5.3. HABILIDADES SOCIALES:

Las habilidades sociales son aquellas herramientas o estrategias que se desarrollan para lograr una interacción con las demás personas y así compensar esa necesidad del ser humano de cercanía; más concretamente Combs y Slaby (1977), referenciados por Eva Pañafiel y Cristina Serrano en su libro “*Habilidades sociales*”; definen que: “*Es la capacidad para interactuar con los demás en un contexto social dado de un modo determinado que es aceptado o valorado socialmente y, al mismo tiempo, personalmente beneficioso, mutuamente beneficioso, o principalmente beneficioso para los demás*” (Pág. 9).

Otra definición válida, de Roca, citado por Sanchíz y Traver, dice:

“Podemos definir las habilidades sociales como un conjunto de hábitos –en nuestras conductas, pero también en nuestros pensamientos y emociones- que nos permiten comunicarnos con los demás en forma eficaz, mantener relaciones interpersonales satisfactorias, sentirnos bien, obtener lo que queremos y conseguir que las otras personas no nos impidan lograr nuestros objetivos” (2006, pág.5)

Por otro lado Caballo (1993) define las habilidades sociales como:

Son un conjunto de conductas emitidas por el individuo en un contexto interpersonal que expresa sus sentimientos, actitudes, deseos, opiniones o derechos de un modo adecuado

a la situación, respetando esas conductas en los demás y que, generalmente resuelve los problemas inmediatos de la situación Mientras minimiza la probabilidad de futuros problemas. (Pág. 50)

Dichas habilidades logran adquirirse por medio del aprendizaje ya sea haciendo uso de la observación, imitación, ensayo e información, en los primeros años de la vida desde el núcleo familiar, principalmente con ayuda de la madre, padre y/o cuidador, y son comportamientos que se expresan de manera verbal y no verbal que influyen en el entorno en el que nos encontramos y en las personas con quienes se interactúa.

Monjas Casares & Gonzáles Moreno (1998), definen las habilidades sociales como:

Las conductas necesarias para interactuar y relacionarse con los iguales y con los adultos de forma efectiva y mutuamente satisfactoria. Las habilidades sociales son las capacidades o destrezas sociales específicas requeridas para ejecutar competentemente una tarea interpersonal. Al hablar de habilidades, nos referimos a un conjunto de conductas aprendidas. Son algunos ejemplos: decir que no, hacer una petición, responder a un saludo, manejar un problema con una amiga, empatizar o ponerte en el lugar de otra persona, hacer preguntas, expresar tristeza, decir cosas agradables y positivas a los demás (Pág. 29)

Sin embargo; Monjas & Gonzáles (1998), encuentran 3 tipos específicos de habilidades sociales; desde la perspectiva validación social, que las define como: “un conjunto de competencias conductuales que posibilitan que el niño mantenga relaciones sociales positivas con los otros y que afronte, de modo efectivo y adaptativo”; la

perspectiva conductual que habla de las habilidades sociales como: “aquellos comportamientos específicos de la situación que maximizan la probabilidad de asegurar o mantener el reforzamiento o decrecer la probabilidad de castigo o extinción contingente sobre el comportamiento social propio”; y por último la perspectiva de aceptación de los iguales que agrega: “Se consideran niños socialmente hábiles los que son aceptados o populares en la escuela o en la comunidad.”(Pág. 52)

5.3.1. Características de las habilidades sociales:

Shanchíz y Traver (2006) destacan unas características que poseen las habilidades sociales que se presentarán a continuación:

“1. Las habilidades sociales se adquieren, principalmente, a través del aprendizaje (por ejemplo, mediante la observación, la imitación, el ensayo y la información). Por ello, precisamos enseñarlas. 2. Incluyen comportamientos verbales y no verbales, específicos y discretos. 3. Suponen iniciativas y respuestas efectivas y apropiadas. 4. Acrecientan el reforzamiento social (por ejemplo, las respuestas positivas del propio medio social). 5. Son recíprocas por naturaleza y suponen una correspondencia efectiva y apropiada (por ejemplo la reciprocidad y coordinación de comportamientos específicos). 6. La práctica de las habilidades sociales está influida por las características del medio. Factores tales como la edad, el sexo, y el estatus del receptor afectan la conducta social del sujeto. 7. Los déficits y excesos de la conducta social pueden ser especificados y objetivados a fin de intervenir.” (Pág. 6).

5.3.2. Elementos de las habilidades sociales:

Monjas & Gonzáles, también definen los elementos que componen el desarrollo de las habilidades sociales mediante el contacto con los otros; estos elementos son: La asertividad, la inteligencia emocional y por última la autoestima y autoconcepto. Sus definiciones son:

5.3.2.1. Asertividad:

Es el “estilo” con que se interactúa, es la conducta interpersonal que implica la expresión directa de los sentimientos propios y la defensa de los derechos personales sin negar los derechos de los otros, comentan Monjas & Gonzáles referenciando a Baer (1976). Anexan que:

La persona asertiva elige por ella misma, protege sus propios derechos y respeta los derechos de los otros, consigue sus objetivos sin herir a los demás, es expresiva socialmente y emocionalmente, se siente bien con ella misma y tiene confianza en sí misma. El objetivo de la conducta asertiva no es conseguir lo que el sujeto quiere, sino comunicarlo de forma clara y directa (Pág. 52).

La persona con habilidades sociales defiende lo que quiere y expresa su acuerdo o desacuerdo sin generar malestar en la otra persona, el elemento de la asertividad.

Cuando se logra un uso adecuado de la asertividad, se obtienen beneficios como: Poder resolver los problemas sintiéndose a gusto con los demás y, a la vez, satisfecho consigo

mismo; se crean mejores oportunidades en el ambiente social en que se encuentra inmerso al llevar mejor sus relaciones, sintiendo gusto por sí mismo y los demás.

En términos generales podemos entender la asertividad como una conducta interpersonal que implica la expresión directa de los propios sentimientos y la defensa de los derechos personales, sin negar los derechos ajenos. (Caballo, 1993)

5.3.2.2. Inteligencia emocional:

Es aquella que está compuesta de elementos como autocontrol emocional, entusiasmo, perseverancia, capacidad de auto-motivarse, relaciones interpersonales, recibir y comprender los sentimientos de los demás, expresión emocional, autoconocimiento, sociabilidad, empatía, arte de escuchar, resolver conflictos, colaborar con los demás, control de los impulsos, diferir las gratificaciones, autorregular nuestros estados de ánimo, manejo de la ansiedad y optimismo entre otros; que complementan la habilidad social.

Según menciona Daniel Goleman en su libro "*Inteligencia emocional*", esta da la capacidad de refrenar impulsos, interpretar los sentimientos íntimos del otro, manejar las relaciones de una manera más fluida, todo desde el entendimiento emocional propio (1995,pág. 17) y así favorece la socialización.

El saber entender y conocer las emociones permite encontrarse más "apto" a la hora de interactuar con el otro, no se necesita ser excepcional en este asunto, solamente adecuado para lograr el proceso de interacción.

5.3.2.3. Autoconcepto y Autoestima:

El autoconcepto y la autoestima son constructos teóricos que, en muchos casos, aparecen asociados a las habilidades sociales.

El autoconcepto:

Es el conjunto de conocimientos y actitudes que tenemos sobre nosotros mismos; son las percepciones que el individuo tiene referidas a sí mismo y las características o atributos que usamos para describirnos. Se entiende que es fundamentalmente una apreciación descriptiva y tiene un matiz cognitivo (Monjas & Gonzales, 2000, Pág. 52)

Mientras que la autoestima se define como:

Es la valoración, positiva o negativa, que uno hace de sí mismo. Es la valoración que hacemos del autoconcepto. Es el aspecto afectivo, evaluativo y enjuiciador del conocimiento de sí mismo. Se entiende que es el resultado de la discrepancia entre la percepción que cada uno tiene de sí mismo y el ideal. (Monjas & Gonzales, 2000, Pág. 52)

El autoconcepto y la autoestima son conceptos dentro de las habilidades sociales que son esenciales para el desarrollo de éstas debido a que:

La importancia del autoconcepto radica en su notable contribución a la formación de la personalidad. La autoestima tiene que ver con la competencia social, ya que influye sobre la persona en cómo se siente, cómo piensa, cómo aprende, cómo se valora, cómo se relaciona con los demás y, en definitiva, cómo se comporta (Clark, Clemes & Bean, 1993)

Entre otros elementos que forman parte de la socialización y las habilidades sociales y que son de gran importancia, encontramos el desarrollo de la autonomía, la democracia, el respeto, la diversidad y el comunitarismo, siendo importantes porque ayudan al desarrollo humano que es tan demandado en las sociedades globalizadas de ahora (Mena, Romagnoli, Valdés, 2009, Pág. 3).

En un meta-análisis realizado por Durlak, Weissberg y CASEL (CASEL a, 2007) demostró que en niños estudiantes a los cuales se les entrenaba en habilidades tanto cognitivas y emocionales como sociales, lograron reportar una mayor autoeficacia y puntuaron más alto en la valoración que hacían los docentes en cuanto a su atención y concentración en relación a otros estudiantes. (Mena, Romagnoli, Valdés, 2009, Pág. 12).

La experiencia cotidiana nos indica que pasamos un alto porcentaje de nuestro tiempo en alguna forma de integración social y tenemos experiencia de que las relaciones sociales positivas son una de las mayores fuentes de autoestima y bienestar personal. Las TPAA, apoyan y preparan en estos aspectos del desarrollo de las habilidades sociales y en su tratamiento para la introducción a los primeros medios de socialización como la escuela, abriendo paso también al bagaje cultural.

5.3.3. Conductas inadecuadas en la socialización:

Durante el crecimiento del niño, se pueden detectar algunos comportamientos o conductas que son inadecuadas en un medio de socialización; que alertan de un déficit en el desarrollo o adquisición de las habilidades sociales o competencias sociales, que son cada vez más necesarias en las sociedades actuales como se mencionó anteriormente; Marlene

Rivera describe estas conductas inadecuadas que son “deficitarias” o “inadecuadas” de la interacción y competencia social (2008, Pág. 4):

- No inicia interacciones con otros, porque tiene miedo a ser el excluido del grupo.
- Se muestra agresivo y hostil con los demás débiles
- No conversa con los demás
- Se inhibe en situaciones de grupo
- Cuando un problema con algún o alguna compañero o compañera recurre al adulto.
- Evita relacionarse con personas de otro sexo
- No tiene amigos o amigas
- Soluciona los problemas con los iguales de forma agresiva
- Enrojece y tiembla cuando tiene que hablar en público
- No respeta las críticas
- Se muestra excesivamente tímido y tímida fuera de contextos conocidos
- Permanece solo o sola por largos ratos

A lo anterior agrega Rivera:

“La incompetencia en las habilidades sociales se relaciona con baja aceptación, rechazo, ignorancia o aislamiento social por parte de los iguales, problemas emocionales y escolares, desajustes psicológicos, delincuencia juvenil y diversos problemas de salud mental en la vida adulta. En la actualidad se aprecia un incremento de problemas de relación interpersonal en la infancia. Se aprecia también una falta de enseñanza directa de las habilidades para interactuar con otras personas, de modo que actualmente estas

conductas se aprenden de forma espontánea y fortuita en la familia y la sociedad; y forman parte del currículo oculto en la escuela”. (2008, pág. 5)

El inglés Skill, define en su libro “*Social Competence*” a la competencia social como un juicio evolutivo general que se refiere a la calidad o a la adecuación del comportamiento social del niño, donde hay un impacto en estos por agentes sociales del entorno (padre, madre, profesora, otros) que permiten el desarrollo de habilidades sociales. (Citado por Monjas, 2006, pág. 10).

Por lo tanto; cabe destacar que no sólo es importante tener habilidades sociales, sino ponerlas en práctica en la situación adecuada; eso es lo que se denomina competencia social. Además, las habilidades sociales se tratan de conductas, esto quiere decir que son observables, medibles y modificables, no se determinan por su código genético o por su condición de discapacidad; en este último caso, pueden trabajarse hasta donde le sea a la persona posible. La relación que se logra con el otro es efectiva y mutuamente satisfactoria.

5.3.4. Adquisición y desarrollo de las habilidades sociales:

Marlene Rivera ,habla de los procesos que se han conocido mediante los cuales las personas durante la etapa de la primera infancia en el desarrollo evolutivo, logran comenzar a adquirir y desarrollar las habilidades sociales; combinado con el proceso de aprendizaje. Esto debido a que las habilidades sociales son conductas que se aprenden. (2008, Pág. 7). Encontramos:

A. Aprendizaje por experiencia directa: Las conductas interpersonales están en función de las consecuencias (reforzantes o aversivas). Si lo que ocurre

inmediatamente después de mi interacción social es agradable, tenderá a repetirse, si por el contrario es desagradable se extinguirá.

- B. *Aprendizaje por observación:*** El niño aprende conductas de relación como resultado de la exposición ante modelos significativos. Los modelos a los que le niño o la niña se ven expuestos a lo largo del desarrollo son muy variados y entre ellos están hermanos, hermanas, padres, primos, vecinos, amigos, profesores y adultos en general. También son muy importantes y de notable impacto los modelos simbólicos, entre los que destacan los de la televisión. La teoría cognitiva social del aprendizaje defiende que muchos aprendizajes se realizan por observación de otras personas (Rivière, 1990).
- C. *Aprendizaje verbal o instruccional:*** El niño aprende a través de lo que se dice; por medio del lenguaje hablado se hace uso de preguntas, instrucciones, incitaciones, explicaciones o sugerencias verbales, generando una forma indirecta de aprendizaje. Esto no supone que el adulto diga al niño lo que tiene que hacer y éste lo reciba pasivamente, sino que se le estimule de forma que lo vaya descubriendo a través del diálogo y el debate con el adulto y los iguales.
- D. *Aprendizaje por Feedback interpersonal:*** El feedback, la retroalimentación, es la explicación u opinión que pueden dar los observadores de nuestro comportamiento, que ayuda a la corrección del mismo; es decir, Consiste en la información por medio de la cual la persona con la que se interactúa, nos comunica su reacción ante nuestra conducta. Así el feedback puede entenderse como reforzamiento social (o ausencia) administrado contingentemente por la otra persona durante la interacción.

5.4. TERAPIAS PSICOLÓGICAS ASISTIDAS CON ANIMALES:

Según la diplomada en enfermería Zamarra en su artículo “Terapia asistida por animales de compañía T.P.A.A bienestar para el ser humano”, la terapia asistida con animales se puede definir desde la literatura anglosajona como aquella que usa un animal como parte integral del tratamiento para las mejorías físicas, psicosociales y/o cognitivas (Ej.: Autismo, depresión, problemas de conducta, trastorno del lenguaje y del desarrollo). Por otro lado Salama (2013, Pág 35-36), la define como una intervención hecha por un terapeuta, que hace la mediación entre la persona que acude a terapia y el animal. El animal no es un terapeuta, ni un médico, ni un co-terapeuta el animal cumple el papel de puente o de formador de un vínculo terapeuta – paciente por medio del contacto paciente- animal; es decir un mediador.

Entre otras definiciones Oropesa y sus colaboradores reconocen que la T.P.A.A es una intervención directa y con objetivos prediseñados, donde participa un animal que reúne criterios específicos, como parte indispensable para el tratamiento. Ha sido ideada para propiciar beneficios físicos, sociales, emocionales y cognitivos en una gran variedad de entornos, de manera individual o en grupo, valiéndose para ello de diferentes animales. Todo el proceso ha de haber sido previamente diseñado y posteriormente evaluado.

La fundación española del cuerpo canino terapéutico Lincoln, define estas terapias como una modalidad de tratamiento terapéutico, que está dirigida por un profesional de la salud que marca los objetivos específicos del tratamiento y su propósito es fomentar la mejoría en el funcionamiento físico, emocional y/o cognitivo.

Por otro lado, Salama, psicóloga española que lleva tiempo aplicando las T.P.A.A en la ciudad de Barcelona, define estas terapias como:

La Psicoterapia con animales consiste fundamentalmente en usar la presencia y las dotes terapéuticas de ciertos animales que actúan bajo la supervisión del psicoterapeuta con el fin de mejorar aspectos de la conducta y también aspectos emocionales del ser humano. Los animales que por su idiosincrasia particular son adecuados para este tipo de línea de intervención psicoterapéutica son: los perros, los gatos, los animales de granja, los caballos y los delfines. (Salama, 2013, pág 2)

La Fundación Las Golondrinas, que aplica dichas terapias en sus servicios psicoterapéuticos, habla de las T.P.A.A como Intervenciones Asistidas con Animales (I.A.A), que son básicamente el abordaje de diversa índole con soporte del animal, en su caso el uso de caninos especializados (entrenamiento en ejercicios obediencia básica y avanzada) para las terapias, donde se busca incrementar la motivación del paciente durante la consulta para mejorar y avanzar con respecto al motivo de asistencia de la terapia; y amplían también que las T.P.A.A o I.A.A deben:

Estar orientada por un profesional del área de la salud, quien se dedicará a desarrollar solamente los logros para los cuales fue formado y que son de su competencia; para ello deberá tener el diploma universitario que lo certifique como profesional en el área que se desempeñe. Los profesionales que pueden orientar una T.P.A.A. son psicólogos, fisioterapeutas, fonoaudiólogos, nutricionistas, médicos y terapeutas ocupacionales.

Vásquez Duque (en su artículo de “Actividades y terapia asistida por animales desde la mirada del Modelo de Ocupación Humana”, define las terapias asistidas con animales como una práctica que puede fundamentar y enriquecer la teoría y sistematización de las intervenciones terapéuticas, Vásquez expone también la definición que le da la Delta Society: *“Es una intervención dirigida a objetivos terapéuticos en el cual el encuentro con el animal tiene criterios específicos y es parte integral del proceso de tratamiento (2011,Pág. 2).”*

Algo a tener claro dentro del concepto de las T.P.A.A, es lo mencionado por la directora de la Fundación Cannad Internacional Edurne Garay Laucirica, “En ningún caso podemos considerar que las Terapias Asistidas con Animales pueden reemplazar otras modalidades de tratamientos tradicionales sino que deben ajustarse a ellos. No pretenden ser una panacea, simplemente un instrumento más en el objeto del tratamiento. Quizá debiéramos decir coo-terapia (2013, Pág. 13).”

Aclarando tal aspecto, Garay (2013) da una definición más concreta de lo que son las T.P.A.A: “sería una intervención con animales con una meta específica terapéutica, con un animal seleccionado específicamente para llevar a cabo el programa. El objeto es la mejora del paciente o destinatario en los campos para los que el programa se ha diseñado, sean físicos, sociales, emocionales o cognitivos. Todo el proceso debe estar evaluado y documentado. En ambos casos los animales deberán haber superado las pruebas relacionadas con su estado sanitario y comportamental.(2013, pág. 14)”

Las características principales que se buscan en los perros utilizados en las TPAA según lo define la fundación Afinity son las siguientes:

... tiene que ser un animal alegre y atento, pero a la vez cuidadoso en sus movimientos. Tiene que poder estar tranquilo y con un cierto grado de madurez que le permita soportar gritos y contactos fuertes. Además, el perro tiene que ser paciente, capaz de esperar las respuestas verbales o físicas de algunas personas incapaces de reaccionar con agilidad o rapidez. Aunque el usuario no sea agresivo, el profesional de salud o el técnico en terapias siempre tendrá que estar muy atento para prevenir cualquier maltrato hacia el animal.

A lo anterior, Afinity anexa que no es necesario el uso de un perro de raza pura o “pedigree”, siempre y cuando posean las características anteriores

Por último, Edurne Garay Laucirica, directora de la Fundación Cannad Internacional de España, expone a grandes rasgos los beneficios de las T.P.A.A que han identificado tras su aplicación en la fundación, comenta al respecto que:

“Existen numerosas razones para argumentar la efectividad del trabajo con animales de compañía. En el trabajo de terapia asistida con animales, estos se utilizan como vehículo de contacto entre la realidad personal del sujeto y la realidad circundante... Problemas de comunicación verbal son con frecuencia mejorados de forma casi espontánea. En algunos problemas basados en la capacidad para recibir o expresar afectividad hacia los humanos, los animales son el primer paso para estimular las sensaciones táctiles (en los casos de

personas maltratadas o sometidas a violencia física o psíquica). En niños y adolescentes con problemas de adaptación se trabajan normas de convivencia y respeto comunes para animales y seres humanos. En la interrelación animal/ individuo, se establecen mecanismos de comunicación no verbal que estimulan la imaginación y la percepción sensorial: el oído, el tacto, el olfato.” (2013, Pág 13).

6. MARCO LEGAL

Para el desarrollo de esta investigación se asumieron las condiciones legales: Reglamento del ejercicio de la profesión de Psicología, se dicta el Código Deontológico y Bioético y otras disposiciones. Ley numero 1090 de 2006

Artículo 2º. De los principios generales. Los psicólogos que ejerzan su profesión en Colombia se regirán por los siguientes principios universales:

- Confidencialidad. Los psicólogos tienen una obligación básica respecto a la confidencialidad de la información obtenida de las personas en el desarrollo de su trabajo como psicólogos.
- Evaluación de técnicas. En el desarrollo, publicación y utilización de los instrumentos de evaluación, los psicólogos se esforzarán por promover el bienestar y los mejores intereses del cliente. Evitarán el uso indebido de los resultados de la evaluación. Respetarán el derecho de los usuarios de conocer los resultados, las interpretaciones hechas y las bases de sus conclusiones y recomendaciones.
- Investigación con participantes humanos. La decisión de acometer una investigación descansa sobre el juicio que hace cada psicólogo sobre cómo contribuir mejor al desarrollo de la Psicología y al bienestar humano.

- Cuidado y uso de animales. Un investigador de la conducta animal hace lo posible para desarrollar el conocimiento de los principios básicos de la conducta y contribuye para mejorar la salud y el bienestar del hombre.

Artículo 3º. Del ejercicio profesional del psicólogo. A los efectos de esta ley, se considera ejercicio de la profesión de psicólogo toda actividad de enseñanza, aplicación e indicación del conocimiento psicológico y de sus técnicas específicas en:

- Diseño, ejecución y dirección de investigación científica, disciplinaria o interdisciplinaria, destinada al desarrollo, generación o aplicación del conocimiento que contribuya a la comprensión y aplicación de su objeto de estudio y a la implementación de su quehacer profesional, desde la perspectiva de las ciencias naturales y sociales.
- El desarrollo del ser humano para que sea competente a lo largo del ciclo de vida.

Artículo 4º. Campo de acción del psicólogo. El psicólogo podrá ejercer su actividad en forma individual o integrando equipos interdisciplinarios, en instituciones o privadamente. En ambos casos podrá hacerlo a requerimiento de especialistas de otras disciplinas o de personas o instituciones que por propia voluntad soliciten asistencia o asesoramiento profesional. Este ejercicio profesional, se desarrollará en los ámbitos individual, grupal, institucional o comunitario.

Artículo 5º. Dentro de los límites de su competencia, el psicólogo ejercerá sus funciones de forma autónoma, pero respetando siempre los principios y las normas de la ética profesional y con sólido fundamento en criterios de validez científica y utilidad social.

Artículo 10. Deberes y obligaciones del psicólogo. Son deberes y obligaciones del psicólogo:

- Guardar completa reserva sobre la persona, situación o institución donde intervenga, los motivos de consulta y la identidad de los consultantes, salvo en los casos contemplados por las disposiciones legales.

Artículo 23. El profesional está obligado a guardar el secreto profesional en todo aquello que por razones del ejercicio de su profesión haya recibido información.

Artículo 25. La información obtenida por el profesional no puede ser revelada a otros, cuando conlleve peligro o atente contra la integridad y derechos de la persona, su familia o la sociedad, excepto en los siguientes casos:

- Cuando dicha evaluación o intervención ha sido solicitada por autoridad competente, entes judiciales, profesionales de la enseñanza, padres, empleadores, o cualquier otro solicitante diferente del sujeto evaluado.
- Cuando el cliente se encuentre en incapacidad física o mental demostrada que le imposibilite para recibir sus resultados o dar su consentimiento informado.

- Cuando se trata de niños pequeños que no pueden dar su consentimiento informado. La información sólo se entregará a los padres, tutor o persona encargada para recibir la misma.

Artículo 49. Los profesionales de la psicología dedicados a la investigación son responsables de los temas de estudio, la metodología usada en la investigación y los materiales empleados en la misma, del análisis de sus conclusiones y resultados, así como de su divulgación y pautas para su correcta utilización.

Artículo 50. Los profesionales de la psicología al planear o llevar a cabo investigaciones científicas, deberán basarse en principios éticos de respeto y dignidad, lo mismo que salvaguardar el bienestar y los derechos de los participantes.

Artículo 52. En los casos de menores de edad y personas incapacitadas, el consentimiento respectivo deberá firmarlo el representante legal del participante.

Artículo 53. Los profesionales de Psicología que utilicen animales para sus trabajos investigativos o demostrativos conocerán previamente y pondrán en práctica los principios básicos definidos por la Unesco y la APA para guiar éticamente la investigación con animales, y además estarán obligados a:

- Que los animales seleccionados para la investigación deban ser de una especie y calidad apropiadas y utilizar el mínimo número requerido para obtener resultados científicamente válidos.

Artículo 56. Todo profesional de la Psicología tiene derecho a la propiedad intelectual sobre los trabajos que elabore en forma individual o colectiva, de acuerdo con los derechos de autor establecidos en Colombia. Estos trabajos podrán ser divulgados o publicados con la debida autorización de los autores.

7. DISEÑO METODOLÓGICO

7.1. ENFOQUE

El presente trabajo se enmarca en el enfoque cualitativo, siguiendo a Eumelia Galeano (2004) en su texto “Diseño de proyectos en la investigación cualitativa” se entiende este como aquel cuyo objeto de estudio es la comprensión de una realidad micro o específica desde sus actores teniendo en cuenta sus visiones, representaciones y relaciones. La investigación cualitativa se caracteriza porque todos los actores de un contexto o situación que se pretende estudiar, son importantes ya que se busca entender una situación o realidad específica de un contexto o sujeto determinado. Acorde a lo anterior, en este trabajo, se tiene en cuenta la realidad que conlleva el trastorno de esquizencefalia en el desarrollo de las habilidades sociales, las cuales son necesarias en un ser humano para desenvolverse en el medio, y de qué manera se logran adquirir o fortalecer mediante las T.P.A.A. en dicho trastorno.

7.2. MÉTODO

Dentro de la investigación de corte cualitativo hay diversas modalidades y la elección de una u otra, depende del tipo de estudio que se realice y sus condiciones. En el caso específico de esta investigación se eligió el Estudio de Caso.

El estudio de caso es una herramienta usada principalmente en las ciencias sociales, este analiza temas actuales que representan algún tipo de problemática de la vida real, sobre la cual el investigador no tiene control. Según Martínez Carazo (2006, Pág. 167), el estudio de caso es:

Una estrategia de investigación dirigida a comprender las dinámicas presentes en contextos singulares, la cual podría tratarse del estudio de un único caso o de varios casos, combinando distintos métodos para la recogida de evidencia cualitativa y/o cuantitativa con el fin de describir, verificar o generar teoría.

Como modalidad que parte de la investigación con enfoque cualitativo, se hará uso entonces del estudio de caso; con el fin de comprender las dinámicas y beneficios obtenidos, en específico, por el niño con el trastorno de esquizencefalia, mediante el trabajo terapéutico de las T.P.A.A, en la tipología de estudio de caso de: Estudio de caso único; debido a que el trastorno de esquizencefalia no es muy común en este contexto; y cuyo proceso terapéutico ha sido mediante el uso de las T.P.A.A.

Además, Chetty (1996) citado por Martínez Carazo (2006, Pág. 165- 193) indica que el método de estudio de caso es una metodología rigurosa que es adecuada para investigar ciertos fenómenos, y un tema determinado. Según lo mencionado por Chetty, en

este caso de la investigación, el fenómeno vendría a ser la adquisición y/o fortalecimiento de las habilidades sociales en el trastorno de esquizencefalia; y el tema determinado es el uso de las T.P.A.A en dicho fenómeno.

El estudio de caso es ideal para el estudio de temas de investigación en los que las teorías existentes son consideradas inmedibles o poco abordadas, además permite estudiar los fenómenos desde múltiples perspectivas y no desde la influencia de una sola variable; en este sentido el estudio de caso es acorde para el presente trabajo, ya que las temáticas de T.P.A.A como el trastorno de esquizencefalia son poco abordados actualmente en investigaciones. Las T.P.A.A son un tema reciente dentro de las nuevas formas de terapia, dónde aún no hay un número tan elevado de referencias investigativas, y la esquizencefalia es un trastorno con bajos registros de padecimiento. Al abordar las habilidades sociales en este trastorno con apoyo en las T.P.A.A se toman las versiones que se tienen del fenómeno los diferentes actores involucrados en el proceso terapéutico; en cuyo caso son la madre, el fisioterapeuta y el psicólogo, permitiendo también, explorar en forma más profunda y obtener así un conocimiento más amplio acerca del fenómeno a indagar en esta investigación.

Cabe aclarar que:

En los estudios cualitativos de caso, el ambiente o contexto está constituido por el mismo caso y su entorno, pues los límites entre uno y otro son más difíciles de establecer. Asimismo, *no* se utilizan herramientas estandarizadas ni se establecen categorías *a priori*. Al igual que otros diseños cualitativos, la materia prima de los datos la constituyen las

narrativas verbales, escritas y audiovisuales, incluyendo artefactos. (Hernández-Sampieri y Mendoza, 2008)

7.2.1. Características del método:

El estudio de caso dentro del enfoque cualitativo consta de las siguientes características, presentadas en el siguiente cuadro, según el texto de Hernández-Sampieri y Mendoza (2008):

CARACTERÍSTICA	ESTUDIOS DE CASO CUALITATIVO
Tipo de problema de investigación más apropiado para ser abordado por el diseño.	Cuando se encuentra un caso enmarcado por el tiempo y el espacio que puede informar sobre un problema.
Disciplinas en las cuales se cuenta con más antecedentes.	Psicología, derecho, ciencias de la salud ciencias administrativas (negocios) e ingeniería.
Unidades comunes de análisis.	Evento, proceso, programa, actividad, organización, un individuo.
Instrumentos de recolección de los datos más usados.	Entrevistas, observaciones, documentos, artefactos.
Estrategias de análisis de los datos.	Descripción del caso y su contexto, categorías del caso o entre casos.
Producto (en el reporte).	Descripción de un caso o varios y explicación de las causas que lo(s) Produjeron(s) y el fenómeno o planteamiento estudiado.

El presente trabajo cumple con las características descritas en el cuadro anterior. La primera característica, alude al caso del niño con el trastorno de esquizencefalia que acude al uso de las T.P.A.A., la segunda, se han encontrado los antecedentes en la disciplina de psicología, desde investigaciones desde el área social, la cognitiva y el conductismo, con aportes importantes acerca del desarrollo de habilidades sociales e investigaciones del trastorno de esquizencefalia de la neuropsicología. Según la tercera característica, las

unidades de análisis del Estudio de Caso pueden hacer referencia a un individuo, que en la investigación comprende a tres individuos que son: La madre, el fisioterapeuta y el psicólogo, ya que son ellos quienes otorgan la información pertinente según lo que pretende la investigación; en el caso de los profesionales, por estar al tanto del proceso terapéutico y la madre porque evidencia de manera más constante, los cambios que se generen durante dicho proceso en otros espacios del niño. En la cuarta característica, se hace uso de los instrumentos de recolección de información que son: la entrevista semiestructurada y el grupo focal. Y la última característica cumplida, es el producto; el cual es la producción escrita realizada por medio de la descripción del análisis de la información recolectada, además de sus respectivas recomendaciones y conclusiones.

7.2.2. Tipo de Estudio de caso

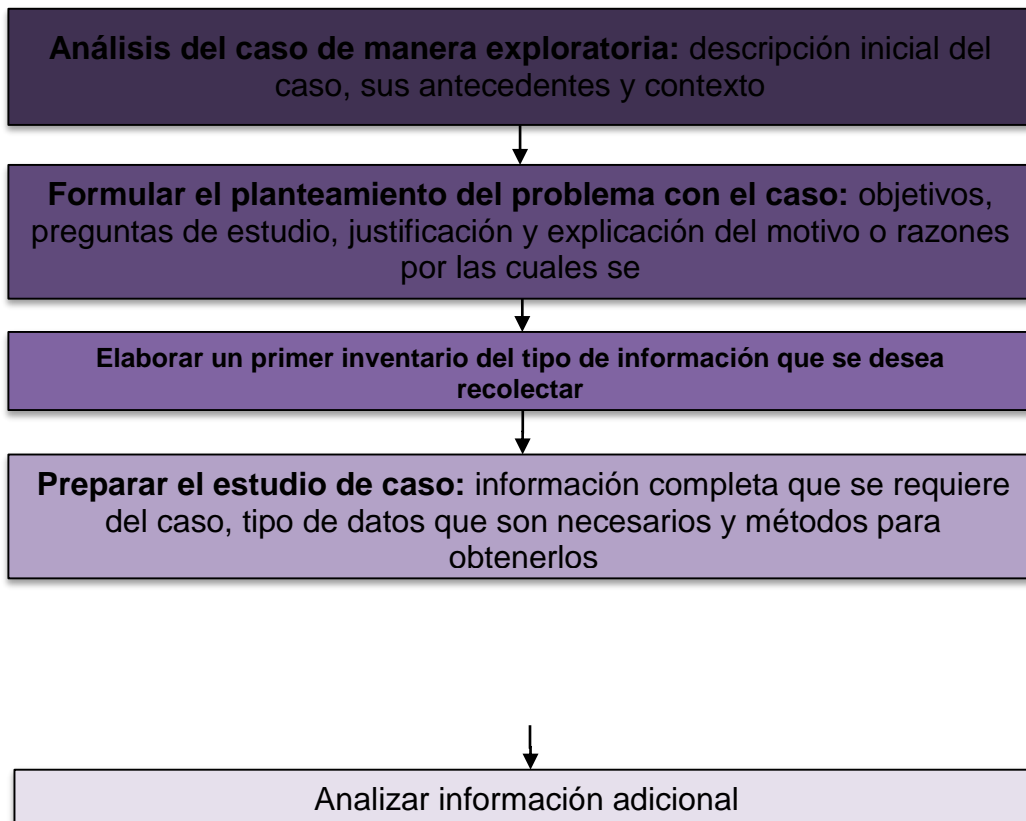
Existen diferentes tipos de estudios de caso según las características de la investigación a realizar; el tipo elegido para esta investigación es de caso único según “el estudio de caso por el número de casos o unidades de análisis” descrito en el texto de “metodología de la investigación de Hernández-Sampieri y Mendoza (2008). Este tipo de estudio de caso según Aaltio y Heilmann (2009) se caracteriza por:

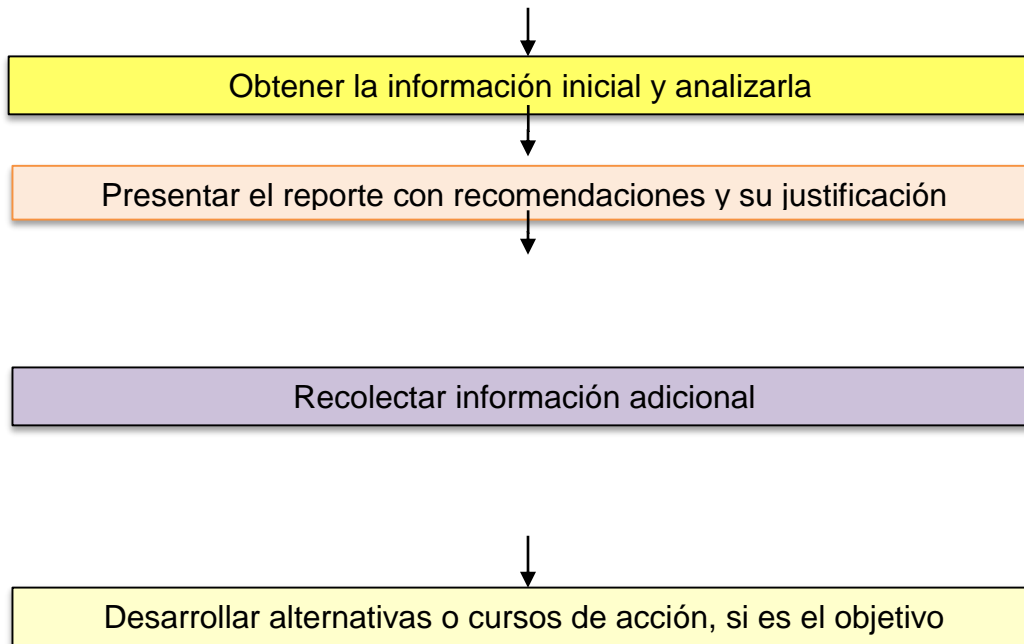
- 1.** Un solo caso o unidad de análisis.
- 2.** Múltiples unidades de análisis o casos (en primera instancia, evaluar cada uno por sí mismo holística o integralmente, para después establecer tendencias y comunalidades).

3. Múltiples casos “cruzados”, “anidados” o “entrelazados” (la diferencia con la clase anterior es que desde el inicio se pretende revisar comparativamente los casos entre sí para tratar de detectar similitudes y diferencias).

Este trabajo consta de un solo caso, que es el trastorno de esquizencefalia en un niño de 5 años de edad, y de tres unidades de análisis ya mencionadas que son las versiones de los actores involucrados en el caso, los cuales son: El psicólogo, el fisioterapeuta y el acudiente (Madre)

El proceso de investigación en este tipo de estudio de caso se representa a continuación, retomado de Hernández-Sampieri y Mendoza (2008):





7.2.3. Instrumentos de recolección de información

Carlos Sabino (1992, Pág. 108-109) en su texto “el proceso de investigación” define los instrumentos de recolección de información como cualquier recurso que utiliza el investigador para acercarse a los fenómenos y extraer de ellos información. Además menciona que dentro de cada instrumento concreto pueden distinguirse dos aspectos diferentes: forma y contenido. La forma del instrumento se refiere al tipo de aproximación que se establece con lo empírico o las técnicas que se utilizarán para esta tarea. En cuanto al contenido éste queda expresado en la determinación de los datos que se pretenden conseguir, pero que toman ahora la forma de preguntas, puntos a observar, elementos a registrar, etc. De esta manera, el instrumento resume los aportes del marco teórico con la selección de datos que corresponden a los indicadores del trabajo, a las variables o conceptos utilizados.

Como ya se mencionó en esta investigación, se hizo uso de dos instrumentos de recolección de información, tales como: la entrevista semiestructurada y el grupo focal, a los cuales se hará alusión.

7.2.3.1. Entrevista semiestructurada

En la entrevista semiestructurada el investigador determina de antemano cual es la información más relevante que se quiere conseguir ya que se tiene un conocimiento previo del tema pero no lo suficiente para dar respuesta a las preguntas que se ha planteado por esto se hacen preguntas abiertas formuladas en un orden específico permitiendo la aparición de diferentes significados de las respuestas, este tipo de entrevista además permite relacionar temas. En la entrevista semiestructurada la principal característica a la que se remiten las teorías es a la gran escucha que debe tener el entrevistador para no perder información que permita el desarrollo del tema que se investiga y sus diferentes matices. En este trabajo la Entrevista Semi-estructurada, estaba dirigida al acudiente del paciente tratado con las T.P.A.A, el fisioterapeuta y el psicólogo, los cuales guían el proceso terapéutico de las TPAA; ya que son éstas tres versiones que actúan como unidades de análisis, que dan cuenta acerca del proceso y aportes de las T.P.A.A en el proceso de adquisición o fortalecimiento de habilidades sociales, permitiendo a su vez corroborar si las T.P.A.A sí han causado impacto en dicho proceso. Estas entrevistas son realizadas de manera individual a las tres unidades de análisis. El diseño de este instrumento contó con la validación de tres pares académicos expertos de la Institución Universitaria de Envigado, quienes hicieron diversas observaciones al instrumento construido, las cuales fueron acatadas mejorando su diseño e intención respecto a lo que se planeó como problema de investigación (Anexo 10.3.2.); en este caso además, no se implementó prueba piloto,

debido a las pocas unidades de análisis encontradas; además se hace uso de un segundo instrumento para validar y triangular la información cualitativa a falta de datos estadísticos y así obtener mayor certeza y complemento en la información recopilada.

Según Maria J. Mayan (2001) en su texto “Una introducción a los métodos cualitativos: módulo de entrenamiento para estudiantes y profesionales”, para recolectar cierta clase de datos la entrevista puede diseñarse como:

1. Una entrevista cultural (para determinar el conocimiento compartido, reglas, valores y expectativas de un grupo).
2. Una entrevista de tópico (para aprender más acerca de un cierto evento o tema).
3. Una entrevista de historia oral (para aprender acerca de un periodo específico desde la perspectiva de la gente que tiene la experiencia de ese tiempo).
4. Una entrevista de historia de vida (para aprender acerca de los principales acontecimientos de vida de alguien).
5. Una entrevista de evaluación (para aprender acerca de las perspectivas de los participantes en torno a los puntos fuertes y débiles de un programa).

De tal manera, al haber culminado con el proceso de recopilación de información, se obtuvo una información general y específica de los posibles beneficios que pueden presentar las T.P.A.A en el fortalecimiento y adquisición de habilidades sociales en el niño con el trastorno de esquizencefalia.

7.2.3.2. Grupo Focal

Como segundo instrumento de recolección de información se utilizó el Grupo Focal, cuyo objetivo fue complementar el instrumento de entrevistas semiestructuradas realizadas de manera individual con las unidades de análisis descritas en apartados anteriores, ya que con este se puede ver otro tipo de información que quizás no era viable encontrar sólo con el otro instrumento; en esta ocasión, como bien su nombre lo expresa, se recopiló la información en conjunto con las tres unidades de análisis.

Los grupos focales son una técnica de recolección de datos mediante una entrevista grupal de una temática propuesta por el investigador. Según Gibb (1997) el propósito principal del grupo focal es hacer que surjan actitudes, sentimientos, creencias, experiencias y reacciones en los participantes; esto no sería fácil de lograr con otros métodos. Además, comparados con la entrevista individual, los grupos focales permiten obtener una multiplicidad de miradas y procesos emocionales dentro del contexto del grupo, se trata de una técnica que privilegia el habla, y cuyo interés consiste en captar la forma de pensar, sentir y vivir de los individuos que conforman el grupo. Los grupos focales se llevan a cabo investigaciones que tienen temáticas específicas, preguntas de investigación planteadas, objetivos claros, justificación y un lineamiento. De acuerdo al objetivo, se determinan la población objetivo, la entrevista con las preguntas específicas que pretenden ser respondidas y el número de sesiones. En la planeación hay que considerar también las características del lugar de encuentro con fácil acceso y que sea este un lugar que no genere amenaza para los participantes, Antes de iniciar un grupo focal, se establecen los convenios iniciales, explícitos e implícitos, y se aclaran los propósitos de la reunión.

Según Alicia Hamui-Sutton y Margarita Varela-Ruiz (2012) una de las figuras centrales en un grupo focal es el moderador, quien dirige el diálogo basado en la guía de entrevista, previamente elaborada, da la palabra a los participantes y estimula su participación equitativa. Un buen moderador debe conocer a los participantes, si es necesario un encuentro previo para comprender mejor a los sujetos y el contexto del tema indagado se debe hacer, el moderador debe además referirse a los temas importantes y significativos para los participantes, debe recuperar la cualidad de lo expresado en el lenguaje común y corriente y dar especificidad a las situaciones particulares del grupo, que puedan permitir lograr que esta sea una experiencia positiva para los participantes al descubrir perspectivas nuevas acerca de su propia situación de vida.

En este trabajo la implementación del grupo focal facilitó la recopilación de más información, mediante la discusión de las diferentes experiencias personales y profesionales de los diferentes participantes, obtenidas desde el proceso terapéutico con las T.P.A.A y su contribución al fortalecimiento o desarrollo de las habilidades sociales de los niños.

El diseño final de la Entrevista Semiestructurada y el Grupo Focal que fueron aplicados a las unidades de análisis, se observan en los apartados N° 10.2. Y N° 10.4. Como se comentó anteriormente, estos instrumentos constaron de una validación por parte de pares académicos de la Institución Universitaria de Envigado, de los cuales se puede observar una muestra en el anexo N° 10.3.2. del apartado 10.

7.3. CONSTRUCCIÓN DEL ANÁLISIS EN EL ENFOQUE CUALITATIVO:

Para la realización del análisis de la información recolectada, Alan E. Kazdin , aclara:

“La investigación cualitativa es una aproximación al tema en cuestión sobre la experiencia humana y centra su interés en informes narrativos, descripción, interpretación, contexto y significado. El objetivo es describir, interpretar y comprender los fenómenos de interés. Mediante la descripción e interpretación, nuestra comprensión de los fenómenos puede profundizarse”. (2001,Pág. 249).

Además de lo anterior, Alan E. Kazdin, referenciando a Adler y Adler (1994) mencionan: “El investigador es llevado al mundo de los sujetos (La familia, el campo de juegos o la escuela) y no se usan categorías predeterminadas para codificar la conducta”. Kazdin (2001, Pág 249) también agrega que la información obtenida de las respectivas fuentes son las que se toman inicialmente como el material descriptivo para la base del análisis; agregando que:

“Por lo general, el investigador cualitativo desea tomar los fenómenos como se presentan y derivar de ellos los constructor y códigos... el análisis toma muchas formas diferentes porque hay múltiples orientaciones y aproximaciones de la información. Una aproximación clave es interpretar el significado para comprender mejor al sujeto en cuestión (un individuo, grupo o cultura) en el contexto. Sin embargo, esto se puede lograr buscando temas recurrentes o conceptos clave que surgen de la descripción que la gente hace con respecto a sus experiencias, identificando procesos o una progresión que parece mostrar el flujo de experiencias y variables entrelazadas que emergen concurrentemente a

lo largo del tiempo, y, en general, buscando consistencias y patrones en el material..
Efectivamente, una ventaja de la aproximación es descubrir y generar nuevas conceptualizaciones de los fenómenos en el proceso de conocer características específicas”.

En el caso de esta investigación, la forma en que se realizó el análisis, es tal como lo menciona Alan E. Kazdin; dentro de esta investigación no existen categorías previas, la información obtenida es a través de los sujetos que dan cuenta de la realidad por la que pasa la persona afectada con el trastorno de esquizencefalia, la cual es descrita e interpretada, buscando las consistencias y patrones que evidencian la adquisición o fortalecimiento de las habilidades sociales; teniendo en cuenta lo referenciado en el marco teórico y los objetivos. De allí se derivan los patrones y códigos, los cuales son los elementos que comprenden las habilidades sociales, sus características y sus formas de aprendizaje, ligándose todo por medio de una narrativa de la descripción, interpretación y significados convirtiéndose en un flujo de experiencias que obedecen a un proceso para generar nuevas conceptualizaciones respecto a este fenómeno y sus características específicas.

Además, para obtener y desglosar la información los investigadores se trasladaron al “mundo” de los sujetos que han acompañado el proceso que ha vivido el infante, en cuyo caso es el espacio terapéutico donde son aplicadas las T.P.A.A, en la Fundación Las Golondrinas sede Caicedo.

Acerca del análisis dentro del estudio cualitativo de caso, Eumelia Galeano menciona que:

“Al igual que en otros diseños cualitativos, el análisis es un proceso permanente dentro de la investigación, de principio a fin, es secuencial e interactivo (entre los datos y los fundamentos teóricos). Mediante el análisis, el investigador devela categorías y patrones de los datos, en tanto su sentido se muestra en los textos emergentes, que sugieren otras relaciones y explicaciones y nuevas formas de análisis, para llegar a la estructuración de un texto integrado” (2004, Pág. 75).

En el análisis de la presente investigación, se hizo lo planteado anteriormente por Galeano, se llega a la estructura de un texto integrado, que contenga los patrones de los datos de acuerdo a lo planteado en el marco teórico y evidenciando lo buscado en los objetivos, dando un sentido a dichos datos.

Fuera de lo anterior, Eumelia Galeano complementa el proceso del análisis con lo siguiente:

“Analizar implica seleccionar alternativas de interpretación de los datos, de acuerdo con los propósitos del estudio, y desarrollar postulados o hacer generalizaciones acerca del caso. Algunas estrategias usualmente utilizadas para el análisis son: el descubrimiento de patrones o categorías que ayudan a clasificar o tipificar la información; la triangulación y confrontación entre datos, y los conceptos y fundamentos teóricos que orientan el estudio. Es común el uso de memos analíticos para facilitar la profundización de un aspecto particular y avanzar en el proceso de escritura del informe.” (2004, Pág.75).

Además de los patrones de los datos que correspondan al marco teórico y los objetivos de la investigación, se realizó una confrontación entre los datos y los conceptos y

fundamentos teóricos que guiaron la investigación que corresponde a esta tesis, profundizando, como menciona Galeano, en los aspectos particulares que permitieron avanzar en la escritura y estructura del informe del análisis.

Para finalizar, también se tuvieron en cuenta los criterios mencionados por Stake (1944, pag 76), citado por Eumelia Galeano, para la escritura del análisis, que son importantes para tener en cuenta en el desarrollo de este en un estudio de caso:

“Hasta qué punto hacer del informe una historia, o comparar el caso con otros casos, formalizar generalizaciones o que el lector las haga, o incluir descripciones del investigador como participante del proceso. Estos criterios son comunes a otros tipos de informes como el etnográfico, donde el investigador decide cómo contar su historia y qué contar en ella – pero en el estudio de caso – el contenido del informe se define por los límites de información acordados con los mismos informantes, el público al que vaya dirigido el informe y los intereses propios del investigador y de las instituciones patrocinadoras”.

8. DESCRIPCIÓN Y ANÁLISIS DE LA INFORMACIÓN:

El uso de las T.P.A.A, como se mencionó previamente en el marco teórico, posee unos fines específicos encaminados a la mejoría de un sujeto; el acercamiento o cumplimiento de estos objetivos logran aportar a un cambio significativo en este, afectando los diferentes aspectos que componen o particularizan la conducta de esta persona.

El sujeto es un niño de cuatro años diagnosticado con el trastorno de esquizencefalia, dicho trastorno afectó la dimensión motora, alterando su motricidad

gruesa, motricidad fina y su capacidad de marcha; y social, debido a las alteraciones cerebrales que retrasan e imposibilitan el correcto desarrollo evolutivo según el compromiso de los lóbulos, donde también se encuentran dificultades a la hora del desarrollo del lenguaje, alterando la manera de comunicación, lo que representa un obstáculo a la hora de socializar. En el caso de este niño, el trastorno compromete la pérdida total del hemisferio izquierdo, y el principal síntoma asociado a este eran las convulsiones, ligadas a la epilepsia. Antes de acceder a las terapias, según mencionan los terapeutas y la madre, exhibía un comportamiento agresivo frente a sus familiares y personas cercanas, mediante comportamientos como golpear, morder o alejarse de estos según cuenta la madre; además consigo mismo; como una manera de demostrar un disgusto por su estado físico en aquel entonces, por medio de actitudes que implicaban autoagresiones, enfocadas hacia el brazo afectado por la esquizencefalia, y agresión hacia los demás; lo cual podría entenderse como poca aceptación de su condición y una baja autoestima y auto-concepto, afectando así la interacción social, entendiendo esta como la comunicación con los demás y la manifestación de necesidades o de reacciones frente a los estímulos externos e internos. Además, según los terapeutas, este era un niño retraído y dependiente de su núcleo familiar, lo que le imposibilitaba el contacto o comunicación en diferentes entornos sociales. Si bien, el diagnóstico del sujeto impide que este tenga un desempeño normal en su vida cotidiana, no significa que ciertas capacidades no puedan ser fortalecidas.

Este trastorno impidió que el niño tuviese acceso a los diferentes procesos tempranos de socialización como es común en otros niños de su misma edad, que complementan la socialización primaria; por ejemplo el acceso a la escuela, aspecto

importante como segundo factor socializador, siendo el núcleo familiar el primero; permitiendo el desarrollo y fortalecimiento de las habilidades sociales. El terapeuta refiere que al no acceder a la etapa pre-escolar, a la edad en la que normalmente otros niños ingresan, se generó una serie de consecuencias como el ser retraído o no establecer juego con otros niños y no querer socializar con personas diferentes de su núcleo familiar. Esto demuestra una falencia en uno de los elementos principales de las habilidades sociales que es la comunicación asertiva, y a su vez demuestra una dificultad para formar nuevos vínculos sociales. Teniendo en cuenta esto, más el comportamiento agresivo que el infante presentaba, fueron clasificados como comportamientos socialmente inadecuados, los cuales fueron intervenidos para una mejoría en su interacción social; enfatizando en la importancia que tiene la relación con los pares en la segunda infancia, ya que la conformación de estos vínculos fortalece la cognición social.

Los terapeutas manifestaron que al inicio de las sesiones con T.P.A.A se presentaron ciertas dificultades con el paciente, debido al temor que mostraba hacia los perros, y, además a la dificultad para interactuar con otras personas. Aparte de lo anterior, durante las primeras sesiones el niño asistía en compañía de su madre, pero esto representaba un obstáculo para el desarrollo de las sesiones, ocasionado por las conductas sobreprotectoras hacia su hijo y la alta dependencia del uno hacia el otro; generando en el infante una cohibición no intencionada, por lo cual los terapeutas optaron por no continuar las sesiones en compañía de la madre. Esa falta de autonomía impedía que el niño ampliara su campo social y aprendiera nuevas formas de socializar e interactuar con el medio y las personas que lo conforman. Los terapeutas expresaron al respecto, que era importante

realizar esta separación, ya que en cualquier terapia infantil uno de los factores que pueden llegar a limitar el desarrollo de las sesiones es la presencia de la figura más significativa del niño dentro de la terapia, ocasionando una limitación en el afrontamiento a situaciones que surgen en medio de esta, y que son necesarias enfrentarlas; ya sea desde la parte psicológica o en este caso la parte motriz con ayuda de la fisioterapia. Fuera de lo anterior, al hacer esa separación se contribuyó también al fortalecimiento de la independencia lo cual le permite explorar el medio y relacionarse con otras personas y con el grupo de pares, así mismo fortaleció los elementos propios de las habilidades sociales, como lo son la inteligencia emocional, el auto-concepto y auto-estima, las cuales comienzan a desarrollarse en la etapa de la segunda infancia en la que se encuentra el paciente.

Luego de la decisión de trabajar en la terapia sólo con el niño, se comenzó a hacer énfasis en el proceso de socialización, con el apoyo del perro, fortaleciendo los niveles de confianza básica al reconocer a los otros como personas seguras, luego de avanzar en el proceso citado, se empezó a evidenciar avances en el niño respecto a la interacción con otros niños o personas adultas a las que antes evitaba o con las cuales no hacía contacto, logrando construir y mantener relaciones sociales positivas con los otros, facilitando un afrontamiento efectivo y adaptativo, y a su vez aportando a la construcción interpersonal del infante. A partir de allí, este dio inicio a su año pre-escolar, donde la participación de otros agentes sociales del entorno (como los mismos terapeutas, las profesoras y el grupo de pares), fue muy importante para reforzar y continuar el desarrollo de las habilidades sociales. También, se comenzó a fortalecer la parte de la autonomía por medio de la capacidad de realizar elecciones por sí mismo, por ejemplo, los terapeutas mencionaban que durante la terapia el niño elegía entre una actividad u otra que le presentaban como

opciones, también la madre comentaba que en el hogar el infante elegía entre opciones que le daba esta en distintas situaciones presentadas en el hogar. Posteriormente, paso de ser un niño de ser un niño desconfiado y dependiente ante ciertas situaciones, donde era necesaria su integración a nuevos medios sociales de manera autónoma, a mostrar más confianza y motivación a la hora de realizar nuevas actividades dentro y fuera de la terapia. También su condición física y motora mejoró notablemente con la fisioterapia, fortaleciéndose aún más su independencia y autonomía gracias a la capacidad de hacer movimientos por sí sólo, al adquirir fuerza y movilidad ganada con las T.P.A.A.

Entre los aportes más importantes que brindan las T.P.A.A se pudo encontrar las funciones que cumple el perro dentro de las sesiones terapéuticas; estas apoyan al niño durante la terapia a reforzar todos los elementos en torno a las habilidades sociales, unas de las funciones más relevantes son la de “motivador” y “modelo”.

Al lograr una motivación, la cual complementa el elemento de inteligencia emocional; por el trabajo con el perro, el sujeto realiza sus terapias por gusto e iniciativa propia, más no por una orden o una sugerencia del terapeuta, según expresa estos. La importancia de reforzar los aspectos motivacionales es debido a que a mayor motivación, hay mayor atención y concentración para la realización de actividades específicas; paralelo a esto, se resalta la labor del perro desde su función de “modelo”, donde sirve de ejemplo para las actividades que el niño debe realizar, como por ejemplo superar una pista de obstáculos (subir escalones, atravesar un túnel).

En este caso, el no relacionarse bien con las personas, dificultaba también su relación con los terapeutas, generando una falta de motivación que impedía el cumplimiento de los objetivos establecidos para las sesiones terapéuticas tanto desde la psicología hasta la fisioterapia; esta desmotivación también permeaba el desenvolvimiento social del niño; así que el perro entra a transformar el ambiente como un reforzador positivo vigorizando la motivación del sujeto, ya que el perro ayuda a que el niño olvide el estrés o algún estímulo aversivo que se genere durante las terapias, la experiencia entonces se vuelve gratificante al estar frente a algo que es de su agrado y genera sensaciones positivas. Cuando se tienen conductas socialmente adecuadas, las posibilidades de aprendizaje aumentan, permitiendo recibir mejor lo que el otro ofrece, logrando obtener una motivación con el fin de cumplir efectivamente los objetivos del contexto, que con respecto al desempeño en las terapias este puede mejorar, transformando esa motivación extrínseca en una intrínseca, es decir la capacidad de auto-motivarse, partiendo desde el elemento de inteligencia emocional, lo cual el niño ha ido adquiriendo a lo largo de las terapias.

Otro aspecto del elemento de inteligencia emocional que ha adquirido el niño y a su vez reforzado con las T.P.A.A, es la capacidad de reconocer y expresar sus sentimientos y emociones pues estos tienen gran importancia a la hora de interactuar con los demás, puesto que ayuda al control de impulsos y la resolución de conflictos, al reconocer ciertas emociones y sentimientos que pueden llevar al individuo a realizar determinadas acciones, y así mismo identificar y comprender mejor dichos sentimientos y emociones en los demás. La manera en que el infante expresa sentimientos y emociones no siempre es de manera verbal, generalmente hace uso de gestos corporales para la expresión de estos, debido a su timidez a la hora de hablar al dirigirse a otras personas y además de las dificultades en la

comunicación que genera su trastorno. Durante el desarrollo de las terapias, el sujeto ha logrado reforzar su inteligencia emocional, en el sentido del reconocimiento y comprensión de lo que genera emocionalmente determinada situación en determinado contexto, si por ejemplo una situación le genera enojo, tristeza o miedo puede reconocerlo, ya posee un entendimiento emocional propio. Así mismo, ha mejorado la capacidad de reconocer y comprender una emoción o sentimiento ajeno, revelando un buen uso de la empatía, esa capacidad de comprender los sentimientos ajenos, poniéndose en el lugar del otro. La empatía permite también simpatizar o congeniar mejor con las personas, al situarse en un lugar de comprensión, que aporta a reforzar vínculos o lazos afectivos, o a la creación de nuevos. Esto en un niño como el del presente caso, es importante debido a que se abre a la posibilidad de nuevos vínculos que pueden convertirse en redes de apoyo, que le ayudan a adaptarse mejor al medio social en la cual se encuentre.

Como se mencionó anteriormente, una de las características de la inteligencia emocional es el control de impulsos o la regulación emocional. Este control de ciertas emociones o estados de ánimo intensos, que en el paciente generaban llanto excesivo y actitudes de exclusión y alejamiento por parte de él mismo; fueron disminuyendo conforme el niño fue comprendiendo y haciendo una lectura de su contexto, según lo explicado por el psicólogo, regulándolas para interactuar de una manera más adecuada con sus pares y otras personas presentes en el mismo contexto, que en este caso eran el terapéutico y el escolar. Cuando se logra controlar y dar sentido a estados de ánimo que son “intensos”, es decir que son fuertes e impulsivos, se tiene un mejor control frente a sí mismo, la situación y el otro, lo que permite una interacción y comunicación más adecuada con el medio y con los demás. En este caso también aporta lo que es el elemento de la

asertividad, saber qué se comunica y cómo se hace, de manera clara y directa, desde el estilo en que interactúo y expreso directamente los sentimientos propios a los demás; sintiendo la confianza y seguridad de comunicar lo que se siente y se piensa, brindando fortalezas a la hora de relacionarse, según lo definido en el elemento de asertividad.

En esa misma línea, respecto a la asertividad, también ha fortalecido uno de sus componentes, que es la capacidad de realizar elecciones por sí mismo, la cual representa el poder defender elecciones y derechos propios, tomar decisiones y que estas sean valoradas y respetadas pero teniendo en cuenta el otro, sin causar un malestar ajeno; cuando se logra esto se tiene más confianza en sí mismo y se está más a gusto consigo mismo y con los demás, no se trata de obtener lo que se quiere sino de saber comunicarlo. Esta capacidad de elegir facilita el desenvolvimiento social, reconociendo que capacidades y que cosas son provechosas. Por último, esta capacidad de toma de decisiones, permite encontrar otras soluciones o alternativas frente a una situación determinada, que al comunicarla logra discernir otras posibilidades llegando a un consenso consigo mismo y con los otros.

Otra de las funciones relevantes del perro es la de “reforzador de orden social”, que en el caso de este, se utiliza en ciertas actividades durante algunas sesiones como mediador social, permitiendo establecer contacto social con otras personas. Una de esas actividades consistía en que el niño paseara el perro por la fundación, con las precauciones necesarias, incitando al niño a socializar con las diferentes personas que se acercaban a preguntar por el perro, jugar con él o acariciarlo.

9. CONCLUSIONES:

A manera de conclusión, primero, las terapias asistidas con animales pueden fortalecer significativamente las habilidades sociales en todos sus elementos, ayudando al desarrollo de la independencia en actividades que requieren de socialización en el infante.

A nivel general, las habilidades sociales no sólo permiten una mejor interacción con los otros, sino que también dan herramientas para determinadas situaciones, tal como la resolución de conflictos. Cuando se ponen en juego los tres elementos de las habilidades sociales de manera conjunta, permiten: A nivel de la inteligencia emocional, conocer y saber manejar las emociones y conductas o tener un mejor dominio o consciencia sobre estas; en la asertividad, el saber comunicar a los demás lo que sucede acerca de un problema específico; y desde la autoestima y auto-concepto, se genera seguridad, confianza y conocimiento que se construye acerca de “sí mismo”.

En relación al fortalecimiento o adquisición del elemento de las habilidades sociales de autoestima y auto-concepto, el sujeto por medio de las T.P.A.A, logró disminuir el rechazo que presentaba hacia su condición, evidenciado desde el hecho de cuidar más de sí mismo y el deseo de ser cuidado en el sentido de la higiene, la presentación personal y en lo afectivo, mostrando de igual manera una mayor aceptación de los demás por medio de la interacción social y el desarrollo de la empatía.

Adicionalmente, la mejoría del sujeto en cuanto a las deficiencias o dificultades físicas, como lo fue la marcha, le permitió al niño adquirir autonomía e independencia, dando la

posibilidad de abrirse más desde el aspecto socio-cultural, al no encontrarse tan privado de movilidad y dependiente de los otros para realizar sus actividades. Esto también le ha permitido a su vez abrirse a otras personas en otros espacios diferentes a los de su hogar, sin la protección constante de la madre, debido a que la sobreprotección excesiva por parte de esta era también un impedimento para el desarrollo de la autonomía e independencia y la posibilidad de interactuar con otras personas nuevas. El poder entonces encontrarse en otros medios o contextos sociales ha generado en el sujeto la construcción de otras importantes redes de apoyo en el proceso de socialización y desarrollo.

Todo el proceso de fortalecimiento y adquisición de las habilidades sociales por medio de las T.P.A.A ha puesto en evidencia las diferentes formas de aprendizajes de estas y de comportamientos socialmente adecuados e inadecuados, en las etapas del desarrollo de la primera y segunda infancia; dichos aprendizajes son: El primero es el aprendizaje por experiencia directa, debido a las experiencias nuevas que el niño obtuvo a medida que avanzaba en el proceso terapéutico, logrando adquirir o reforzar habilidades sociales al inhibir o corregir un comportamiento socialmente inapropiado; el segundo es el aprendizaje por observación de las habilidades sociales, al exponerse a diferentes figuras significativas en los diversos entornos como lo son el escolar, el familiar y el terapéutico; el tercero es el aprendizaje verbal o instruccional, al niño seguir instrucciones y tener la capacidad de elección ante ciertas actividades y obstáculos ya que durante las terapias ponía en juego este aprendizaje, al igual que en otros espacios, por medio incluso de preguntas y explicaciones generando un aprendizaje de las habilidades sociales de forma indirecta; y por último, está el aprendizaje por “feedback” interpersonal, realizado por medio de la

corrección, explicación y opinión de ciertos comportamientos, que constantemente se realizaban durante todo el proceso terapéutico, esta situación otorga información por la cual el sujeto puede interactuar y comunicarse mejor.

Cabe resaltar que las terapias aportan aprendizajes no solo para el niño, sino que también contribuyen a los cuidadores, los compañeros de escuela y hasta a los mismos terapeutas; estrategias del manejo de situaciones difíciles para el niño que serán útiles durante todas las actividades que él realice y que le facilitarán su proceso de formación y socialización.

Ahora bien, el perro mediante su función de motivador y reforzador positivo en las T.P.A.A, contribuye a la mejoría tanto motriz como psicológica del individuo. De igual forma, las terapias asistidas con animales pueden reducir las conductas agresivas, la ansiedad y aportar a los procesos de socialización con el otro y el entorno. Como evidencia de lo anterior, el perro es un apoyo a la hora de adquirir habilidades sociales no sólo porque tranquiliza al sujeto con respecto en casos como por ejemplo, el manejo de la ansiedad que pueda generarse a la hora de interactuar con una persona desconocida, sino que también le brinda la confianza para este primer acercamiento y es un puente para la interacción, por ejemplo al generar temas de conversación.

Para finalizar también se concluye que, desde las diferentes sesiones de las terapias psicológicas asistidas con animales implementadas con el niño, este tipo de terapias no sólo se enfocan en la rehabilitación de síntomas o problemas; sino en el proceso que se genera y

el acompañamiento del animal que es ya una forma, no sólo de recuperar o mejorar, sino de hacer llevaderas ciertas condiciones psicológicas, corporales y sociales.

10. ANEXOS

10.1. CONSENTIMIENTOS INFORMADOS.

Estimado Señor(a):

Ha sido usted invitado a participar en la investigación de “FORTALECIMIENTO Y/O ADQUISICIÓN DE LAS HABILIDADES SOCIALES EN EL TRASTORNO DE ESQUIZENCEFALIA A TRAVÉS DE LA TERAPIA PSICOLÓGICA ASISTIDA CON ANIMALES DE LA FUNDACIÓN LAS GOLONDRINAS. (TPAA)” de trabajo de grado, realizada por los estudiantes Santiago Arroyave Correa, Elkin Restrepo Mesa y Paola Alejandra Rivera De los Ríos de la Institución Universitaria de Envigado; cuyo objetivo es: Identificar el fortalecimiento de las habilidades sociales, mediante el proceso de las terapias psicológicas asistidas con animales en el trastorno de esquizencefalia en la fundación Las Golondrinas.

Por medio del presente documento se le solicita respetuosamente responder a la siguiente entrevista semiestructurada, porque es necesaria la recolección de información de

los acudientes con respecto al uso de las terapias asistidas con animales (TPA) en este caso, para constatar la importancia, el desarrollo y/o fortalecimiento que tienen las habilidades sociales. Cuya importancia de la investigación específicamente está en poder obtener mediante el uso de las TPA otra alternativa para el desarrollo y desempeño social del niño que es necesario para una inclusión y un adecuado desenvolvimiento social. Su colaboración en esta investigación es muy importante pues permitirá hacer más eficientes y efectivas las actividades investigativas.

Su participación en la investigación no involucrará ningún tipo de daño para su salud física o mental, la participación es netamente voluntaria. Usted puede negarse a participar o dejar de participar parcialmente en cualquier momento de la entrevista que se torne difícil para usted de manera física, mental o emocional, sin la obligatoriedad de dar razones para ello y no recibirá ningún tipo de sanción.

Se destaca que la información obtenida durante la entrevista será sólo con fines académicos, y será guardada por los investigadores responsables, y sólo se utilizará en los trabajos propios a la investigación de la tesis de pregrado.

Una vez que se haya concluido la investigación, los participantes tendrán derecho a conocer los resultados de la misma, ya sea por medio textual o expositivo dentro del mismo establecimiento dónde se realizó (En este caso en la Fundación las Golondrinas). Si usted desea, también se puede hacer entrega de un informe resumen con los resultados de los obtenidos una vez finalizado todo el trabajo.

Parte del procedimiento formal en este tipo investigación es informar a los participantes y solicitar su autorización (consentimiento informado) para la participación en la entrevista. Para ello le solicitamos contestar y devolver firmada la hoja adjunta.

Agradecemos desde ya su valiosa colaboración.

AUTORIZACIÓN:

Yo:.....,

identificado (a) con el número de documento: CC....., acepto participar voluntariamente en la entrevista de la investigación de tesis de pregrado “FORTALECIMIENTO Y/O ADQUISICIÓN DE LAS HABILIDADES SOCIALES EN EL TRASTORNO DE ESQUIZENCEFALIA A TRAVÉS DE LA TERAPIA PSICOLÓGICA ASISTIDA CON ANIMALES DE LA FUNDACIÓN LAS GOLONDRINAS.(TPAA)”, dirigida por los estudiantes de décimo semestre Santiago Arroyave Correa, Elkin Restrepo Mesa y Paola Alejandra Rivera De los Ríos, de la Institución Universitaria de Envigado.

Declaro haber sido informado(a) de los objetivos y procedimientos de la investigación y del tipo de participación que se es solicitada. Por ello, acepto participar en una entrevista que se realizarán durante el transcurso del estudio.

Declaro además haber sido informado/a que la participación en este estudio no involucra ningún daño o peligro para mi salud física o mental, que es voluntaria y que puedo negarme a participar o dejar de participar en cualquier momento sin dar explicaciones o recibir sanción alguna.

Entiendo que la información será analizada y guardada por todos los investigadores que conforman la realización de la tesis de pregrado y que no se utilizará la información para otros fines que no sean académicos.

Nombre Participante Nombre De Los Investigadores

Firma Firma.

Fecha: Fecha:

10.1.1. Madre

AUTORIZACIÓN:

Yo Rebecca Marcela Ciro Castaño

identificado (a) con el número de documento: CC 413263755, acepto participar voluntariamente en la entrevista de la investigación de tesis de pregrado "FORTALECIMIENTO DE LAS HABILIDADES SOCIALES EN EL TRASTORNO DE ESQUIZENCEFALIA A TRAVÉS DE LA TERAPIA PSICOLÓGICA ASISTIDA CON ANIMALES (T.P.A.A) DE LA FUNDACIÓN LAS GOLONDRINAS", dirigida por los estudiantes de décimo semestre Santiago Arroyave Correa, Elkin Restrepo Mesa y Paola Alejandra Rivera De los Ríos, de la Institución Universitaria de Envigado.

Declaro haber sido informado(a) de los objetivos y procedimientos de la investigación y del tipo de participación que se es solicitada. Por ello, acepto participar en una entrevista que se realizarán durante el transcurso del estudio.

Declaro además haber sido informado/a que la participación en este estudio no involucra ningún daño o peligro para mi salud física o mental, que es voluntaria y que puedo negarme a participar o dejar de participar en cualquier momento sin dar explicaciones o recibir sanción alguna.

Entiendo que la información será analizada y guardada por todos los investigadores que conforman la realización de la tesis de pregrado y que no se utilizará la información para otros fines que no sean académicos.

Marcela Ciro Castaño

Nombre Participante

Nombre De Los Investigadores

R. Marcela Ciro C.

Firma

Firma

Fecha: 10-06-16

Fecha

10.1.2. Fisioterapeuta

AUTORIZACIÓN:

Yo: Andrés Felipe Otálvaro Echeverri
identificado (a) con el número de documento: CC...80.29254....., acepto participar voluntariamente en la entrevista de la investigación de tesis de pregrado "FORTALECIMIENTO DE LAS HABILIDADES SOCIALES EN EL TRASTORNO DE ESQUIZENCEFALIA A TRAVÉS DE LA TERAPIA PSICOLÓGICA ASISTIDA CON ANIMALES (T.P.A.A) DE LA FUNDACIÓN LAS GOLONDRINAS", dirigida por los estudiantes de décimo semestre Santiago Arroyave Correa, Elkin Restrepo Mesa y Paola Alejandra Rivera De los Ríos, de la Institución Universitaria de Envigado.

Declaro haber sido informado(a) de los objetivos y procedimientos de la investigación y del tipo de participación que se es solicitada. Por ello, acepto participar en una entrevista que se realizarán durante el transcurso del estudio.

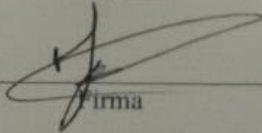
Declaro además haber sido informado/a que la participación en este estudio no involucra ningún daño o peligro para mi salud física o mental, que es voluntaria y que puedo negarme a participar o dejar de participar en cualquier momento sin dar explicaciones o recibir sanción alguna.

Entiendo que la información será analizada y guardada por todos los investigadores que conforman la realización de la tesis de pregrado y que no se utilizará la información para otros fines que no sean académicos.

Andrés F. Otálvaro

Nombre Participante

Nombre De Los Investigadores



Firma

Firma.

Fecha: 07-06-16

Fecha:

10.1.3. Psicólogo

AUTORIZACIÓN:

Yo: Jairo Aristizábal García identificado (a) con el número de documento: CC. 75.091.630, acepto participar voluntariamente en la entrevista de la investigación de tesis de pregrado "FORTALECIMIENTO DE LAS HABILIDADES SOCIALES EN EL TRASTORNO DE ESQUIZENCEFALIA A TRAVÉS DE LA TERAPIA PSICOLÓGICA ASISTIDA CON ANIMALES (T.P.A.A) DE LA FUNDACIÓN LAS GOLONDRINAS", dirigida por los estudiantes de décimo semestre Santiago Arroyave Correa, Elkin Restrepo Mesa y Paola Alejandra Rivera De los Ríos, de la Institución Universitaria de Envigado.

Declaro haber sido informado(a) de los objetivos y procedimientos de la investigación y del tipo de participación que se es solicitada. Por ello, acepto participar en una entrevista que se realizarán durante el transcurso del estudio.

Declaro además haber sido informado/a que la participación en este estudio no involucra ningún daño o peligro para mi salud física o mental, que es voluntaria y que puedo negarme a participar o dejar de participar en cualquier momento sin dar explicaciones o recibir sanción alguna.

Entiendo que la información será analizada y guardada por todos los investigadores que conforman la realización de la tesis de pregrado y que no se utilizará la información para otros fines que no sean académicos.

Jairo Aristizábal G.
Nombre Participante

Jairo
Firma

Fecha: 31.05.16

Nombre De Los Investigadores

Firma.

Fecha:

10.2. DISEÑO DE ENTREVISTA SEMIESTRUCTURADA.

PRIMERA PARTE:

Sección Para los Acudientes:

1. ¿Cuándo fue diagnosticado con el trastorno?
2. ¿Qué síntomas específicos presenta relacionados con el trastorno?
3. ¿Actualmente, tiene algún tratamiento médico y/o terapéutico?
4. ¿En qué consiste dicho tratamiento?
5. ¿Cómo influye el trastorno que presenta el niño en sus relaciones con los demás?
6. ¿Qué lugar ocupa el niño dentro de la familia?
7. ¿Cómo es el comportamiento del niño en la familia?
8. ¿El niño con quien comparte su tiempo? ¿Qué parentesco tiene esta persona con el niño?
9. ¿El niño toma la iniciativa en el momento de interactuar con otros niños?
10. ¿Cómo es la interacción del niño, con niños de su misma edad?
11. ¿Cómo se comporta con personas del otro sexo?
12. ¿Cómo se comporta el niño con otras personas, diferentes a las de su familia?
13. ¿Cómo se comporta el niño en situaciones de grupo?
14. ¿Cambia la actitud del niño con los demás al estar en espacios diferentes al hogar?
15. ¿Tiene el niño amigos o amigas?
16. ¿El niño tiene algún comportamiento que a usted le llame la atención, y por qué?
17. ¿Qué comentarios manifiesta el niño acerca de su interacción con otros? ¿Por qué?
18. ¿El niño tiene dificultades en la interacción con los demás? Si o no ¿cuáles?

19. ¿El niño asiste a alguna institución educativa? Si o no ¿Cómo es la interacción del niño en dicha institución?
20. ¿Por qué es importante el aprendizaje y el fortalecimiento de habilidades sociales en el niño?
21. ¿De qué manera aporta usted a la socialización del niño con los demás?
22. ¿Cómo expresa el niño sus sentimientos y emociones?
23. ¿Logra el niño controlarse en momentos de emoción intensa?
24. ¿El niño logra identificar y comprender la expresión de sentimientos ajenos?
25. ¿El niño tiene la capacidad de hacer elecciones por sí mismo?
26. ¿En qué ocasiones el niño pide ayuda para realizar alguna actividad? y ¿En cuáles no?
27. ¿Demuestra el niño confianza al enfrentarse a actividades o situaciones desconocidas?
28. ¿El niño tiene la capacidad de hacer elecciones por sí mismo?
29. ¿Demuestra el niño confianza al enfrentarse a actividades o situaciones desconocidas?
30. ¿Cómo enfrenta el niño los momentos de frustración o pérdida?
31. ¿Comunica el niño sus necesidades de forma clara y directa?
32. ¿De qué manera el niño enfrenta una situación problemática? ¿responde siempre de la misma manera?
33. ¿De qué manera motivan al niño para realizar ciertas actividades, ya sean escolares, del hogar o lúdicas?
34. ¿El niño sigue instrucciones y atiende a comentarios?

35. ¿Hubo cambios en la forma de interactuar del niño durante y después del uso de las TPAA?
36. ¿Qué logros obtuvo el niño con respecto a la socialización mediante el uso de las TPAA?
37. ¿Qué más destacaría del uso de las TPAA en el niño?
38. ¿Cómo se enteraron de las TPAA en la Fundación las Golondrinas?
39. ¿Por qué motivo optaron por las TPAA?
40. ¿Qué otros resultados esperaba o espera mediante el uso de las TPAA?

SEGUNDA PARTE:

Sección Para El Terapeuta:

1. ¿Cómo incide el trastorno que padece el paciente en su desempeño social?
2. ¿Cómo fue el comportamiento del paciente en la primera sesión terapéutica?
3. ¿Se presentó alguna dificultad en la relación el paciente/terapeuta?
4. ¿Cómo se comporta el niño al estar presente su acudiente o cuidador?
5. ¿Cuál fue la actitud que mostró el paciente con el perro al inicio de las terapias?
6. ¿Cuál es el papel del perro en las terapias?
7. ¿Que se logra evidenciar en la interacción paciente/terapeuta, al ingresar al perro en el proceso terapéutico? ¿Qué cambios logra destacar?
8. ¿Hubo alguna ocasión en particular que no se haya logrado realizar la sesión?
9. ¿Siempre se hace uso del perro durante las terapias? ¿En qué ocasiones no se usa?
10. ¿Cómo expresa el niño sus sentimientos y emociones durante la terapia?
11. ¿Es consciente el niño de las emociones que manifiesta?

12. ¿Muestra el niño la capacidad de auto-control emocional, es decir autorregula sus estados de ánimo? ¿Varia este en presencia del perro?
13. ¿El niño muestra la capacidad de reconocer y comprender las emociones y los sentimientos ajenos?
14. ¿Durante las sesiones el niño muestra la capacidad de hacer elecciones por sí mismo?
15. ¿Durante las sesiones, el niño demuestra confianza al enfrentarse a actividades o situaciones desconocidas?
16. ¿El niño durante las sesiones comunica sus necesidades de forma clara y directa?
17. ¿Cómo es la capacidad de resolución de conflictos del niño? ¿De qué manera los enfrenta?
18. ¿Cómo es la motivación del niño frente a las terapias? ¿Varia está en la presencia del perro?
19. ¿Logra el niño seguir instrucciones? ¿Cómo varia la capacidad de escucha del niño en la presencia del perro?
20. ¿El niño mostro durante las sesiones algún síntoma de ansiedad? Si o no ¿Cómo aporta el perro al manejo de la ansiedad?
21. ¿Qué apreciación tiene el niño acerca de sí mismo? ¿Cómo aportan las TPAA a esta apreciación, que tiene el individuo sobre sí mismo?
22. El perro durante las TPAA ¿Aportó en el desarrollo del autoestima y auto-concepto del niño?
23. ¿Qué cambios resaltaría en la forma de interactuar del niño durante y después del uso de las TPAA?

24. ¿Qué logros destacaría más sobre la adquisición o fortalecimiento de las habilidades sociales de socialización del niño, mediante el uso de las TPAA?
25. ¿Qué más destacaría del uso de las TPAA?
26. ¿Qué más esperaba obtener en el proceso terapéutico del niño mediante la aplicación de las TPAA? ¿Qué otros resultados esperaba?

10.3. VALIDACIÓN DE INSTRUMENTO POR PARTE DE PARES ACADÉMICOS.

10.3.1. Petición de Validación.

Solicitud a los pares para validación del instrumento:

Señor (a) _____ . Le solicitamos muy respetuosamente la revisión del siguiente formulario de entrevista semi-estructurada, para la recolección del estudio de caso de un niño que presenta esquizencefalia de la Fundación las Golondrinas, para identificar el fortalecimiento y/o adquisición de habilidades sociales mediante la implementación de las terapias psicológicas asistidas con animales; y de igual manera realizar las apreciaciones que sean correspondientes a la misma.

Este trabajo es presentado por Santiago Arroyave Correa, Elkin Restrepo Mesa y Paola Alejandra Rivera De los Ríos, estudiantes de psicología de décimo semestre de la Institución Educativa de Envigado, contando con el acompañamiento de asesorías de la profesora Fabiola Inés Restrepo Ruíz. Muchas gracias.

10.3.2. Muestra de validación por parte de los pares académicos

PRIMERA PARTE:

Preguntas para los Acudientes:

1. ¿Cuándo fue diagnosticado el niño con el trastorno?
2. ¿Quién realizó el diagnóstico del niño?
3. ¿Qué síntomas específicos presenta relacionados con el trastorno?
4. ¿Actualmente, tiene algún tratamiento médico? Sí ___ No___ ¿En qué consiste dicho tratamiento?
5. ¿Actualmente, tiene algún tratamiento psicológico? Sí ___ No___ ¿En qué consiste dicho tratamiento?
6. ¿Actualmente, tiene o ha tenido algún otro tratamiento? Sí ___ No___
¿Cuál(es)?_____¿En
qué consiste(n) dicho(o) tratamiento(s)?
7. ¿Cómo influye el trastorno que presenta el niño en sus relaciones con los demás?
8. ¿Qué lugar ocupa el niño dentro de la familia?
9. ¿Cómo es el comportamiento del niño en la familia?
10. ¿El niño con quien comparte su tiempo? ¿Qué parentesco(s) tiene(n) esta(s) persona(s) con el niño?
11. ¿El niño toma la iniciativa en el momento de interactuar con otros niños?
12. ¿Cómo es la interacción del niño, con niños de su misma edad?
13. ¿Cómo se comporta con personas del otro sexo?
14. ¿Cómo se comporta el niño con otras personas, diferentes a las de su familia?

15. ¿Cómo se comporta el niño en situaciones de grupo?
16. ¿Cambia la actitud del niño con los demás al estar en espacios diferentes al hogar?
17. ¿Tiene el niño amigos o amigas?
18. ¿El niño tiene algún comportamiento que a usted le llame la atención, y por qué?
19. ¿Qué comentarios manifiesta el niño acerca de su interacción con otros? ¿Explique?
20. ¿El niño tiene dificultades en la interacción con los demás? Si o no ¿cuáles?
21. ¿El niño asiste a alguna institución educativa? Si__ no__ ¿Cómo es la interacción del niño en dicha institución?
22. ¿Por qué cree que es importante el aprendizaje y el fortalecimiento de habilidades sociales en el niño?
23. ¿De qué manera aporta usted a la socialización del niño con los demás?
24. ¿Cómo expresa el niño sus sentimientos y emociones?
25. ¿Logra el niño controlarse en momentos de emoción intensa?
26. ¿El niño logra identificar y comprender la expresión de sentimientos ajenos?
27. ¿El niño tiene la capacidad de hacer elecciones por sí mismo?

Comentado [C4]: Sugiero dividir y hacer una nueva como se indica

Comentado [C5]: Esta debe ir antes que la que sigue por lógica de lo preguntado

Comentado [C6]: En plural también

Comentado [C7]: Esta después de la siguiente

28. ¿En qué ocasiones el niño pide ayuda para realizar alguna actividad? y ¿En cuáles no?
29. ¿Demuestra el niño confianza al enfrentarse a actividades o situaciones desconocidas?

30. ¿El niño tiene la capacidad de hacer elecciones por sí mismo?
31. ¿Demuestra el niño confianza al enfrentarse a actividades o situaciones desconocidas?
32. ¿Cómo enfrenta el niño los momentos de frustración o pérdida?
33. ¿Comunica el niño sus necesidades de forma clara y directa?
34. ¿De qué manera el niño enfrenta una situación problemática?
35. ¿Responde siempre de la misma manera a una situación problemática o presenta variantes y cuáles son?
36. ¿De qué manera motivan al niño para realizar ciertas actividades, ya sean escolares, del hogar o lúdicas?
37. ¿El niño sigue instrucciones y atiende a comentarios?
38. ¿Hubo cambios en la forma de interactuar del niño durante y después del uso de las TPAA? No__ Si__ Describa ¿Cuáles?
39. ¿Qué logros obtuvo el niño con respecto a la socialización mediante el uso de las TPAA?
40. ¿Qué más destacarías del uso de las TPAA en el niño?

Comentado [C8]: Repite la 29

Comentado [C9]: Separar y complementar como se indica

Comentado [C10]: Separar

SEGUNDA PARTE:

Preguntas para el Terapeuta:

1. ¿Cómo incide el trastorno que padece el paciente en su desempeño social?
2. ¿Cómo fue el comportamiento del paciente en la primera sesión terapéutica?

3. ¿Se presentó algún cambio en las siguientes sesiones y en qué consistió?
4. ¿Se presentó alguna dificultad en la relación el paciente/terapeuta?
5. ¿Cómo se comporta el niño al estar presente su acudiente o cuidador?
6. ¿Cuál fue la reacción del paciente al ingresar al perro en las terapias?
7. ¿Qué actitud mostró el paciente con el perro?
8. ¿Cuál es el papel del perro en las terapias?
9. ¿Que se logra evidenciar en la interacción paciente/terapeuta, al ingresar al perro en el proceso terapéutico? ¿Qué cambios logra evidenciar?
10. ¿Hubo alguna ocasión en particular que no se haya logrado realizar la sesión? No___
Si___ ¿Por qué?
11. ¿Siempre se hace uso del perro durante las terapias? Si___ No___ ¿Por qué en ocasiones no se usa?
12. ¿Cómo expresa el niño sus sentimientos y emociones durante la terapia, con la presencia del perro y sin esta?
13. ¿Es consiente el niño de las emociones que manifiesta?
14. ¿Muestra el niño la capacidad de auto-control emocional, es decir autorregula sus estados de ánimo? ¿Varia este en presencia del perro?
15. ¿El niño muestra la capacidad de reconocer y comprender las emociones y los sentimientos ajenos? ¿Qué aporta la relación que tiene con el perro durante este proceso?
16. ¿Durante las sesiones el niño mostró la capacidad de hacer elecciones por sí mismo?
17. ¿Durante las sesiones el niño demuestra confianza al enfrentarse a actividades o situaciones desconocidas?

18. ¿El niño durante las sesiones comunica sus necesidades de forma clara y directa?
19. ¿Qué logró observar en el niño acerca de la capacidad de resolución de conflictos? ¿de qué manera los enfrenta?
20. ¿Cómo es la motivación del niño frente a las terapias? ¿Varia está en la presencia del perro?
21. ¿Logra el niño seguir instrucciones? ¿Cómo varia la capacidad de escucha del niño en la presencia del perro?
22. ¿El niño mostro durante las sesiones algún síntoma de ansiedad? Si o no, ¿cuáles?
¿Estaba el perro presente? ¿El Perro ayudó en el manejo de la ansiedad?
23. ¿Qué apreciación tiene el niño acerca de sí mismo? ¿Cómo aportan las TPAA a esta apreciación, que tiene el individuo sobre sí mismo?
24. En base de lo observado durante las TPAA ¿Qué valoración tiene el niño acerca de sí mismo?
25. El perro durante las TPAA ¿Aportó en el desarrollo del autoestima y auto-concepto del niño? No__ Si__ ¿Cuáles fueron los aportes?
26. Hubo cambios en la forma de interactuar del niño durante y después del uso de las TPAA?
27. ¿Qué logros obtuvo el niño con respecto a los procesos de socialización mediante el uso de las TPAA?
28. ¿Qué más destacaría del uso de las TPAA en el niño?

TERCERA PARTE

Para el terapeuta.

Con respecto a las TPAA:

1. ¿Cómo se enteraron de las TPAA en la Fundación las Golondrinas?
2. ¿Por qué motivo optaron por las TPAA?
3. ¿Qué beneficios espera o esperaba obtener mediante el uso de estas terapias?
4. Durante el proceso con los pacientes con las TPAA, ¿Cuáles fueron los resultados?
5. ¿Qué cambios observa en la interacción de los niños con los demás?
6. ¿Durante cuánto tiempo se aplica a los niños las TPAA para lograr modificaciones en su comportamiento?

Revisado 3 de marzo de 2016

Firma digital e información de contacto del par evaluador.



Cesar Augusto Jaramillo Jaramillo
C.C. 3.521.926

Psicólogo, Magíster y Especialista

10.4. DISEÑO DE GRUPO FOCAL.

INSTRUMENTO

1. ¿Cómo ha aportado la relación terapéutica al desarrollo social del niño por medio de las TPAA?
2. ¿Qué más pueden decir de los cambios que ha presentado el niño en el proceso de las T.P.A.A.? Relate el antes, durante y después de Jerónimo en relación a la evolución social que ha logrado mediante las TPAA.
3. ¿Por qué consideran que es importante que el niño amplíe su círculo social?
4. Específicamente de las T.P.A.A ¿Qué otros aspectos pueden resaltar para el uso de estas?
¿Qué motivo su uso?

10.5. VALIDACIÓN DEL INSTRUMENTO DEL GRUPO FOCAL.

10.5.1. Petición de Validación:

Solicitud a los pares para validación del instrumento:

Señor (a) _____ . Le solicitamos muy respetuosamente la revisión de estas preguntas, para la recolección de datos de un estudio de caso para un niño que presenta esquizencefalia, de la Fundación las Golondrinas que se realizará por medio de un grupo focal, para reforzar la información recolectada de las entrevistas semi-estructuradas, acerca del fortalecimiento y/o adquisición de habilidades sociales mediante la implementación de las terapias psicológicas asistidas con animales; y de igual manera realizar las apreciaciones que sean correspondientes a la misma.

Este trabajo es presentado por Santiago Arroyave Correa, Elkin Restrepo Mesa y Paola Alejandra Rivera De los Ríos, estudiantes de psicología de décimo semestre de la Institución Educativa de Envigado, contando con el acompañamiento de asesorías de la profesora Fabiola Inés Restrepo Ruíz. Muchas gracias.

10.5.2. Muestra de validación de grupo focal

INSTRUMENTO

- 1- ¿Cómo ha aportado la relación terapéutica al desarrollo social del niño por medio de las TPAA?
- 2- ¿Qué aspectos positivos y negativos destaca de la relación terapéutica?

Comentario: (Sugiero quitarle lo positivo y lo negativo)

- 3- Relate el antes, durante y después de Jerónimo en relación a la evolución social mediante las TPAA.

Comentario: (Sugiero agregarle evolución social que ha logrado mediante las....)

- 4- ¿Qué logros se han cumplido en la terapia con respecto al desarrollo social de Jerónimo? ¿Qué habilidades sociales ha adquirido o fortalecido?

11. BIBLIOGRAFÍA:

Activeprogress. (2011). Aprendiendo a desarrollar nuestras habilidades sociales. 10 de octubre, 2015, de activeprogress Sitio web:

http://www.activeprogress.info/Intranet/images_load/APRENDIENDO%20A%20DESARROLLAR%20NUESTRAS%20HABILIDADES%20SOCIALES.pdf

Aristizábal J. (2010). La Terapia Asistida con Animales: una aproximación a sus beneficios en casos de maltrato infantil y abuso sexual en Colombia. *Asdesilla*, 5, 23 - 29.

Carrizosa Moog J., Cornejo Ochoa W., Mejía BuriticáL., Gómez Hoyos J.C. (2007). Esquizencefalia: un trastorno de la migración neuronal. *LATREIA*, 20, 275 - 281.

Coderch J. (1990). *Teoría y Técnica de la Terapia Psicoanalítica*. Barcelona: HERDER.

Comin D. (2011). *Terapia Asistida con Animales: Caballos*. agosto 10 de 2015, de Autismo Diario Sitio web: <http://autismodiario.org/2011/08/02/terapia-asistida-con-animales-caballos/>.

Cordones Escudero V. (Julio 14 de 2011). “Aplicación de la terapia asistida con animales de compañía para la mejora de la calidad de vida en las personas mayores institucionalizadas de la Residencia de Mayores de Nuestra Señora de la Piedad de Quintanar de la Orden (Toledo)”.. Agosto 15 de 2015, de Universidad de Castilla- La Mancha Sitio web: <http://www.uclm.es/bits/archivos/trabajos/VERONICA%20CORDONES%20ESCUADERO.pdf>.

- Escobar J. y Bonilla Jiménez F.I. (2009). Grupos Focales: Una Guía Conceptual Y Metodológica. Cuadernos Hispanoamericanos De Psicología, 9, 51 - 67.
- Galeano E. M. (2004). Diseño de Proyectos en la Investigación Cualitativa. Medellín: Universidad EAFIT.
- Garay Laucirica E. (2013). Terapia asistida con animales de compañía. En Zooterapia (8). España.
- García-Navarro M.E., Tacoronte M., Sarduy I., Abdo A., Galvizú R., Torres A., Leal E. (2000). Influencia de la estimulación temprana en la parálisis cerebral. NEUROL, 31, 716 - 719.
- Goleman D. (1995). La inteligencia emocional. Panamericana forma e impresos S.A. Santafe de Bogota D.C.
- González Ramírez M.T. y Landero Hernández R.. (2013). Terapia asistida con animales como apoyo en la reestructuración cognitiva. Revista de Psicología Universidad de Antioquia, 5, 35 - 43.
- González, M. y Landero, R. (2013). Terapia asistida con animales como apoyo en la reestructuración cognitiva. Revista de Psicología Universidad de Antioquia, 5 (1), 35-43.
<http://www.fundacionborjasanchez.org/upload/documentos/20110607142811.laparaliscerebral.pdf>

García Calvente M.M, Rodríguez M (Febrero 2000). El grupo focal como técnica de investigación cualitativa, en salud: diseño y puesta en práctica. Vol. 25. Núm. 3.

Hamui A. y Varela M. (2013). La técnica de grupos focales. Elsevier, 1, 55- 60.

Hernández Sampieri. (2006). Metodología de Investigación. Mexico: McGRAW-HILL.

Krishnamurti J. (1998). The Collected Works of J. Krishnamurti, Tome V, Perception without Options. Buenos Aires: Kier S.A.

López Herrera J.F., García Ramírez R., Sánchez Vaca G., Pérez Zárate M.A. (febrero 2000). La esquizencefalia como causa de epilepsia. Revisión de la literatura e informe de un caso. Revista mexicana de pediatría, 67, 28 - 32.

Madrigal Muñoz A. (2004). La parálisis cerebral. 20 de enero del 2016, de Fundación Borjas Sánchez

Martínez Carazo P.C. (julio 2006). El método de estudio de caso Estrategia metodológica de la investigación científica. Pensamiento & Gestión, 20, 165-193.

Mayan M. J. (2001). Una introducción a los métodos cualitativos: un modulo de entrenamiento para estudiantes y profesionales. México: Qual institute press.

Mebarak M., Martínez M. y Serna A. (2009). Revisión bibliográfica analítica acerca de las diversas teorías y programas de intervención del autismo infantil. *Psicología desde el Caribe Universidad del Norte*, 24, 120 - 146.

Mena Edwards M.I., Romagnoli Espinosa C., Valdés Mena A.M. (15 de diciembre 2009). EL impacto del desarrollo de habilidades socio-afectivas y éticas en la escuela. *INIE, Volumen 9*, 1-21.

Ministerio de la protección social. (2006). Ley número 1090, código deontológico y bioético. República de Colombia – Gobierno Nacional, 1 - 16.

Monjas Casares M.I, González Moreno B. (2000). Las habilidades sociales en el currículo. Madrid: ministerio de educación, cultura y deporte.

Muñoz Gómez B. (2013). Terapia asistida por animales de compañía aplicada en una residencia geriátrica en el medio rural. Murcia: Universidad de Murcia.

Oropesa Roblejo P., Isis García W., Ventura Puente S. y Matute Gaínza Y. (2009). Terapia asistida con animales como fuente de recurso en el tratamiento rehabilitador. *MEDISAN*, 13, 1 - 9.

Pantoja Vallejo A. (2009). Manual básico para la realización de tesinas, tesis y trabajos de investigación. España: EOS.

Papalia D., Wendkos S. y Duskin R. (2009). PSICOLOGÍA DEL DESARROLLO De la infancia a la adolescencia Undécima edición. México: McGraw-Hill.

Peñafiel Eva y Serrano Cristina. (2010). Habilidades sociales. Madrid: Editex.

Ramos M.H. Ramos M.F., Romero E., Estudiantes de Comercio Exterior de la Universidad de la Cuenca del Plata. Corrientes, Argentina. (2003). COMO ESCRIBIR UN ARTICULO DE REVISION. Revista de Posgrado de la VIa Cátedra de Medicina, 126, 1 - 13.

Rivera M... (2008). Desarrollando habilidades sociales en los niños y niñas a través del juego. Nuevo León, Monterrey, México: Archivo Digital.

Sabino C. (1992). El proceso de investigación. Bogotá, Colombia. Panamericana.

Salama I. (29 de febrero, 2013). La terapia con animales no es una terapia alternativa, tiene validación en la ciencia. El Cuaderno, 11.988, 35 - 36.

Tellier M., Vila M. (2012). Protocolos de actividades para gente mayor en un programa de terapia asistida por animales (teaac). Junio 21 de 2015, de Fundación Affinity Sitio web: http://www.terapiaconanimales.com/pdf/gente_mayor.pdf.

UDLAP. (2014). Estudio de caso. Octubre 2, de UDLAP Sitio web: <http://www.udlap.mx/intranetWeb/centrodeescritura/files/notascompletas/estudiodeCaso.pdf>.

Underwood S. (2010). “Caminando juntos”: terapia asistida con animales (taca) en el centro de día senderos del sembrador. Junio 25 de 2015, de Universidad de Buenos Aires Sitio web: <http://www.uba.ar/extension/trabajos/pdf/taca.pdf>.

Vásquez Duque A. (2011). Actividades y terapia asistida por animales desde la mirada del Modelo de Ocupación Humana. *Revista chilena de terapia ocupacional*, 11, 1- 10.

Villarreal González M.E., Sánchez Sosa J.C., Musitu Ochoa G. (2010). *Cómo mejorar tus habilidades sociales*. Monterrey, Nuevo León, México, Universidad Autónoma de Nuevo León.

Zamarra S.J. (Marzo 2002). Terapia asistida por animales de compañía. Bienestar para el ser humano. *TEMAS DE HOY*, 5, 143 – 149.

Zavala Trías S. (2012). *Guía a la redacción en el estilo APA*, 6ta edición. Venezuela, Caracas: Universidad Metropolitana.